

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



**CUMPLIMIENTO DE NORMAS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA CONSULTA EN NUTRIÓLOGOS DE
CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA TOLUCA DEL ISEM**

TRABAJO TERMINAL DE GRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA
LIZET DÍAZ CHACÓN

DRA. EN A. PATRICIA MERCADO SALGADO
TUTORA

TOLUCA, MÉX., FEBRERO 2021

Contenido

Índice de Figuras	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Capítulo I. Panorama de la nutrición en México	10
1.1 Seguridad alimentaria y vida saludable	10
1.2 La nutrición en México.....	12
1.2.1 Políticas alimentarias en México	16
1.2.2 El Plan Nacional de Salud.....	20
1.2.3 El Plan Estatal de Salud	21
1.3 Infraestructura blanda en el sector salud.....	22
1.3.1 La profesión del nutriólogo	24
1.3.2 Presencia del nutriólogo en el sistema de salud en México.....	26
Capítulo II. La consulta del nutriólogo.....	29
2.1 El protocolo de la consulta de nutrición	29
2.3 Calidad de la consulta médica y trato digno: Sistema SESTAD	31
2.4 Mecanismos de participación ciudadana en la calidad de la consulta: el aval ciudadano y los comités de calidad de salud.....	32
2.5 Normas oficiales mexicanas de en Nutrición.....	34
2.6 Guías de Práctica Clínica en Nutrición	37
Capítulo III. Evaluación del desempeño del personal	40
3.1 La evaluación como función sustantiva de la Administración de Recursos Humanos	40
3.2 Tipos de evaluación del desempeño.....	41
3.3 Evaluación de 360°.....	42
3.4 Evaluación de 180°.....	43
3.6 Gestión de la evaluación del desempeño	45
3.6.1 Sobre un sistema de gestión	46
3.6.2 Indicadores a evaluar.....	47
Capítulo IV Planteamiento del problema y método de trabajo	50
4.1 Planteamiento del problema.....	50
4.1.1 Descripción del problema	50
4.1.2 Justificación.....	51
4.1.3 Objetivos y preguntas de investigación	53
4.2 Hipótesis y variables.....	53
4.3 Método de trabajo.....	55
4.3.1 Tipo y diseño de investigación.....	55

Índice de Figuras

No.	Título	Pág.
1.1	Ingresos mensuales para compra de canasta alimentaria	13
1.2	Obesidad en adolescentes y adultos 2012-2018	15
1.3	Obesidad en adolescentes y adultos por sexo 2012-2018	16
3.1	Esquema de la herramienta de evaluación de 180°	45
4.1	Operacionalización de variables en estudio	55
5.1	Sexo (n=43)	59
5.2	Edad de la muestra (n=43)	60
5.3	Antigüedad laboral (duración en años) (n=43)	61
5.4	Conocimiento de GPC y NOM (n=43)	62
5.5	Frecuencia de uso de documentos normativos (n=43)	62
5.6	Utilidad de documentos normativos (n=43)	63
5.7	Importancia de documentos normativos (n=43)	63
5.8	Conocimiento temático de NOM y guías de práctica clínica (n=43)	64
5.9	Última consulta de una GPC (n=43)	65
5.10	Frecuencia (%) de apego a las GPC	66
5.11	Motivos para no utilizar con más frecuencia las GPC	66
5.12	Acciones para incrementar el uso de las GPC	67
5.13	Conocimiento y uso de la normativa por grupo de edad	68
5.14	Conocimiento y uso de NOM y GPC. Diferencia entre la autoevaluación del nutriólogo y la evaluación del supervisor (n=43)	69
5.15	Calidad de la consulta de nutrición externa (evaluación del supervisor) (n=043)	71
5.16	Consultas por día (programadas y dadas) (n=43)	72
5.17	Orientación alimentaria durante la consulta (n=43)	73
5.18	Calidad de la consulta del nutriólogo en dos momentos (2020) (n=43)	75
5.19	Relación entre calidad de la consulta y el cumplimiento de NOM y GPC	78
6.1	Estructura de la propuesta del plan de negocios	80
6.2	Análisis FODA del negocio	82
6.3	Perfil del cliente	83
6.4	Oferta educativa por parte de diversas instituciones	84
6.5	Comparación de competitividad AMESPyN con otras empresas	87
6.6	Análisis de la competencia	87
6.7	Descripción del proceso de servicio	89
6.8	Descripción de la capacidad de producción de acuerdo con el producto	90
6.9	Organigrama de la empresa	93
6.10	Cálculo de inversión inicial para el proyecto	94

INTRODUCCIÓN

México tiene una larga historia de implementación de políticas públicas que se orientan a mejorar la nutrición de grupos vulnerables. Anteriormente se enfocaban en su mayoría al combate de la desnutrición, sin embargo, ahora se unen los retos al combate del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónico-degenerativas entre otras; por lo tanto, los retos en salud pública en México son de suma importancia (Barquera, Rivera-Dommarco y Gasca-García, 2001).

La salud pública se entiende como el proceso de salud enfermedad en la comunidad, con especial énfasis en la prevención de la segunda. Para ello, se recurre al desarrollo de protocolos para los diferentes niveles de atención y la generación de propuestas para la disposición de mejores políticas públicas. La nutrición va mucho más allá del simple acto de comer, significa alimentarse: dar al cuerpo los nutrientes adecuados para funcionar y para conservar la buena salud; es un proceso consciente, voluntario y educable, en el que intervienen factores como el descanso, el ejercicio, los hábitos de vida y el estrés, entre otros.

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), inició la contratación de nutriólogos al iniciar el programa Seguro Popular, ya que a nivel federal se valoró que, debido a los problemas de nutrición en el país, era necesaria su participación. Actualmente los contratos de dichos nutriólogos fueron absorbidos por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). Se necesita de profesionales bien preparados y actualizados que sean capaces de promocionar, fomentar e intervenir en problemas relacionados con la nutrición y estilos de vida saludables. Para ello, se cuenta con herramientas como las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y Guías de Práctica Clínica (GPC), documentos que se actualizan constantemente y soportan con evidencia científica el proceder en la consulta en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, por parte de los supervisores del Departamento de Nutrición se observa que el apego y cumplimiento de éstas es bajo.

Por lo anterior, se pretendió evaluar el cumplimiento de las NOM y GPC de nutrición para identificar su relación con la calidad de la consulta, para lo cual se describió su cumplimiento desde la autopercepción por medio de un cuestionario, se analizó la calidad

de la consulta por parte de los usuarios en dos momentos (marzo y septiembre de 2020), y por parte del supervisor mediante cédulas validadas por el ISEM; pretendiendo encontrar relación entre el cumplimiento de éstas por parte de los nutriólogos y los resultados obtenidos del supervisor y los usuarios. El estudio se realizó en la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM que abarca cuatro municipios del Estado de México (Toluca, Metepec, Zinacantepec y Almoloya de Juárez). Los participantes en el estudio fueron nutriólogos de Centros de Salud y Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

Se encontraron resultados discrepantes, ya que los nutriólogos dicen conocer y aplicar las NOM y GPC (autopercepción), pero al revisar las evaluaciones hechas por el supervisor, se observó que la mayoría no las conoce y dicen no contar con ellas. Los usuarios, por su parte, dan opiniones diferentes entre las dos mediciones. En la primera, no refieren una satisfacción del servicio en su totalidad y no están completamente satisfechos con la atención; en la segunda, perciben una disminución de la calidad en general. Una posible explicación a ello pudiera ser que entre ambas mediciones se desató la pandemia de SARS-COV2 y las adaptaciones que tuvo que realizar el ISEM para combatir los problemas de salud en la contingencia.

El presente trabajo se divide en seis capítulos, en los que se aborda, en los capítulos I y II el panorama de la nutrición en México y su importancia para la salud de la población, para cerrar con la consulta del nutriólogo y las principales NOM y GPC que utiliza en el primer nivel de atención. En el tercer capítulo se detalla la evaluación del desempeño indicando las diferencias entre una evaluación de 360° y 180°, ya que los nutriólogos para el presente estudio se evaluaron desde la autopercepción, por el supervisor y por los usuarios. Junto con el planteamiento del problema, el Capítulo IV también incluye el método de trabajo para referir cómo se realizó el trabajo. Entonces, el Capítulo V muestran los resultados obtenidos, tanto los descriptivos como las correlaciones. Finalmente, el Capítulo VI está dedicado a la propuesta integral para profesionalización y certificación de nutriólogos, que es el proyecto que se pretende iniciar para ofertar diversos cursos y certificar a nutriólogos en salud pública y así crear profesionales altamente capacitados, lo cual repercutirá en una mejor consulta y calidad en la atención.

Capítulo I. Panorama de la nutrición en México

1.1 Seguridad alimentaria y vida saludable

La agenda 2030 se establece en mayo de 2016 por parte de los países miembros de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en el Foro de América Latina y el Caribe sobre el desarrollo sostenible; participan también los gobiernos, representantes de la sociedad civil, sector académico y sector privado, bancos de desarrollo y otros organismos de las Naciones Unidas (ONU, 2018).

Los objetivos del desarrollo sostenible están encaminados a poner fin a la pobreza, disminuir el hambre, mejorar la educación, promover la igualdad de género, promover y mejorar los servicios de saneamiento, cuidar el medioambiente, promover la paz y promover la salud y el bienestar (ONU, 2018). Con los puntos a seguir en la Agenda 2030 se pretende promover el desarrollo sostenible, inclusivo y que genere efectos positivos a largo plazo, incluida la salud y el bienestar de la población.

Para lograr la seguridad alimentaria se necesita una profunda reforma al sistema mundial de agricultura y alimentación para poder alimentar a 7,700 millones de personas a nivel mundial (ONU, 2019), y contemplar los dos mil millones adicionales que se vislumbra que vivirán en el año 2050. Por lo tanto, el sector alimentario y agrícola son pieza clave para el desarrollo y la eliminación del hambre (ONU, 2018).

Las áreas rurales o semirurales son las productoras de alimentos, mientras que las ciudades son consumidoras. En ambas zonas se observa una transición alimentaria y nutricional que demanda una creciente necesidad de productos. Se pretende que para el 2030 se duplique la productividad agrícola y aumenten los productores de alimentos a pequeña escala, de manera que se asegure la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos por el aumento de productividad y adaptación al cambio climático tratando de mantener los ecosistemas. Se promoverá, además, la cooperación internacional en cuestiones de producción agropecuaria para asegurar la alimentación, importación, exportación y disminuir las anomalías en los precios de los alimentos (ONU, 2018).

En México, más de dos quintos de la población vive en pobreza, siendo más alta la proporción en las zonas rurales que en las urbanas. La carencia de alimentos es más intensa en los grupos indígenas, discapacitados y menores de edad. Además de esto, la transformación de la alimentación ha acentuado el problema de malnutrición que favorece la coexistencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad (ONU, 2018).

Si no se hace nada en cuanto a la seguridad alimentaria, los costos asociados con sus consecuencias serán graves. Como ejemplo, en Estados Unidos los costos asociados a la obesidad ascienden aproximadamente a dos billones de dólares al año. Se calcula que entre 2011 y 2025 los costos por enfermedades crónicas no transmisibles ascenderán a 7 billones de dólares, lo cual afectará sobre todo a países con ingresos bajos y medianos. Se calcula que por cada dólar destinado a prevenir la malnutrición se genera un rendimiento de 16 dólares (Logetic, 2011).

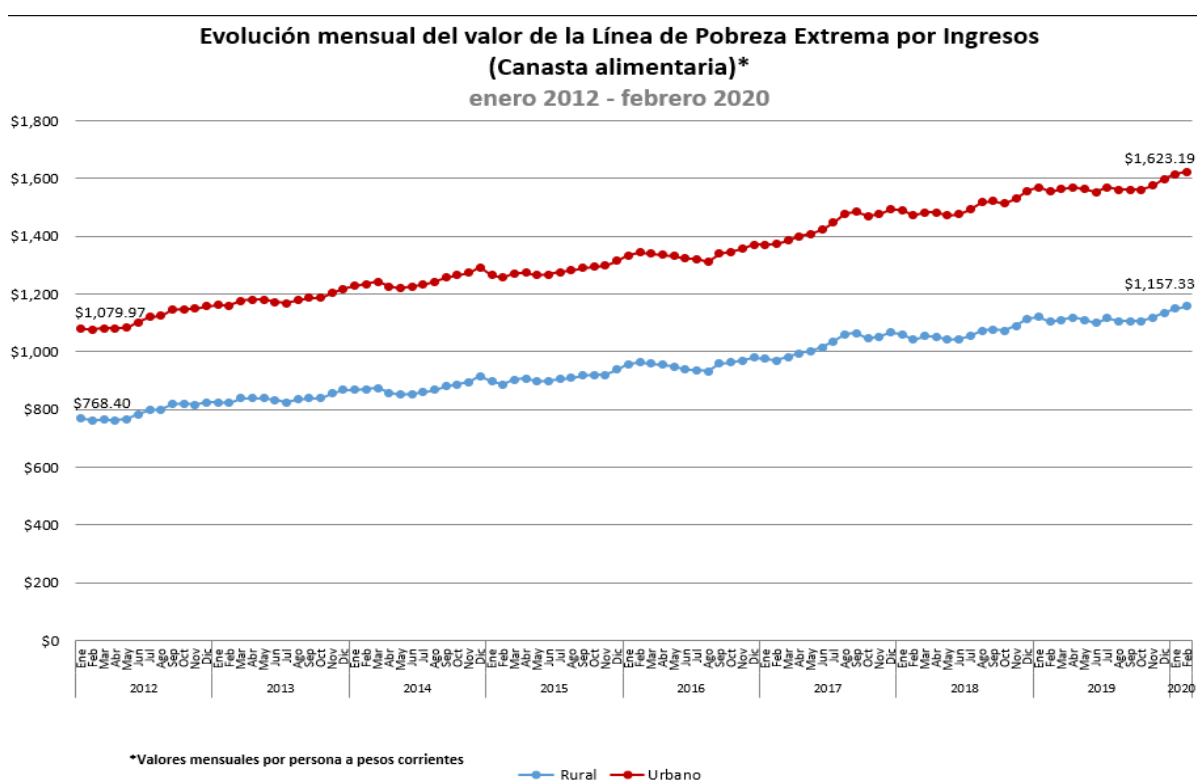
Para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todos a cualquier edad, es fundamental la realización de varias acciones que disminuyan las tasas de mortalidad por cuestiones prevenibles en las distintas etapas de vida; además fortalecer la prevención y tratamiento de enfermedades prevenibles y adicciones, para ello, se debe garantizar el acceso universal a los sistemas de salud en el que se incluyan todos los servicios para lo que se debe considerar la financiación de la salud y la constante capacitación del personal sanitario (ONU, 2018).

En la actualidad se viven problemas de hambre y desnutrición, deficiencias de vitaminas y minerales y sobrepeso y obesidad; lo cual nos deja ver que muchos problemas de salud están relacionados a la alimentación debido al cambio de tipo de dietas y el acceso a los alimentos, lo que se llama "seguridad alimentaria". Es un reto, por tanto, influir en los próximos años en los factores de los sistemas alimentarios como son: producción, almacenamiento, comercio, transporte, venta y transformación de alimentos. Si se pone atención a estas medidas, se puede contribuir a la conservación de la salud en materia de nutrición, facilitando la elección de alimentos nutritivos y proporcionando un entorno alimentario saludable, ya que si no se toman las medidas pertinentes la malnutrición será un problema muy costoso a nivel mundial (Logetic, 2011).

1.2 La nutrición en México

El acceso físico y económico a los alimentos satisface las necesidades nutricionales de las personas y sus preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida activa y sana (FAO, 2011). Sin embargo, existe una elevada pobreza alimentaria en México por los niveles de ingresos y seguridad alimentaria a nivel nacional.

Figura 1.1 Ingresos mensuales para compra de canasta alimentaria.



Fuente: CONEVAL, 2020a

La pobreza conlleva a una deficiente alimentación. Una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2016 reveló que 28% de niños y adolescentes comieron menos de lo que debían (CONEVAL, 2020a).

Según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH, 2018), el gasto principal en las familias es en alimentos, bebidas y tabaco, siendo el cuidado de la salud, el rubro en el que menos gastan, de tal manera que se puede deducir que este tipo de

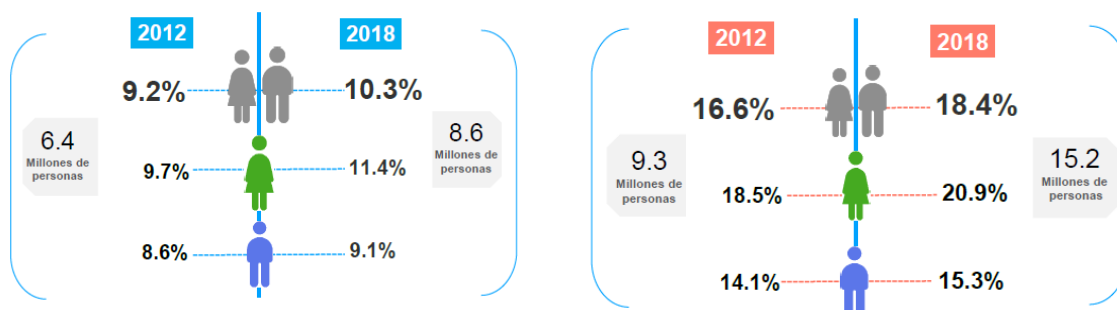
comportamiento afecta de manera directa en la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición, las cuales son en extremo costosas.

En 1986 inician las encuestas de salud en nuestro país, por el llamado Sistema Nacional de Encuestas de Salud, modalidad que continúa en 1994 y 2000. Posteriormente, las Encuestas Nacionales de Nutrición se inician en 1988 y 1999. Para 2006 se unen ambas temáticas y surge la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) diseñada para llevarse a cabo cada seis años. La Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llevaron a cabo el levantamiento de la ENSANUT 2018, con el objetivo de conocer el estado de salud y las condiciones nutricionales de la población en México.

La encuesta permite conocer las condiciones de salud y nutrición de la población, la prevalencia y distribución de enfermedades agudas y crónicas degenerativas, el porcentaje de población con anemia o deficiencia de micronutrientes, problemas de desnutrición y obesidad, además de información sobre desarrollo infantil y prácticas de alimentación infantil. Esta información se combina con resultados socioeconómicos de la población. Los tópicos específicos que incluye la encuesta son: consumo de alimentos de niños, adolescentes y adultos, derechohabencia y uso de servicios de salud, vacunación, actividad física, enfermedades crónicas, prácticas de alimentación, salud reproductiva, sobrepeso y obesidad, anemia en niños y mujeres, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y adultos, etiquetado de alimentos y lactancia materna (ENSANUT, 2018).

Los resultados muestran un aumento de Diabetes Mellitus en la población del 9.2% al 10.3% siendo los estados con mayor problemática Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, Nuevo León y CDMX. La hipertensión arterial aumentó de 16.6% en 2012 a 18.4% en 2018 siendo los estados con mayor problemática Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila. La dislipidemia aumentó de 13% en 2012 a 19.5% en 2018. Es importante mencionar que el consumo de alcohol ha aumentado de 53.9% en 2012 a 63.8% en 2018, mientras que el consumo de tabaco disminuyó de 19.9% en 2012 a 11.4% en 2018 (ENSANUT, 2018).

Figura 1.2 Obesidad en adolescentes y adultos 2012-2018



Distribución porcentual de la población de 20 y más años de edad según condición de reporte de medición de colesterol y triglicéridos y su resultado, por sexo 2012 y 2018

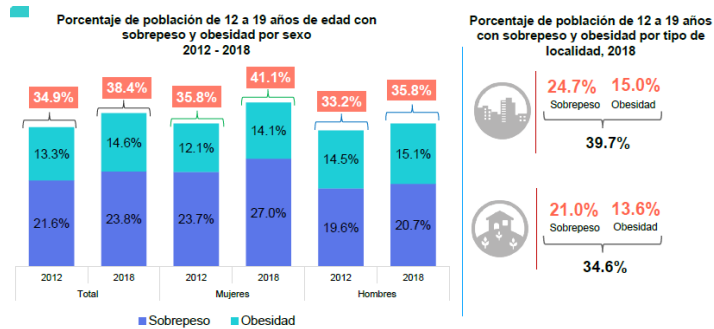
Medición de colesterol y triglicéridos	Masculino		Femenino		Total	
	2012	2018	2012	2018	2012	2018
Sí, normal	37.0%	32.7%	38.6%	34.8%	35.1%	30.3%
Sí, alto	13.0%	19.5%	14.1%	21.0%	11.7%	17.7%
No	50.0%	47.7%	47.3%	44.2%	53.2%	52.0%

Fuente: ENSANUT 2018

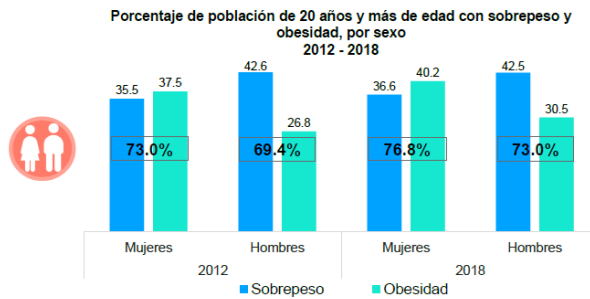
La seguridad alimentaria disminuyó: de 48.9% de personas con seguridad alimentaria en el 2012 bajó a 30.9% en 2018. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses aumentó de 14.4% en 2012 a 28.6% en 2018 (ENSANUT, 2018).

El sobrepeso y la obesidad en población adolescente aumentó: de 34.9% en 2012 a 38.4% en 2018 y en personas de 20 años y más también aumentó de 71.3% en 2012 a 75.2% en 2018 (ENSANUT, 2018).

Figura 1.3 Obesidad en adolescentes y adultos por sexo 2012-2018



A nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3 por ciento.



Fuente: ENSANUT 2018

Los resultados muestran un incremento en el sobrepeso y la obesidad desde la edad adolescente, lo cual incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas. Éstas, han aumentado progresivamente desde que se hicieron los primeros análisis de nutrición en la población mexicana; por lo tanto, se requieren medidas de salud pública urgentes que contribuyan a mejorar el estado de salud de la población.

Por otro lado, el sobrepeso y la obesidad han ido en aumento tanto en niños, adolescentes y adultos, según datos de la ENSANUT (2018), lo cual indica que existen grandes desequilibrios en la ingesta calórica, no necesariamente relacionados a una mayor economía, ya que el sobrepeso y la obesidad están muy vinculados a la elección de los alimentos y el gasto calórico. El cambio dietético a nivel mundial ha girado hacia alimentos hipercalóricos, abundantes en grasas y azúcares, además de la tendencia a la disminución

de actividad física y una vida sedentaria, el cambio de medios y modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2016).

En contraparte, según datos del Banco Mundial, se estima que cada año se pierden o desaprovechan 20.4 millones de toneladas de comestibles, equivalentes a 34% de la producción del país en México (Forbes México, 2020).

Los retos alrededor de los problemas alimentarios en México van encaminados a la seguridad alimentaria y el combate de la malnutrición, que van desde la desnutrición hasta la obesidad, aumentando en todos los grupos etarios de la población.

1.2.1 Políticas alimentarias en México

Desde la década de los ochenta se han diseñado programas alimentarios y políticas asistenciales para la seguridad alimentaria. Sin embargo, los resultados indican que estas políticas han sido insuficientes (López y Gallardo, 2014).

En un escenario donde las políticas estructurales cambian y no hay estabilidad macroeconómica, los programas de asistencia social y las políticas alimentarias se han visto poco favorecidas. En el sexenio de López Portillo se aprecia uno de los intentos más serios por garantizar una alimentación digna. En este sexenio se instauró el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) que pretendía la autosuficiencia alimentaria y de esa manera atacar los problemas de hambre, pobreza, salud y desnutrición de los estratos marginados. Se establecieron programas de apoyo a la agricultura, se impulsó la agroindustria campesina y se otorgaron subsidios para facilitar el acceso a la tecnología y a los insumos; también se establecieron programas de orientación alimentaria a la población. Con el SAM se generó la convicción de que la producción y transformación de bienes agrícolas de origen animal y vegetal, junto con la industria de bienes de capital e intermedios y la distribución de alimentos, no podían ser abordadas por separado. En 1980 se estimaba que más de 60% de los ingresos se destinaban a alimento. En 1982 se redujo el ingreso de divisas del presupuesto federal y ello ocasionó el retiro de recursos a dicho programa, aunque para analistas como Meseguer en 1998, el SAM ha sido la única planeación estratégica más o menos exitosa en materia de política social alimentaria (Cárdenas, 2019).

Con Miguel de la Madrid se abandonó el enfoque de autosuficiencia y el abasto de alimentos pasó a depender en gran parte del comercio internacional. Se creó el Programa Nacional de Alimentación operado por la Comisión Nacional de Alimentación. Los programas relacionados con producción, abasto, consumo, salud y nutrición quedaron a cargo de organismos que no tenían una coordinación real, por lo que los resultados sólo eran reconocibles en el discurso del gobierno y por programas clientelares de reparto de alimentos que pertenecían al Programa de Asistencia Social Alimentaria del DIF. En esos años, el Plan Nacional de Desarrollo decía que en materia de salud y nutrición se debía impulsar a la planta productiva de alimentos básicos además de subsidios en alimentos ricos en proteínas; la política alimentaria, entonces, se enfocó a la compra de alimentos requeridos sin importar su origen, quién y cómo lo produjeran. Es así como se cambió el concepto de autosuficiencia alimentaria por soberanía alimentaria (López y Gallardo, 2014).

En el gobierno de Salinas de Gortari se propuso una estrategia de seguridad alimentaria la cual garantizaría la disponibilidad de alimentos por la importación. Se continuó con el Programa Nacional de Alimentación, pero dividido en el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y en el Sistema Nacional de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, todo bajo el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que conservaba lo desarrollado décadas atrás. Para realizar esto se incorporaron políticas económicas orientadas al desarrollo agrícola y rural, mecanismos de estabilidad interna macroeconómica y mayor participación del comercio mundial para lograr la suficiencia, la estabilidad y la seguridad de los suministros alimentarios. Esto provocó que se redujera la capacidad interna de agricultura y autosuficiencia (López y Gallardo, 2014).

A pesar de los resultados desfavorables del gobierno *salinista*, en el sexenio de Zedillo se concretó el “Programa de Alimentación y Nutrición Familiar” con ejes como: desayunos escolares, canasta básica para las familias más pobres, y canasta apoyos para las familias de áreas urbanas marginadas. Después de un año, este programa cambió por el “Programa de Alimentación, Salud y Educación” que mantenía los mismos objetivos, pero reduciendo el presupuesto de alimentación. Sin embargo, debido a la crisis financiera de 1994 se debió reducir el gasto público en cuanto a programas sociales, y es cuando aparece el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que propuso otorgar directamente el subsidio en dinero a las familias pobres antes de subsidiar los productos, ya que esto era más costoso. Sin embargo, esta medida también demostró ser ineficiente (Cárdenas, 2019).

El sexenio de Vicente Fox persistió con los subsidios, adoptó a “PROGRESA” y lo rebautizó como “Oportunidades”, en el que aparentemente se respaldaba el acceso efectivo a una alimentación adecuada y se apoyaba al gasto familiar con énfasis en los grupos vulnerables. Las acciones contra la pobreza alimentaria se concentraron en la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria; suplementos alimenticios, abasto social de leche, abasto rural y apoyo alimentario; esto debido a que se seguían los preceptos de la FAO (1996) que decían que la seguridad alimentaria solo sería posible cuando todas las personas tengan acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos a fin de llevar una vida activa y sana. Este programa se unió con Sagarpa para impulsar el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria que pretendía desarrollar procedimientos que impulsaran la producción agrícola. Estas estrategias pretendían el reconocimiento de los organismos multinacionales, sin embargo, existieron opiniones encontradas. Por un lado, se veía como apoyo a las familias más necesitadas y un esfuerzo grande por mantener la seguridad alimentaria; por el otro, se veía con fines partidistas que aseguraran los votos en la campaña presidencial (Cárdenas, 2019).

Cervantes y Delgado en 2006 señalaron la incorporación de miles de familias al programa Oportunidades en los últimos meses del gobierno de Fox para favorecer al candidato del Partido de Acción Nacional. Los padrones de los afiliados eran requeridos en municipios y localidades urbanas y rurales y se detectaron diversas anomalías en cuanto a beneficiarios (Cárdenas, 2019).

Al ganar Felipe Calderón la Presidencia, se prosiguieron estrategias similares para combatir la pobreza y se potenció al programa “Oportunidades” que incrementó su cobertura. Sin embargo, esta administración se enfrentó con un escenario económico complejo marcado por la desaceleración económica estadounidense que impactó de manera negativa la economía nacional (López y Gallardo, 2014).

El programa alimentario principal del gobierno ejercía la organización, control y acceso de recursos alimentarios y financieros destinados a la asistencia social; teniendo detrás las relaciones de poder que han condicionado la situación alimentaria y han sometido a intereses económicos aparentemente distributivos (Rubio, 2019).

El gobierno de Peña Nieto inicia la “Cruzada Nacional contra el Hambre” que pretendía cubrir a la población que no era atendida por el Programa Oportunidades. Esta cruzada incluía erradicar el hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuadas de las personas que se encontraban en condición de pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación; eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez. Al inicio del sexenio se unieron la Cruzada y el Programa Oportunidades, pero en 2014 fue sustituido por PROSPERA (Huesca, 2016).

Sin embargo, a finales del sexenio de Peña Nieto, 23.3% de la población del país tenía carencia por acceso a la alimentación, y la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, que era de 13.6%. Estas cifras muestran que el hambre y la desnutrición seguían siendo problemas serios en México (Cárdenas, 2019).

En el actual gobierno se tiene como objetivo reducir progresivamente la dependencia de importación de maíz, frijol, arroz y trigo, la atención a los más pobres, a los más desprotegidos se pretende distribuirles la canasta básica ampliada a 34 productos; y a los pequeños productores apoyarlos con tecnología, créditos, fertilizantes y precios de garantía. Esto se realizará por medio de la fusión de Liconsa y Diconsa que se denominará Seguridad Alimentaria Mexicana (SEGALMEX). En cuatro proyectos se basa la política agropecuaria (Secretaría de Gobernación, 2019):

- El uso de tres plantas fertilizantes de Pemex que buscarán evitar la dependencia de la importación de fertilizantes.
- La creación de la empresa Seguridad Alimentaria Mexicana para distribuir leche, productos y semillas mejoradas además de ampliar la canasta básica.
- Fortalecer el hato ganadero en general, e impulsar el desarrollo del potencial para la ganadería en el sur del país.
- Precios de garantía para cultivos básicos: leche, maíz, frijol y trigo; y de esa manera otorgar certidumbre a los productores de menos de tres hectáreas, apoyar con semilla mejorada, fertilizantes y aumentar sus rendimientos.

A lo largo de diferentes sexenios se han realizado esfuerzos para erradicar el hambre y asegurar la alimentación familiar. Se han creado y fusionado programas. Sin embargo, es un reto complejo, el asegurar la alimentación a las familias más necesitadas. Se debe

continuar con esfuerzos y lucha en años venideros y adaptarse a los cambios políticos, sociales y climáticos (López y Sandoval, 2018).

1.2.2 El Plan Nacional de Salud

El Gobierno Federal está consciente de que en materia de salud existen varios obstáculos por vencer, como son falta de instalaciones, sobrecarga de los servicios, falta de personal, falta de medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada; además de que se ha hecho poco énfasis en la promoción y prevención de la salud (Robledo, 2019).

Uno de los objetivos en este sexenio es hacer efectivo el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Secretaría de Gobernación, 2020) que en uno de sus fragmentos dice: "...toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73º de la Constitución". Además de que "...toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, lo cual el Estado debe garantizar".

De acuerdo con el actual Plan Nacional de Salud se pretende brindar servicios de salud y medicamentos gratuitos, federalizar los sistemas estatales de salud, implementar el modelo de Atención Primaria a la Salud (APS-1), reorganizar la regulación sanitaria y fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora (Alcocer, 2019).

Los gobiernos anteriores crearon el Seguro Popular para solucionar problemas de salud, sobre todo a la población sin seguridad social, dando un enfoque al programa de "cobertura universal". Sin embargo, más allá del número de afiliados, el programa no cumplía realmente con el objetivo ya que con el paso del tiempo se acrecentaron las deficiencias de este, en cuanto a cobertura, calidad, eficiencia y administración de los recursos, además de que no se dio énfasis a la prevención (Zamarrón, 2018). De aquí que el gobierno actual crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), con la finalidad de garantizar que para 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes clínicos (Gobierno de México, PND 2019-2024).

En esta nueva administración, se dice que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, tendrán acceso a los servicios integrales de salud, los servicios de complejidad se garantizan y los medicamentos deben ser gratuitos tanto en el primer, segundo y tercer nivel de atención. El gobierno federal es el que transferirá presupuesto a los estados, por lo tanto, quedará bajo el control de la Secretaría de Salud federal el manejo de recursos financieros, humanos y materiales en las unidades de salud. El eje central de la atención será la APS-1 promoviendo la prevención, detección y tratamiento oportuno (Secretaría de Salud, PSS 2019-2024).

1.2.3 El Plan Estatal de Salud

Uno de los ejes rectores del Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023 (PDEM) es erradicar el hambre con el pilar social del gobierno que menciona el fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, agua limpia y saneamiento, para lo cual programas de distintas estancias gubernamentales se encuentran trabajando. Este documento rector se encuentra alineado con pilares de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Existen, esencialmente, dos carencias sociales en el Estado de México: el acceso a la seguridad social y el acceso a la alimentación (PDEM 2017-2023). A partir de febrero de 2020 el Estado de México se adhiere al programa que sustituye al Seguro Popular, INSABI, que garantiza el acceso a la atención médica las 24 horas del día (CONEVAL, 2020b).

En el Estado de México, la talla baja en niños y niñas de edad preescolar se presenta en 16 de cada 100 menores y este porcentaje se eleva en 25 de cada 100 en zonas rurales. El sobrepeso infantil afecta a 37 de cada 100 niños, y ambos problemas afectan a la salud, desempeño y desarrollo de estos niños. Estos datos muestran un problema de salud de gran relevancia en donde el papel de los profesionales de la salud es trascendente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encuentra entre los tres primeros lugares de obesidad en el mundo, aumentando las enfermedades crónico-degenerativas (Rivera *et al*, 2013). El Estado de México presenta una tendencia ascendente en tasas de mortalidad por Diabetes Mellitus y enfermedades cardiovasculares, registrando 19,608 muertes en 2016 (GEM, 2017).

Para atender a la población mexiquense existe el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), que provee seguridad social al Estado y a sus 125 municipios, tanto a derechohabientes, pensionados y pensionistas, como a sus dependientes económicos. Esta institución es la tercera en su tipo más grande del país, después del IMSS y el ISSSTE (Gaceta de Gobierno del 31 de diciembre de 2018). Como se mencionó, a partir de 2020 entra en vigor el programa INSABI que cubre en atención a todas las personas que no tienen ningún tipo de seguridad social (GEM, 2018).

El Sistema de Salud en el Estado de México tiene el objetivo de atender de manera satisfactoria las necesidades prioritarias de la población mexiquense a partir de la creación de mecanismos de cooperación y coordinación interinstitucional. Para esto, se fomenta la vigilancia epidemiológica, la prevención de situaciones de riesgo, la dignificación de la infraestructura de salud, el fortalecimiento de la calidad de la atención y las campañas de sensibilización para el autocuidado de la salud (GEM, 2017).

1.3 Infraestructura blanda en el sector salud

La provisión eficiente de infraestructura es uno de los aspectos más importantes en las políticas de desarrollo de los países. Para muchos economistas, la ausencia de una infraestructura adecuada y su provisión ineficiente es un obstáculo para la implementación eficaz de políticas de desarrollo y tasas de crecimiento. La infraestructura incluye sistemas e instalaciones al servicio de una empresa, industria, país, ciudad, pueblo o zona. Su importancia radica en que (Rosas, 2014):

- Aumentan la vida útil del capital público y privado.
- Hacen posible aprovechar economías de escala.
- Mejoran la productividad laboral.
- Ayudan a aumentar el capital humano a través de educación y salud.

Todo esto va a depender de la eficiencia del gasto, la selección de proyectos, la eficiencia en la adquisición y el control de la corrupción (Cohen y Franco, 1992).

Según Rosas (2014), las inversiones en obras de infraestructura facilitan la reducción de los costos asociados al consumo de los servicios, mejoran el acceso a los mercados de bienes e insumos, e incrementan la cobertura y calidad de los servicios a la población. Entre

los servicios de interés público se encuentran los servicios básicos de infraestructura: abastecimiento de agua potable y saneamiento, electricidad, telecomunicaciones y transporte colectivo urbano, entre otros.

Las infraestructuras se dividen en dura y blanda. La infraestructura dura se refiere a las grandes redes físicas necesarias para el funcionamiento de una nación industrial moderna, mientras que la infraestructura blanda corresponde a las instituciones obligadas a mantener la economía, salud y las normas culturales y sociales de un país, tales como el sistema financiero, la educación, la salud, el gobierno, la ley y los servicios de emergencia. La primera cubre la percepción física tradicional de la infraestructura como carreteras, puertos, etc., la segunda se relaciona con el sistema regulatorio para la implementación de inversiones, por ejemplo (Rubio, 2017).

En México, el sistema de salud está segmentado y opera con seguros sociales, Seguro Popular/INSABI y un mercado privado de salud. Carreón (2018) enfatiza que la cobertura universal implica cuatro problemáticas: servicios que se propondrán, cómo se financiarán, bajo qué arreglo institucional opera el sistema de salud y cómo garantizar que la infraestructura y los recursos humanos sean suficientes. La infraestructura para una cobertura universal incluye camas adicionales, personal médico y de enfermería, tecnología médica y personal paramédico (psicólogos, nutriólogos, radiólogos, químicos y técnicos en salud), recursos que deben estar distribuidos en forma equitativa a nivel regional. No menos importante es una profunda revisión de las reglas bajo las cuales deben operar los servicios de salud.

Al hablar de tecnología blanda, en el Manual de Oslo (2006) se distinguen cuatro tipos de innovación: las innovaciones de producto, las innovaciones de proceso, las innovaciones de mercadotecnia y las innovaciones de organización. Las dos primeras están estrechamente vinculadas al concepto de innovación tecnológica; las otras dos, a la innovación organizativa o innovación de organización.

Esta última parece útil para abordar el rol del nutriólogo en el cumplimiento de normas y guías de práctica clínica como ingrediente en la consulta de calidad. Una innovación de organización es la introducción de un método organizativo en las prácticas o la organización del lugar de trabajo, con la finalidad de mejorar los resultados, al tiempo que se logra la

reducción de costos y se mejora la satisfacción tanto de quien brinda el servicio como del usuario y/o cliente (Manual de Oslo, 2006). Entonces, si se considera que la consulta del nutriólogo tiene “algo” de rutina, el conocimiento y uso de normas y prácticas clínicas contribuyen a la calidad del servicio, por un lado; por el otro, estas normativas se convierten en prácticas para mejorar el aprendizaje y la socialización del conocimiento.

1.3.1 La profesión del nutriólogo

En las primeras décadas del siglo XX se realizaron estudios sobre la nutrición debido a enfermedades que eran causadas por la carencia de sustancias indispensables, se conocían las manifestaciones clínicas, pero no su etiología; éstas eran la pelagra, el beriberi, raquitismo, entre otros (Bengoa, 2003).

En los años 30 y 40, tanto en Europa como en América Latina, existía una gran preocupación por definir cuál era una dieta normal, tanto en nutrientes como en alimentos o grupos de alimentos. En la Conferencia de Hot Spring en 1943 se dan los primeros indicios de tipos de dieta, preocupándose más por la concepción dietológica que por la nutricional. En los mismos años, Argentina publica su Revista de Dietología (Bengoa, 2003), aunque previamente, en los años 20 surge el Instituto de Nutrición en Buenos Aires, realizando diversos estudios dirigidos a dieta racional, requerimientos de energía, enfermedades crónico-degenerativas y casi no se le da peso a la desnutrición o a carencias vitamínicas específicas. Uno de los líderes en nutrición en esta época fue Pedro Escudero, y es quien después de la participación en diversas conferencias y estudios establece las cuatro leyes de la alimentación: ley de la cantidad, ley de la calidad, ley de la armonía y ley de la adecuación. A pesar de todo esto, ahora es bien sabido que los problemas nutricionales no solamente son biológicos, sino que también dependen mucho de lo económico (Bourgues, Bengoa y O'Donell, 2012).

Entre los años 1948 y 1956 se llevaron a cabo cuatro conferencias latinoamericanas de Nutrición de la FAO/OMS: Montevideo en 1948, Río de Janeiro en 1950 (en donde se revelaron personalidades como Josué de Castro quien escribió libros sobre el hambre en un tiempo donde nadie se atrevía a utilizar esa palabra para hablar de desnutrición), Caracas en 1953 (Venezuela inauguraba su Instituto Nacional de Nutrición) y Guatemala en 1956 (Bourgues, Bengoa y O'Donell, 2012).

Alrededor de los mismos años, en toda América Latina se establecieron institutos dedicados a la nutrición y se iniciaban investigaciones en este rubro. Brasil funda su Instituto Nacional de Nutrición, promueve el Servicio de Alimentación de la Previsión Social, se instalan laboratorios de bromatología y se abren dos instituciones a nivel universitario. Colombia inaugura su Instituto en los años 60 con el apoyo de UNICEF, OMS y FAO además de que abren el Magisterio en Vigilancia Nutricional. Ecuador tiene ya su Instituto Nacional de Nutrición dirigido por José M. Portilla. En Cuba se realizan amplios estudios de antropometría por Jordá. En Chile se iniciaron en los años 30 y 40 estudios sobre el Síndrome Pluricarenal Infantil, en los años 50 crean el Instituto Nacional de Nutrición y Tecnología de Alimentos. En el Caribe de habla inglesa se crea en 1967 en Instituto de Alimentación y Nutrición de Caribe, publican la Revista CAJANUS que ha mantenido un nivel divulgativo excelente en temas de educación nutricional. Perú inaugura en los 40 el Instituto Nacional de Nutrición con laboratorio de análisis de alimentos y programas de alimentación suplementaria. Puerto Rico destaca por su Departamento de Nutrición en la Universidad. Bolivia, Paraguay, República Dominicana y Haití abren modestas unidades de nutrición de los ministerios de salud (Landaeta, 2012).

En México, los avances en Nutrición comienzan en los 40 con las investigaciones bromatológicas de René Cravioto. Al mismo tiempo, aparecen dos instituciones que adquieren prestigio internacional, el Hospital de Niños a cargo de Federico Gómez y sus colaboradores que adquirieron fama internacional, J. Cravioto, Ramos Galván y S. Frenk. La otra institución es el Hospital dirigido por Salvador Zubirán. En épocas más recientes figura en México el Instituto Nacional de Perinatología con excelentes investigaciones en materia de salud (Bourgues, Bengoa y O'Donnell, 2012).

Es así, que en el año de 1965 se constituye un hito trascendental en la historia latinoamericana de la nutrición: un grupo de profesionales reunidos en Chicago crean la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN) en la que participan todos los países de Latinoamérica realizando congresos para el intercambio y unión de conocimiento apoyando trabajos magistrales e investigaciones (Bourgues, Bengoa y O'Donnell 2012).

Actualmente existen aproximadamente 90 escuelas de nutrición en América Latina, muchas de ellas realizando trabajos de investigación. En México además de las escuelas de

nutricionistas se fundaron las escuelas de licenciados en nutrición por parte de universidades autónomas y particulares (Bourgues, Bengoa y O'Donnell 2012).

1.3.2 Presencia del nutriólogo en el sistema de salud en México.

Para hablar de nutrición es necesario abordar la cultura alimentaria. En el mundo, la agricultura ha sido de una trascendencia mayúscula en la alimentación. En el momento que llega Cristóbal Colón a América, se marca el llamado “encuentro entre dos mundos” y una de las aportaciones bilaterales fueron los alimentos y las formas de preparación que se fusionaron, y con el tiempo se convirtieron en patrimonio de la humanidad. La fusión de productos y técnicas culinarias se combinó creando formas híbridas; el tomate del nuevo mundo, las pastas chinas, los platillos italianos, la cocina francesa, el cacao y la leche, el azúcar, el aguacate, el nopal, el maíz, la tuna, el frijol, la vainilla, las almendras, la papa, el chile, los embutidos, la carne de cerdo, ... Todo combinado dio una personalidad única a la comida mexicana (Gómez, 2019).

Gómez y Velázquez (2019) conciben la cultura alimentaria como los usos, tradiciones, costumbres y elaboraciones simbólicas de los alimentos; para Beltrán (2006), la alimentación es una forma de identificación cultural. Resulta difícil describir la alimentación actual de los mexicanos porque existe una enorme diversidad geográfica y distintos niveles socioeconómicos; por lo general se hacen tres comidas. En el campo hay un primer desayuno ligero, a veces solo café, después un almuerzo abundante. En el medio urbano la variación es mayor, ya que depende del tiempo disponible de los individuos que cada vez es más escaso, sobre todo en las grandes ciudades. Los elementos más consumidos son la tortilla, el chile, el frijol, el trigo, la pasta y el arroz; existe una gran variedad de frutas y verduras; el huevo es universal en todas las cocinas mexicanas; el consumo de leche es variable, aunque el de los quesos va en aumento; se consumen grandes cantidades de carne; el consumo de pescado es bajo exceptuando la gente que vive en los litorales. La variedad de las preparaciones de los platillos es gigantesca por la gran riqueza de recursos naturales en nuestro país (Casanueva, 2012).

A pesar de la variedad y abundancia de alimentos que existen en México, la desnutrición infantil sigue siendo un problema en zonas rurales. La principal deficiencia es la de hierro, y a la par, se vive una epidemia de obesidad y enfermedades crónico-degenerativas, sobre

todo en el medio urbano (ENSANUT, 2018). En este contexto, el de un país agobiado secularmente por la subalimentación, carencias nutricionales, y excesos de alimentos altos en sodio y calorías, es clara la necesidad de profesionales de la salud dedicados a la nutrición.

La historia de la nutrición en México tiene sus orígenes en el siglo XX cuando se comenzó a ver que la desnutrición tenía distintas características clínicas, lo que por siglos confundió a la medicina proponiendo diversas hipótesis sobre su etiología. Es importante mencionar que el concepto de deficiencia nutricional es relativamente nuevo y corresponde a Gerrit Grijns en 1901 y a Kasimir Funk en 1912 (Bengoa, 2003).

En 1908 el médico yucateco José Patrón Correa publica en la revista médica de Yucatán un artículo sobre *la culebrilla*, nombre que se le daba a la desnutrición infantil en el sureste mexicano por la “peculiar descamación que recuerda al de muchas serpientes”. En los siguientes 25 años aparecieron más trabajos sobre el mismo tema, entre los cuales destacan el del Doctor Francisco Miranda en 1923 sobre xeroftalmia, pelagra y desnutrición y el del Doctor Mario A. Torroella en 1948 sobre la hipoproteinosis (Treviño, 2016).

Las primeras instituciones dedicadas a estudiar la nutrición en México fueron el Instituto Nacional de Nutriología, el Hospital del Niño y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición que tuvieron lugar en los años 40. Los primeros nutriólogos mexicanos se formaron “sobre la marcha”. Patrón, Miranda, Gómez y Zubirán eran médicos de formación que se enfocaron en estudios de la nutrición. Bajo su influencia, generaciones venideras se abocaron a la nutriología y a pesar de la calidad de estos investigadores, su número era muy pequeño y tenían poca relación con tareas dietológicas rutinarias (Cirilo, 2010). A mediados de los 50 el Doctor Quintín Olascoaga fundó el Instituto Nacional de Cardiología y una escuela para dietistas, cuyos egresados estaban capacitados para el cálculo de dietas adecuadas a funciones fisiológicas y patológicas especiales; esta escuela ha cambiado, inició como Instituto Nacional de Nutriología que tenía disponible aulas y laboratorios, después se mudó al Hospital de la Colonia y en 1971 se cambió al Hospital López Mateos del ISSSTE que ahora es la escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE (Casanueva, 2012).

En 1963 el Doctor Pedro Martínez promueve la Escuela de Salud Pública que inicia una carrera de nutrición orientada a la comunidad. La carrera duraba 3 años y formó nutriólogos

muy valiosos. Lamentablemente esta escuela desaparece a finales de los 70. La primera licenciatura en nutriología se inaugura el 7 de septiembre de 1972 en la Universidad Iberoamericana. En 1980 había seis escuelas y con éstas se forma la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Nutrición (AMFEN) (Casanueva, 2012).

Teresita González (2017), directora del Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, refiere que en la actualidad existen 256 escuelas que ofrecen la licenciatura en nutrición, aunque sólo 37 pertenecen a la AMFEN. Esto es importante a considerar porque cada año nuevas escuelas ofertan esta licenciatura, sin que todas cuenten con los respectivos avales y certificaciones.

La aportación que ha hecho México en el campo del conocimiento de la nutrición es amplia. Día a día se forman nuevos recursos humanos que invariablemente tendrán un papel fundamental en el futuro de la salud en México (Casanueva, 2012).

Capítulo II. La consulta del nutriólogo

2.1 El protocolo de la consulta de nutrición

La consulta de nutrición se fundamenta en el Manual de Organización Tipo de Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de la Secretaría de Salud del ISEM y el Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM en sus versiones 2010. Dichos documentos contienen los objetivos y funciones específicos que el nutriólogo debe desarrollar en el primer nivel de atención, los cuales incluyen (Flores, 2010):

- Dar consulta y orientación nutricional a población sana y enferma de todos los grupos etarios
- Darles seguimiento
- Dar asesoría por grupos de edad participando con los distintos programas y acudiendo a escuelas
- Canalizar al segundo y tercer nivel de atención si se requiriera
- Elaborar material para brindar una mejor orientación, y
- Desarrollar todas las funciones inherentes al área de su competencia

Durante la consulta, el nutriólogo interroga al paciente, requisita y/o actualiza la historia clínica, registra en el carnet su próxima cita, establece diagnóstico y determina el plan de tratamiento, además de elaborar el formato de referencia y contrarreferencia en caso de ser necesario, registrar las actividades en la hoja diaria de consulta externa y, si lo requiere el paciente, elaborar dieta y entregarla (Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012).

El servicio de nutrición está apoyado por el personal de enfermería, de archivo y de caja, quienes colaboran al igual que el médico en la realización de actividades como recepción, cobro, búsqueda de expediente y toma de antropometría y signos vitales (ISEM, 2018).

La meta de consultas mensuales que debe otorgar el nutriólogo en las distintas unidades del primer nivel de atención es de 180 y 47 orientaciones nutricionales, lo que representa 9 consultas por día, aproximadamente (ISEM, 2018).

En los referidos manuales también están especificados los algoritmos de atención en nutrición para (ISEM, 2018):

- Mujer embarazada.
- Mujer en Puerperio.
- Atención al Recién Nacido.
- Atención al menor de 5 años.
- Atención a niños de 5-9 años.
- Atención a adolescentes 10-19 años.
- Mujeres y hombres de 20-59 años.
- Mujeres y hombres de 60 años y más.

El expediente clínico y las notas de evolución realizadas deben estar conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Las capacitaciones de actualización por parte de los normativos de la Jurisdicción Sanitaria son trimestrales. En dichas reuniones se les brinda información de calidad con ponentes especializados en los distintos temas, además de que se les da a conocer su evaluación de cumplimiento de metas de manera individual. Por otra parte, el nutriólogo debe realizar intervenciones en los distintos programas que se llevan en el primer nivel de atención, los cuales son (ISEM, 2018):

- Grupos de Ayuda Mutua (GAM)
- Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)
- Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo.
- Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM).
- Pausa para la Salud.
- Box Lunch (Unidades que cuenten con el servicio).

El trabajo del nutriólogo es arduo, su papel en el primer nivel de atención es imprescindible para la prevención y tratamiento de distintas enfermedades. La Jurisdicción Sanitaria cuenta actualmente con 4 nutriólogos de base, 25 de contrato y 18 pasantes, además de 18 practicantes de distintas instituciones educativas. Todos ubicados en diferentes centros de salud en los cuatro municipios de la jurisdicción (Toluca, Almoloya, Zinacantepec y Metepec).

2.3 Calidad de la consulta médica y trato digno: Sistema SESTAD

Existen unidades médicas en donde se atienden enfermedades ambulatorias y se ofrecen servicios especiales, entre ellos nutrición y, en ocasiones, psicología. El proveer a estas unidades con estos servicios surgió en función de las necesidades epidemiológicas y como respuesta a la creciente prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial, enfermedades de una enorme carga financiera. Así, con estas unidades se busca contribuir en prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en México (SS/SPPS, 2012).

En estas unidades el modelo preventivo está diseñado para atender pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus promoviendo conductas saludables y cambios en los estilos de vida entre los pacientes y sus familias. Es una combinación del enfoque terapéutico y el preventivo (Saturno, 2014).

Tanto para los médicos y enfermeras, como para todo el personal paramédico del primer nivel de atención se les evalúa mediante el Modelo Sectorial de Monitoreo para la Gestión de la Calidad, estructurado bajo los lineamientos del Sistema Nacional de Salud, el cual mide la estandarización de procesos y monitoreo de resultados mediante un sistema de medición de indicadores, la participación ciudadana y la difusión de resultados (SS/SPPS, 2012).

La medición de indicadores es una herramienta fundamental de la gestión clínica y administrativa que genera información útil, oportuna y confiable para mejorar la calidad de la atención (Ruelas, 2014).

La Encuesta de Trato Digno inició su aplicación en 2001 a través del Sistema Nacional de Indicadores (INDICA). Para 2002 y con el afán de contrastar resultados, la Guía Operativa de Aval Ciudadano (SSA, 2018) inicia la medición del trato digno con los mismos instrumentos que lo hacía el personal de los establecimientos de salud (SESTAD, 2020). El Aval Ciudadano es una figura integrada, precisamente, por ciudadanos que realizan su trabajo de manera voluntaria y altruista sin percibir ninguna remuneración, por tal motivo, se le reconoce como un participante activo e independiente en el monitoreo de la calidad y el trato digno, y que a través de más de 15 años de trabajo continuo y solidario en favor de

la ciudadanía en general y de los usuarios de los servicios de salud en particular, ha demostrado que la participación ciudadana ha colaborado en la mejora de la prestación de los servicios de salud (Serrano, 2015).

El reto no está terminado, para dar mayor transparencia y difusión de los resultados del indicador de trato digno se ha creado el Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) en donde se puede tener una visión comparativa de los dos monitoreos: Institucional y Ciudadano. La nueva encuesta de Trato Adecuado y Digno se aplicaría en el sector salud a través de los Avaless Ciudadanos y el personal de salud. De esta forma se podrá comparar de manera local con los resultados que emita la autoridad de los establecimientos de atención médica quienes aplicarán el mismo instrumento de medición. Este hecho, dará mayor transparencia y apertura a los usuarios de la información publicada y procesada a través del SESTAD (SESTAD, 2019).

Uno de los objetivos del SESTAD de la Secretaría de Salud es conocer el desempeño de las unidades de salud en relación con el trato adecuado y digno con la finalidad de identificar oportunidades para brindar servicios de calidad que permitan a los usuarios una experiencia satisfactoria en los diferentes servicios de las unidades médicas de nuestro país (SESTAD, 2019).

Las encuestas realizadas por el Aval Ciudadano se aplican a todo el personal que labora en el Centro de Salud, Centro de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) o Centro Urbano, como son: médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos y personal técnico. Las encuestas son entregadas a los distintos coordinadores municipales y ellos, a su vez, reportan la información a la Jurisdicción correspondiente para que sean recabadas a la plataforma oficial.

2.4 Mecanismos de participación ciudadana en la calidad de la consulta: el aval ciudadano y los comités de calidad de salud

El mecanismo del aval ciudadano se origina para dar seguridad a la población y que ésta confíe en sus instituciones. Es por eso que se faculta a ciertos grupos como organizaciones civiles, instituciones académicas con representatividad social, prestigio y credibilidad, a

visitar unidades de salud para avalar las acciones en favor del trato digno y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad (SS, 2019).

En 2001 entra en operación el aval ciudadano en la Secretaría de Salud de todas las entidades del país, el cual ha demostrado resultados extraordinarios que van desde validación de datos de trato digno hasta el planteamiento de problemáticas más profundas como la gestión de recursos, remodelación y ampliación de algunas unidades médicas u hospitales, además de la mejora de la calidad de la atención y el trato otorgado a usuarios. La parte medular del Aval Ciudadano es la mejora de la calidad en los servicios de salud y el seguimiento de los compromisos con las autoridades en los distintos niveles de atención, esto para lograr una cadena efectiva de resultados (DGCES, 2019).

El Trato Digno es un componente del trato adecuado y se enfoca a la atención de los derechos humanos y características individuales de las personas, tomando como base los derechos generales de los pacientes, promoviendo la comunicación asertiva, orientando a cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios (Nava-Gómez *et al*, 2011).

El componente del aval ciudadano se encarga de verificar los derechos de los pacientes y sus responsabilidades, así como de promoverla participación ciudadana. Los avales ciudadanos pueden ser: Organizaciones de la sociedad civil, universidades, instituciones educativas, empresas privadas, agrupaciones no constituidas jurídicamente, agrupaciones locales integradas por pacientes o usuarios y ciudadanos a título individual (SS, 2019).

La OMS estima que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones o mueren como consecuencia de prácticas médicas inseguras (OMS, 2012). La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha en octubre de 2004 con el propósito de coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en el mundo. La OMS lanza en el 2007 las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”; la *Joint Commission International* comparte las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes; el Comité Europeo de la Sanidad hace una serie de recomendaciones a los estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención a la salud. En México, desde 2002 la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en

Salud, ha impulsado la adopción de iniciativas dirigidas a fortalecer la seguridad del paciente, a través de “Las 10 Acciones de Seguridad del paciente” (Narro, 2018).

Este tema se ha convertido en una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) identifica como causa de raíz las quejas por atención médica: la falta de seguridad en el traslado de pacientes, falta de lavado de manos, omisión en la identificación del paciente, omisión en la ejecución de procesos normados, inadecuada integración del expediente clínico y la inadecuada comunicación entre el personal de salud y con el mismo paciente y la familia (CONAMED, 2019).

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario y ambulatorio son (CSG, 2018):

- Identificación del paciente.
- Comunicación efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad del paciente.

Para todos los procesos anteriores existen cuestionarios de evaluación avalados para verificar el cumplimiento de cada acción (Narro, 2018).

2.5 Normas oficiales mexicanas de en Nutrición.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes. Las NOM en materia de Prevención y Promoción de la Salud, una vez aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación y, por tratarse de materia sanitaria, entran en vigor al día siguiente de su publicación. Las NOM son revisadas cada cinco años, y como conclusión de dicha revisión podrá decidirse su modificación, cancelación o ratificación de estas (Secretaría de Salud, 2015).

Desde su naturaleza jurídica, las NOM formalmente constituyen actos administrativos, pero materialmente son normas generales que reúnen las características de generalidad, abstracción y obligatoriedad; por lo tanto, muchas veces se consideran reglamentos o leyes (Orozco y Villa, 2010).

El objetivo de las NOM es prevenir los riesgos a la salud, a la vida y al patrimonio, por lo tanto, son de observancia obligatoria. Así también, regulan cuestiones de alta especificidad técnica para dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en los reglamentos o en la ley. Su finalidad es establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana. Establecen reglas, especificaciones, directrices y características aplicables al producto o servicio (Orozco y Villa, 2010).

Para fines de este TTG, se abordan la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, el grupo de las NOM de enfermedades crónico-degenerativas y de las NOM de prevención.

En cuanto a la NOM 004 del Expediente Clínico, para lograr calidad en los servicios de salud se necesita que los servicios administrativos y clínicos compartan la misma perspectiva; para esto, los servicios de información obtienen en gran medida datos del expediente clínico, el cual cobra importancia como evidencia del trabajo multidisciplinario del equipo de salud (Lupa, 2015). El equipo de salud realiza diversas actividades que involucra a diversos profesionales; muchas de esas actividades quedan en el olvido, por lo cual es importante registrar la atención brindada. A través de las notas clínicas y diversos reportes es que queda plasmada la relación médico-paciente y la complejidad del ejercicio profesional médico (Mejía y Romero, 2017).

El expediente clínico se define como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra en todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado. Este expediente consta de documentos, en los cuales el personal de salud deberá hacer registros y anotaciones; en su caso, se incorporan constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (Kurczyn, 2019). Las finalidades del expediente clínico son tres: la clínica, la jurídica y la estadística, siendo, por tanto, una herramienta de gran relevancia sirve como evidencia y fuente de conocimiento

para colegas y médicos en formación. Es muy importante que los médicos conozcan los beneficios de integrar adecuadamente el expediente clínico (Lupa, 2015).

Para el adecuado control existe la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico que todos los profesionistas, técnicos y auxiliares del área de salud deben conocer y dominar. El expediente clínico le permite al paciente que se cuente con una constancia escrita sobre su estado de salud en el momento en que se brinda atención; el registro de la relación médico-paciente se refleja en las notas clínicas además de que se deja constancia de las indicaciones al personal que apoya al médico; el expediente da evidencia de que el médico actúa basado en principios científicos y trabaja guiando al equipo de apoyo. En los procedimientos medicolegales, una de las principales causas de controversia es la falta, omisión o error en los registros (Lupa, 2015).

Además de esto, la información contenida en los registros clínicos constituye uno de los mejores ejercicios para la reflexión y la formación continua a través de presentaciones de caso. También proporciona información para la evaluación del desempeño del médico, y las bases para compararse con pares a nivel institucional, nacional e internacional (Mejía y Romero, 2017).

El expediente clínico tiene también una finalidad jurídica, ya que es un conjunto de información con documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos, y de cualquier otra índole que se relacionan con la atención médica en un periodo específico. Eventualmente puede ser requerido por jueces, tribunales, comisiones de arbitraje, procuradores de justicia, etc. En todas las unidades se debe garantizar la calidad de la documentación médica que es fundamental para la atención oportuna y documentada. Este expediente exige que todos los que intervienen en su elaboración lo hagan con esmero, veracidad y pleno sentido de la responsabilidad. Su correcta elaboración muestra los altos niveles de excelencia alcanzados en la práctica clínica (Lupa, 2015).

En el grupo de NOM de enfermedades crónico-degenerativas quedan incluidas estas cuatro, puesto que la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares están profundamente interrelacionadas, además de que son las principales y más usadas en la consulta de primer nivel de atención (Castiglioni, 2009):

- NOM-008-SSA3-2017 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- NOM015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus.
- NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- NOM-037-SSA2-2012 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

El cumplimiento de las NOM de prevención es una condición indispensable para alcanzar los objetivos de los programas preventivos en salud, para lograr disminuir las enfermedades, cirugías y tratamientos que pueden ser evitados a partir de programas y acciones del Gobierno (Karam, 2010). En este grupo están:

- NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- NOM-010-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar.
- NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño.
- NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10-19 años.
- NOM-050-SSA2-2018 Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

2.6 Guías de Práctica Clínica en Nutrición

Las guías de práctica clínica surgen con el fin de apoyar a los profesionales de la salud en las decisiones respecto al cuidado apropiado de una enfermedad o afección clínica específica. El Sistema Nacional de Salud las desarrolla con información actualizada y basada en la evidencia científica, que permiten brindar una mejor atención a los pacientes (Casariego y Costa, 2019). Están diseñadas para profesionales de la salud, pacientes, cuidadores y ciudadanos, cuyo objetivo es ser un referente nacional homologado que beneficie a la comunidad en general y ayude al profesional de la salud (Gobierno de México, PND, 2019).

Las guías de práctica clínica se desarrollan bajo el enfoque de medicina basada en la evidencia, con el propósito de contribuir en la mejora de la calidad de la atención médica y dar mayor importancia a las intervenciones efectivas y seguras a partir de pruebas científicas. Su desarrollo e implementación permiten capitalizar una serie de elementos positivos en el proceso de atención de la población, entre ellos (Casariego y Costa, 2019):

- Contribuyen a mejorar el estado de salud de la población.
- Constituyen un instrumento que intenta reducir la variabilidad de la práctica clínica.
- Incorporan la evidencia científica al proceso asistencial y mejoran su efectividad.
- Coadyuvan en mejorar la comunicación con el paciente.
- Aportan criterios explícitos para definir los flujos de atención de los pacientes.
- Posibilitan la utilización adecuada de los recursos disponibles.
- Representan un instrumento de formación continua, actualización y capacitación del personal de salud.

Específicamente, el objetivo de las guías de prácticas clínicas está en ser un referente nacional homologado que beneficie a la comunidad en general y ayude al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas, por lo que se actualizan de manera programada de los tres y hasta los cinco años posteriores a su publicación en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica; o bien antes de este tiempo si existe nueva evidencia que determine su renovación. Su finalidad es, entonces, mejorar el proceso diagnóstico y el manejo terapéutico, reducir el desarrollo y progresión de complicaciones, así como el impacto en la mortalidad y calidad de vida de las personas que presenten distintas enfermedades (Gobierno de México, PND, 2019).

Las guías de práctica clínica más utilizadas por el personal de nutrición en el primer nivel de atención en salud son:

- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo IMSS-320-10
- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y adolescente en los tres niveles de atención. SS-302-10
- Prevención, diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. SS-093-19
- Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. IMSS-233-09

- Diagnóstico y tratamiento de cetoacidosis diabética en niños y adultos. SS-227-09
- Prevención y diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente pediátrico en el primer nivel de atención. ISSSTE-130-08
- Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. SS-119-18
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años de edad. SS-221-09
- Prevención, diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención SS-093-19
- Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. SS-025-18
- Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena IMSS-046-18
- Tratamiento dietético-nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria en el 1º, 2º y 3er nivel de atención. IMSS-554-12
- Galactosemia. Tamizaje, diagnóstico, tratamiento médico de las complicaciones e intervención nutricional. IMSS-536-12
- Prevención, diagnóstico y tratamiento del raquitismo carencial. IMSS-459-19
- Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. IMSS-029-08

Estas normativas se convierten en un elemento rector en la atención médica para toma de decisiones, ya que contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica debido a la incertidumbre y mejoran la calidad en la atención sanitaria (Abdo, 2016). Estudios realizados sobre seguimiento de guías de práctica clínica como el de Velasco-Zamora (2016) y el de Barrera *et al* (2016), indican la importancia de seguir las recomendaciones que se plasman en estos documentos y así evitar iatrogenias.

Capítulo III. Evaluación del desempeño del personal

3.1 La evaluación como función sustantiva de la Administración de Recursos Humanos

La evaluación del desempeño permite la comparación del desenvolvimiento de una persona con los parámetros que se estipulan para el cargo. Por medio de ciertos procesos de evaluación se califica la función de los recursos humanos, respecto a criterios que la empresa considera importantes. Los sistemas de evaluación son de gran relevancia para los sistemas de control, siendo un componente central en la estructura organizacional (Polanco, 2013).

En el proceso de evaluación se estima el rendimiento global de un empleado y su contribución total a la organización, además de que justifica su permanencia en la empresa. Un buen sistema de evaluación puede (Werther, 2008):

- Mejorar el desempeño. Mediante la realimentación sobre el trabajo realizado, el gerente y el especialista de personal llevan a cabo acciones adecuadas para mejorar el rendimiento de cada integrante de la organización.
- Políticas de compensación. Las evaluaciones del desempeño ayudan a las personas que toman decisiones a determinar quiénes deben recibir aumento.
- Decisiones de ubicación. Las promociones, transferencias y separaciones se basan por lo común en el desempeño anterior o previsto.
- Necesidades de capacitación y desarrollo. El desempeño insuficiente puede requerir volver a capacitar al empleado. Un desempeño adecuado nos indica un potencial latente.
- Planificación y desarrollo de la carrera profesional. La realimentación del desempeño guía las decisiones sobre posibilidades profesionales específicas
- Imprecisión de la información. El desempeño insuficiente puede indicar que existen errores en la información sobre análisis de puesto y planes de recursos humanos. Con información imprecisa se pueden tomar decisiones inadecuadas de contratación, capacitación o asesoría.
- Errores en el diseño de puesto. El desempeño insuficiente puede indicar errores en la concepción del puesto. Las evaluaciones ayudan a identificar esto.

Implementar la evaluación del desempeño trae beneficios para el trabajador al identificar sus fortalezas y áreas de mejora; para la organización, implica evaluar su capital humano, mejorar sus planes y objetivos, lo cual sirve como base para un cambio efectivo en las actividades de trabajo (López *et al*, 2020).

3.2 Tipos de evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es situacional, varía de innumerables factores condicionantes que determinan la magnitud del esfuerzo que el individuo está dispuesto a hacer. El esfuerzo individual depende de las habilidades y las capacidades de la persona y de su percepción del papel que desempeñará, por lo tanto, el desempeño está en función de todas aquellas variables que lo condicionan. La evaluación de los individuos que desempeñan papeles dentro de una organización se hace aplicando varios procedimientos o tipos de evaluación. Son procesos para estimular o juzgar el valor, la excelencia y las cualidades de una persona. Por lo tanto, la evaluación del desempeño es una apreciación sistemática de cómo cada persona se desempeña en un puesto y de su potencial de desarrollo futuro (Chiavenato, 2007).

Para que una organización sea competitiva es preciso contar con recursos humanos comprometidos que brinden sus conocimientos y habilidades. En todas las organizaciones se debe dar a conocer los objetivos, las políticas y la filosofía de la empresa para la cual prestará servicios. Al saber y aplicar esto, la organización ya puede hablar acerca de evaluación del desempeño para llevar un proceso de retroalimentación, acompañamiento y seguimiento continuo entre líder y colaborador (Alveiro, 2009).

Las evaluaciones informales, basadas en el trabajo diario, son necesarias pero insuficientes. Cuando se cuenta con un sistema formal y sistemático de realimentación, se puede identificar a los empleados que cumplen o exceden lo esperado, y también a los que no lo hacen. Para ello, existen tres tipos de evaluación del desempeño (Werther, 2008): evaluación de resultados (evaluación de rendimiento), evaluación de factores de comportamiento (valoración de actuación) y sistemas mixtos (sistemas de evaluación del desempeño). Los jefes pueden seleccionar entre varios métodos de evaluación, lo cual va a depender del propósito que persigan como puede ser la selección de personas para promoción, capacitación e incremento de sueldo por méritos, etc. (Wayne, 2005).

El sistema basado en rasgos de personalidad y factores de rendimiento es un sistema que premia esfuerzos y actuaciones, tomando como métodos los siguientes (Corral, 2007):

- Método del incidente crítico en el que se realizan registros de las acciones favorables y desfavorables. Al final del periodo de evaluación, el calificador usa estos registros para evaluar el desempeño.
- Método del ensayo. El calificador hace una narración sobre el desempeño del empleado y con éste se califica. Este método se centra mucho en el comportamiento en lugar de su desempeño comunitario rutinario.
- El método de estándares de trabajo compara el desempeño de cada empleado con una norma. Se pueden aplicar normas de trabajo a casi todos los tipos de puesto.
- El método de jerarquización que coloca a todos los empleados en orden jerárquico de desempeño por rangos, del más alto al más bajo, teniendo como variantes la comparación de pares.
- El método de distribución forzada exige que el calificador asigne un número limitado de categorías a los individuos del grupo de trabajo con una distribución de frecuencias.

Existe también la opción de realizar una evaluación de desempeño por competencias, teniendo en cuenta quién es el o los responsables de llevarla a cabo (Brazzolotto. 2012):

- Autoevaluación.
- Evaluación del supervisor inmediato
- Evaluación 360°
- Evaluación 180°
- Comité de Calificación

3.3 Evaluación de 360°

Al igual que lo anterior, la evaluación 360° es una herramienta para el desarrollo de los recursos humanos. Se reconoce el valor de las personas como principal componente del capital humano, por ello implica confianza y confidencialidad de los participantes. Esta evaluación propone tres elementos: el desarrollo de recursos humanos, el autodesarrollo y la autoevaluación (Alles, 2005).

Se trata de un sistema de evaluación de desempeño sofisticado que usan, sobre todo, grandes compañías. La persona es evaluada por todo su entorno: jefes, pares y subordinados, además de incluir a otras personas como proveedores o clientes, y entre mayor sea el número de evaluadores mayor será la fiabilidad del sistema (Alles, 2005). Las competencias ejecutivas que evalúa son: liderazgo, trabajo en equipo, comunicación y retroalimentación, gestión del tiempo, gestión del estrés e inteligencia emocional. Entre las competencias personales que evalúa están la motivación, la atención, la autoconfianza y el autocontrol (Caperán, 2013).

La evaluación 360° es la forma más novedosa de valorar el desempeño ya que procura la satisfacción de necesidades y expectativas de las personas, no solo del jefe sino de aquellos que reciben los servicios que brinda el personal, tanto internos como externos. (Alles, 2005).

Las organizaciones recurren a la evaluación 360° para fomentar el desarrollo individual de carrera, determinar las necesidades de formación en competencias ejecutivas del director o supervisor, identificar características asociadas a la cultura corporativa de la empresa y detectar potenciales líderes (Caperán, 2013).

3.4 Evaluación de 180°

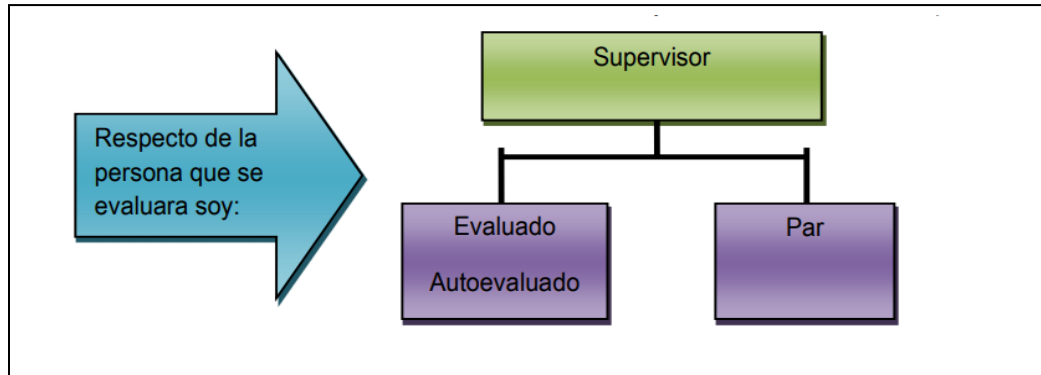
Es aquella en la cual una persona es evaluada por su jefe, sus pares o sus clientes, sin incluir el nivel de subordinados o superiores. Es una opción inmediata entre la evaluación 360° y el tradicional enfoque de supervisor y supervisado (Brazzotto. 2012). Consiste en que el jefe evaluará al subordinado, y este mismo realizará su autoevaluación; el supervisado eventualmente podrá ser evaluado por los clientes. Dicha evaluación no termina solo con el análisis de resultados, sino que permite realizar un programa de desarrollo profesional de las competencias de los empleados (Sánchez y Calderón, 2012; García, 2015).

Los actores de la evaluación deben ser personas que tengan la oportunidad de ver al evaluado en acción para poder evaluar sus competencias; los posibles evaluadores aquí pueden ser: clientes, empleados, miembros del equipo, supervisores, gerentes o socios (Servitec Medioambiente, 2015).

La aplicación de esta herramienta implica confianza y confidencialidad entre los participantes; el desarrollo puede estar dirigido desde la organización, cuando decide emprender acciones sobre una competencia en particular, o sobre varias, e implementar actividades de entrenamiento y capacitación sobre temas específicos.

A través de la evaluación de 180°, una empresa u organización le está proporcionando a su personal una herramienta de desarrollo que lleva un proceso que no concluye con la presentación de los resultados, ni después de la lectura y el análisis.

Figura 3.1 Esquema de la herramienta de evaluación de 180°



Fuente: Alles, 2005

El éxito de esta evaluación está en permitir y sugerir aportaciones que ayudan a aclarar el alcance y repercusiones de la evaluación del desempeño (Chico, 2011):

- El colaborador: Percibe aspectos del comportamiento y desempeño de la organización, sabe cuáles son las expectativas de su jefe respecto a su desempeño y sus fortalezas y debilidades, conoce las medidas que el jefe y el evaluado tomarán para mejorar, estimula el trabajo en equipo, mantiene relación de justicia y equidad, estimula a los empleados, atiende con prontitud problemas y conflictos y estimula la capacitación.
- El jefe: Evalúa mejor el desempeño y comportamiento de los subordinados, toma medidas que mejoren el comportamiento de los individuos, mejora la comunicación con los individuos y planifica y organiza mejor el trabajo.

- La organización: Evalúa su potencial humano a mediano, corto y largo plazo, identifica a empleados que necesiten más capacitación, dinamiza la política de recursos humanos, señala las obligaciones de los empleados, programa actividades y establece normas y procesos para su ejecución, además de que invita a los individuos a participar en la solución de problemas.

La supervisión es fundamental en los procesos organizacionales como en las evaluaciones de desempeño, la supervisión se define como un proceso sistemático de control, seguimiento, evaluación, orientación, asesoramiento y formación; de carácter administrativo y educativo; que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización; a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios (Juárez, 2018).

Cuando el supervisor finaliza la calificación de la evaluación, se realiza una entrevista con el trabajador para informarle acerca de su rendimiento, el cual pudo ser bueno o malo. Muchas veces el supervisor entra en conflicto, sobre todo si las noticias para el trabajador no son las óptimas, y aquí puede participar el departamento de recursos humanos para ayudar a los directivos con esta tarea en la cual se deben tener resultados positivos al tratar con el trabajador acerca de la mejora de su rendimiento.

3.6 Gestión de la evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es una apreciación sistemática de cómo cada persona se desempeña en un puesto y su potencial de desempeño futuro; toda evaluación estimula o juzga el valor, la excelencia y las cualidades de una persona. La evaluación del desempeño es dinámica y una técnica imprescindible en una actividad administrativa (Wayne, 2005, 2009).

La evaluación implica la identificación, medida y gestión del rendimiento de las personas en una organización. La identificación determina qué áreas de trabajo se analizarán, la medición es el punto central en donde se realiza el juicio sobre el rendimiento del empleado, y la gestión es el objetivo de cualquier sistema de evaluación (Gómez-Mejía, Balkin y Cardy, 2005).

Los programas de evaluación se han convertido en una parte principal de los sistemas de administración de personal en todos los tipos de organizaciones. Se debe tener en consideración que en el entrenamiento de los gerentes y supervisores es de suma importancia ya que son los responsables del éxito del programa de evaluación. Además de esto es importante considerar la base contra la cual se compara a los individuos, o sea, los estándares de trabajo o criterio de ejecución satisfactoria (Chruden y Sherman, 2002).

3.6.1 Sobre un sistema de gestión

La gestión eficaz del rendimiento de los recursos humanos en las organizaciones exige más que informes y calificaciones anuales, la evaluación completa incluye relaciones cotidianas informales entre directivos y trabajadores, además de entrevistas formales (Gómez-Mejía, Balkin y Cardy, 2005). En este sentido, el sistema de gestión tiene como objetivo garantizar la satisfacción del cliente y/o usuario, basándose en el ciclo de mejora continua y la gestión de procesos. Las principales características de un sistema de gestión son (Hernández, 2009):

- Diseño personalizado a las necesidades de cada cliente y su actividad, diseñando nuevos procesos, indicadores y operativas o adaptando los ya existentes.
- Control, definiendo las actividades o procesos desarrollados por la organización y su interacción con el resto de los procesos.
- Garantía el cumplimiento de los requisitos de los clientes.
- Aumenta el control con el objetivo de garantizar la correcta prestación del servicio.
- Seguimiento y medición de los procesos a través de indicadores diseñados para los procesos, los cuales son base para el análisis de la eficacia y eficiencia del sistema.
- Debe ser integrable con otros sistemas basados en el ciclo de mejora.
- Permite la certificación.

La responsabilidad de la evaluación del desempeño de las personas será atribuida al gerente o encargado, que puede ser un equipo de trabajo o incluso el área de recursos humanos (Wayne, 2005). En este sentido, para que la evaluación del desempeño resulte en mejorar y mantener el rendimiento, los que gestionan eficazmente el rendimiento deben (Alveiro, 2009):

- Analizar las causas de los problemas de rendimiento.

- Prestar atención en las causas de los problemas.
- Desarrollar un plan de acción y capacitación a los trabajadores para alcanzar una solución.
- Orientar la comunicación hacia el rendimiento e informar sobre el mismo de forma eficaz.

Uno de los puntos importantes de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) es la creación del equipo de trabajo. Se debe seleccionar a las personas que integrarán el equipo de trabajo teniendo en cuenta los procesos de la organización y definir las funciones del equipo de trabajo en correspondencia con las actividades y acciones a desarrollar y, como punto final, se deben comunicar las funciones a los miembros del equipo (González y González, 2008).

3.6.2 Indicadores a evaluar

Los indicadores son parámetros utilizados para medir el nivel de cumplimiento de una actividad o evento. El sistema de medición de los indicadores es un mecanismo sistemático y permanente de monitoreo del avance, resultado y alcance de la operación diaria de la organización, que evalúa el cumplimiento de su quehacer organizacional (García *et al*, 2003).

Existen indicadores estratégicos, de servicio y de calidad, Sin embargo, no debe perderse de vista que la calidad es siempre compleja de evaluar, por eso se debe definir cómo se hará, y la manera más sencilla es identificando los objetivos y especificando como se medirán. El indicador se usa como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, estos se van a construir a partir de la experiencia y del conocimiento sobre el área en el que se trabaja. Los indicadores deben ser fáciles de capturar, enunciarse con objetividad y de forma sencilla, resultar relevantes para la toma de decisiones, no implicar un elevado grado de dificultad en su interpretación, abarcar un número de posibilidades y monitorear el indicador fácilmente (García *et al*, 2003).

Existen diversos motivos para implantar un sistema de indicadores, ya que estos valoran la óptima aplicación de los recursos, controlan y mejoran los procesos, garantizan los resultados previstos, mantienen los estándares de calidad, mejoran el nivel del servicio,

orientan las actividades de mejora y con ellos se pueden tomar las medidas correctivas o preventivas correspondientes. Los indicadores de calidad tienen un alto nivel de influencia en la toma de decisiones, son de gran importancia y deben tener una correcta selección (ISOTools. 2015).

Para llevar a cabo una supervisión adecuada hay que preparar las sesiones de tal forma que el tiempo se aproveche al máximo. Para ello, puede contarse con: fichas sociales, historia social, hojas de seguimiento, registro de entrevistas o de sesiones de grupo, actas de reuniones de trabajo, actas de sesiones comunitarias o asambleas, estadísticas de trabajo, memorias, hojas de derivación, informes psicosociales y ficheros de recursos (Cano, 2006).

Las sesiones de supervisión pueden ser sintetizadas en un escrito y el supervisado puede realizar la transcripción (actas), sobre todo de las conclusiones para que haya un aprendizaje real. Estas actas de sesiones de supervisión pueden incluir los siguientes datos: día, lugar y hora de la sesión, relación de asistentes, síntesis de lo tratado en la sesión, conclusiones y acuerdos tomados, así como fechas de entrega e información de la próxima sesión (Cano, 2006).

Por lo tanto, la calidad en la atención médica es producto de la interacción entre los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica además de las obligaciones institucionales. En el primer nivel de atención la evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, en donde se incluye la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales. Alrededor de todas las exigencias en la supervisión y la calidad en salud, gira la seguridad de los pacientes, ya que se debe reducir el daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta el mínimo, por lo tanto, el apego a los procesos busca minimizar la probabilidad de cometer errores. (Hernández, Alcántara, Aguilar, 2011). Es así que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2016) define a los servicios de salud de calidad como aquellos que aumentan la probabilidad de obtener resultados deseables y consistentes en el conocimiento profesional para lo cual deben ser seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos.

Una buena planeación de los servicios de salud basada en estrategias, prioridades, objetivos y metas debe contar con herramientas que orienten el cumplimiento de los eventos trazados. Las instituciones de salud trabajan con entes vivos por lo que el aprendizaje debe ser constante y los trabajadores deben someterse a la aplicación de métodos de evaluación que identifiquen si la calidad del servicio es adecuada (Hernández, Alcántara y Aguilar, 2011).

Según Masso y Mazari (2018) del Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO), existen ocho retos para la medición de la calidad en salud (2018):

- La Ley General de Salud (LGS) debe obligar la medición de indicadores de calidad o desempeño para que por medio de estos se pueda programar la programación y presupuestación de mejor manera.
- El levantamiento de estadísticas debe de ser completo e incluir morbilidad, prevalencias y complicaciones.
- La evaluación de las políticas de salud no involucra a la sociedad civil ni a otros actores relevantes, solo la Secretaria de Salud es juez y parte dentro del proceso de evaluación de las políticas.
- Las unidades médicas carecen de incentivos económicos para medir el desempeño.
- Los hospitales y clínicas certificados en México son una minoría.
- Los pacientes no eligen a sus médicos o clínicas con base en el desempeño profesional.
- La mayoría de los programas de medicina en el país no generan una cultura orientada a la medición de resultados.
- Existen diferencias técnicas para capturar información y consolidarla entre sistemas.

La calidad en salud es una pieza clave para cosechar los beneficios y tener una sociedad más saludable (Masso y Mazari, 2018).

Capítulo IV Planteamiento del problema y método de trabajo

4.1 Planteamiento del problema

4.1.1 Descripción del problema

Las actividades del sector salud están dirigidas a promover la salud y controlar enfermedades en la población. Sus funciones van desde acciones administrativas hasta prácticas clínicas en los distintos niveles de salud. Como eje rector de los tratamientos y atenciones a la población se tienen las normas oficiales mexicanas y las guías de práctica clínica que fungen como referencias que permiten brindar una atención de calidad al paciente. Son herramientas que el personal de salud posee, no solo para lograr la calidad y seguridad en la atención, sino también como protección para el personal, ya que el apego a éstas, si bien no exime de responsabilidades, sí contribuye a disminuir el riesgo de error en la práctica. El apego a ellas disminuye demandas y conflictos médico-legales (OMS, 2008).

Aun así, Ruelas y Poblano (2015) reporta que entre 39% y 53% del personal de salud se apega a dichas las normas y guías, lo cual es un porcentaje bajo, lo cual pudiera estar contribuyendo a que la calidad de la consulta sea deficiente, ya que no se siguen estándares de tratamiento y esto retrasa u obstaculiza el trabajo en los distintos niveles de salud.

El primer nivel de atención en el sector salud es aquel que se encarga de promover la prevención y evitar que los pacientes evolucionen en sus procesos salud – enfermedad y acudan a segundo o tercer nivel de atención. Existen normas y guías para este nivel de atención que abarcan la atención de los distintos grupos etarios en sus diferentes modalidades de salud.

Por su parte, los profesionales de la nutrición poco a poco han cobrado mayor importancia en el apoyo a la prevención y tratamiento de enfermedades, sobre todo por el creciente aumento de aquellas relacionadas con la alimentación en los distintos grupos de edad. Al igual que el resto de profesionales de la salud, los distintos tratamientos vinculados a la nutrición se regulan por normas y guías de práctica clínica que deben ser seguidos cabalmente para facilitar los tratamientos y mejorar la calidad de las consultas, pues la atención brindada por los profesionales de nutrición y los resultados positivos en la salud

de los pacientes, son de suma importancia en el primer nivel de atención. Por ello, las instituciones de salud han creado puestos para los nutriólogos, principalmente en el primer nivel de atención, debido a su enfoque preventivo. Sin embargo, al ser un sector relativamente joven, ha sido difícil colocarse en el núcleo básico de los equipos de salud. Para mejorar su desempeño, existen normas y guías de práctica clínica en las que los nutriólogos deben basarse, aunque todavía no hay mediciones de su conocimiento y cumplimiento, ni su vinculación con la calidad de su consulta.

En la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM no existía ningún departamento que vigilara o diera seguimiento a la función de estos profesionales. Es hasta abril de 2017 cuando se crea un departamento específico cuyo objetivo es supervisar y capacitar a dicho personal para regular las funciones. Sin embargo, se observa que la mayor parte de los profesionales tiene problemas para cumplir con sus metas y llevar seguimientos. Parece que lo anterior deriva del desconocimiento de normas y guías, lo cual se ha evidenciado en las distintas supervisiones realizadas por quien esto escribe.

De aquí que evaluar el cumplimiento de las normas y guías de práctica clínica en el personal de nutrición sea de suma importancia para conocer si se relaciona con la calidad de la consulta que están brindado a la población y, de esta manera, generar propuestas hacia los resultados positivos en la salud de los pacientes.

4.1.2 Justificación

En México, el área de nutrición es relativamente nueva, aunque oportuna, debido a los crecientes problemas de salud que presenta la población mexicana y que no pocas veces están relacionados con la nutrición y la seguridad alimentaria.

En el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Federal 2018-2024 se enuncia como prioridad la salud universal con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, en el que se menciona que la atención se brindará bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. En las acciones a ejercer se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares sobre temas de nutrición, hábitos saludables, y salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con el programa sectorial de salud (Secretaría de Salud, 2019), se establecen objetivos dirigidos a “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud y avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”. Para lograrlos es importante contar con información de calidad que favorezca la toma de decisiones en todos los niveles en que se opera el Sistema Nacional de Salud, siendo indispensable la homologación de los procesos de integración de la información, con un eficiente apego a la normatividad.

Por otra parte, en el Diario Oficial de la Federación se describen las acciones esenciales para la seguridad del paciente, las cuales tienen como objetivo principal desarrollar el aspecto regulatorio de técnicas y procesos que deben seguir los establecimientos de atención médica. De esta manera se pretende tanto acreditar como certificar y lograr resultados de valor que establece el Modelo de Gestión de Calidad (DOF 08-09-2017).

4.1.3 Objetivos y preguntas de investigación

Objetivo general	Pregunta de investigación
Evaluar el cumplimiento de las normas y guías de práctica clínica de nutrición para identificar su relación con la calidad de la consulta de los nutriólogos adscritos a Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM.	¿En qué medida el cumplimiento de normas y guías de práctica clínica intervienen en la calidad de la consulta del nutriólogo adscrito a centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM?
Objetivos específicos	Preguntas específicas
Describir el cumplimiento de NOM y GPC de los nutriólogos adscritos a centros de salud de atención primaria de la Jurisdicción Sanitaria Toluca	¿Los nutriólogos conocen y usan las NOM y GPC en su consulta diaria?
Analizar la calidad de la consulta a través del Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato adecuado y Digno (SESTAD), reportado tanto por el personal de salud como por el paciente.	¿Cómo percibe el paciente la calidad de la consulta recibida por los nutriólogos? ¿La presencia de las medidas para hacer frente al Covid-9, han marcado una diferencia en la percepción de la calidad de la consulta que brindan los nutriólogos?
Evaluar la calidad de la consulta del nutriólogo a partir de la Cédula de Supervisión de Nutrición, aplicada por el supervisor.	¿En qué medida la consulta cumple con los requisitos de calidad de acuerdo con la Cédula de Supervisión de Nutrición?
Proponer una estrategia de negocio para capacitar (cursos, talleres y diplomados) a los nutriólogos brindándoles las herramientas para lograr la certificación en Salud Pública y Nutrición (primer nivel de atención), ante la poca preocupación de esta tarea por parte del sector salud e instituciones de educación superior.	

4.2 Hipótesis y variables

H₁: No existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento y uso de NOM y GPC según autopercepción del nutriólogo y la evaluación del supervisor.

H₂: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de la consulta externa evaluada por el paciente en dos tiempos: marzo y septiembre de 2020.

H₃: Existe relación entre la calidad de la consulta externa evaluada por el paciente y el cumplimiento de NOM y GPC del nutriólogo (desde la autopercepción).

H₄: Existe relación entre el cumplimiento y uso de la NOM004 y NOM043 como elementos de la calidad de la consulta externa de los nutriólogos y la calidad de la consulta.

Figura 4.1 Operacionalización de variables en estudio

VARIABLE	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Cumplimiento de GPC	Conocimiento de GPC Uso de GPC	Cuestionario sobre Conocimiento y Uso de Guías de Práctica Clínica (INSP, 2015)	Cualitativo (Dicotómica) Cuantitativo (Intervalo)	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento • Frecuencia de uso • Utilidad • Importancia • Consulta
Cumplimiento de NOM	Conocimiento de NOM Uso de NOM			
Calidad de la consulta externa evaluada por el supervisor		Cédula de Supervisión a CEAPS y Centros de Salud con área de nutrición (ISEM)	Cualitativo (dicotómica)	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y aplicación de NOM 004 y 043 • Notas en expediente • Hoja de control de consulta • Consultas por día • Orientación alimentaria
Calidad de la consulta externa evaluada por el paciente		ESTAD Secretaría de Salud	Cualitativo (dicotómica)	<ul style="list-style-type: none"> • Trato con respeto • Explicaciones entendibles • Tratamiento claro (dieta y medicamentos) • Cuidados a seguir en casa • Necesidades y preocupaciones del paciente • Duración (tiempo) suficiente de la consulta • Satisfacción en general con la calidad de la atención médica

4.3 Método de trabajo

4.3.1 Tipo y diseño de investigación

El alcance exploratorio de este estudio obedece a la elaboración de una primera evaluación en el gremio, que muestre el conocimiento y uso de normas y guías de práctica clínica, así como el nivel de apego en los diagnósticos y tratamientos a los pacientes. Alcanza su nivel descriptivo cuando se identifica la asociación de lo anterior con la calidad de la consulta, la cual es evaluada por el supervisor y por el paciente.

Es un estudio no experimental pues no se manipuló deliberadamente ninguna variable; sólo se realizaron las mediciones utilizando instrumentos propios del sector salud. Aunque es un estudio transversal, se obtuvieron datos de la calidad de la consulta desde la percepción del usuario en dos momentos: marzo y septiembre de 2020, periodo caracterizado por un antes y un después de las medidas de contención de la pandemia de Covid-19.

4.3.2 Población y muestra

A principios de 2020, el universo para este estudio se integraba de:

- 33 nutriólogos adscritos de la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM.
- 30 pasantes de nutrición de la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM.
- 63 médicos encargados de unidades de la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM con servicio de nutrición.

Se aplicó como criterio de exclusión aquellos nutriólogos que laboran en el nivel administrativo de la Jurisdicción Sanitaria Toluca del ISEM.

Aunque el Cuestionario sobre Conocimiento y Uso de Guías de Práctica Clínica lo contestó la población, no así los otros dos instrumentos de evaluación de la calidad de la consulta externa. Empero, se llegó a una muestra de 43 nutriólogos con los tres cuestionarios aplicados.

4.3.3 Recolección de datos primarios

Toda vez que se trata de reportar una evaluación de desempeño de 180°, se recurrió a tres cuestionarios (anexo) para la recolección de datos primarios, a saber:

- Los nutriólogos respondieron el Cuestionario sobre Conocimiento y Uso de Guías de Práctica Clínica, elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2015) y de aplicación a nivel nacional.
- Los supervisores midieron la calidad de la salud, mediante la Cédula de Supervisión a CEAPS y Centros de Salud con área de nutrición, elaborado por el Instituto de Salud del Estado de México, específicamente por el Departamento de Promoción de la Salud en el marco del Programa de Nutrición para Primer Nivel de Atención. Lo indicadores evaluados fueron: consulta de nutrición externa y orientación alimentaria.
- La calidad de la consulta también se midió desde la percepción del paciente, en dos momentos: marzo y septiembre de 2019. Se utilizó la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno elaborada por la Dirección de Calidad y Educación en Salud, de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo de Sector Social de la Secretaría de Salud, por lo que su aplicación también es a nivel nacional, tanto en zonas rurales como urbanas.

4.3.4 Análisis de datos

Las preguntas de los cuestionarios aplicados tienen opciones de respuestas dicotómicas (escala nominal) y tipo Likert (intervalo), a partir de lo cual se obtuvieron frecuencias para la descripción del nivel de conocimiento y uso de las NOM y GPC.

Por lo tanto, para determinar la asociación entre las variables en estudio, se recurrió a la Ji cuadrada. Esta prueba se basa en la hipótesis nula de que no existe una relación entre las dos variables en la población total de acuerdo con dos supuestos (Siegel y Castellan, 2003; Landero y González, 2009):

1° Dada la distribución observada de los valores de dos variables, calculamos la distribución conjunta que esperaríamos si no estuvieran relacionadas. El resultado de esta operación es un conjunto de frecuencias esperadas en todas las celdas de la tabla de contingencia.

2° Comparamos esta distribución esperada con la distribución de los casos que encontramos en los datos de la muestra y determinamos la probabilidad de que la discrepancia descubierta se deba sólo a un error de muestreo.

También se recurrió a la Ji Cuadrada para identificar la diferencia estadísticamente significativa entre los dos tiempos de medición de la calidad de la consulta por parte del paciente. Si bien cuando se registró el protocolo no se contempló esta medición, durante su desarrollo (2020) se vivió intensamente la contingencia sanitaria originada por la pandemia del Covid-19, motivo por el cual también se reportan estos resultados.

Capítulo V. Cumplimiento (conocimiento y uso) de guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas.

A partir del planteamiento del problema y después de haber presentado las generalidades de la consulta médica del nutriólogo y la evaluación del desempeño, en este capítulo se presentan los diagnósticos del conocimiento y uso de las NOM y GPC, así como la calidad de la consulta, y la relación entre ambas variables.

5.1 Caracterización de la muestra

Del total de la muestra, 36 sujetos pertenecen al género femenino (83.7%) y el resto, 7, al sexo masculino (16.3%) (figura 5.1). Al respecto, Vázquez (2010) afirma que la llamada feminización de las profesiones sanitarias se acompaña de un proceso complejo de transformación de las sociedades y de los sistemas de salud actuales. Entre estas transformaciones destacan los cambios demográficos (envejecimiento, longevidad, problemas crónicos) y el papel del estado en la salud, llegando –a veces- a suplir el papel que la familia tenía en el cuidado del enfermo. En este sentido, la feminización de las profesiones vinculadas al sector salud, entre ellas la nutrición, se refiere tanto a la composición por género y el aumento de la participación de las mujeres, como al cambio de los perfiles y de las tareas profesionales, haciéndolas más femeninas, es decir, más cercanas a la idea holística e integral de la salud y de su cuidado. Lo anterior se traduce en la búsqueda de la felicidad, el cuidado del cuerpo y la calidad de vida.

Figura 5.1 Sexo (n=43)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	7	16.3
Femenino	36	83.7
Total	43	100.0

El promedio de edad de los sujetos participantes en el estudio es de 30.74 años (D.E. 6.59). El rango de edad prevalente de los nutriólogos es de entre 22 y 29 años. Esta cifra representa el 39.7% de la muestra, seguido del rango de edad de 34 a 37 años con el 28%, de 30 a 33 años y de 39 a 41 años, cada uno representando un 16.3% (figura 5.2). El primer rango de edad es el mayor debido a que los centros de salud se apoyan en pasantes egresados de escuelas, tanto públicas como privadas. En el rango de 30 a 33 años se

encuentran los nutriólogos de reciente contrato, y finalmente los nutriólogos de 34 a 41 años son aquellos que tienen contrato definitivo o base. Desde 1972, cuando fue creada la primer Licenciatura en Nutrición en México, hasta 2020, cuando la UNAM crea su Licenciatura en Nutrición Humana, se han multiplicado las escuelas públicas y privadas que ofrecen dicha Licenciatura. Esto ha provocado un aumento en la demanda de plazas de servicio social a todos los niveles (hospital, centros de salud, escuelas, comedores) (Tudela, 2005). Por otro lado, la falta de creación de nuevas plazas para los nutriólogos hace que sólo se mantengan los de mayor antigüedad por su tipo de contrato y los demás sean personal temporal (Macías,2008).

Figura 5.2 Edad de la muestra (n=43)

Grupo	Edad	Frecuencia	Porcentaje
1 (n=17)	22.00	6	14.0
	23.00	6	14.0
	24.00	3	7.0
	29.00	2	4.7
2 (n=7)	30.00	3	7.0
	31.00	1	2.3
	32.00	1	2.3
	33.00	2	4.7
3 (n=12)	34.00	3	7.0
	35.00	4	9.3
	36.00	3	7.0
	37.00	2	4.7
4 (n=7)	38.00	1	2.3
	39.00	1	2.3
	40.00	3	7.0
	41.00	2	4.7
Total		43	100.0
Nota: Para calcular el intervalo de clase (grupos de edad) se tomó el rango (41-22=19) y se dividió en 5 clases, lo cual es usual cuando la muestra es hasta de 50 sujetos (Siegel y Castellan, 2003).			

En la muestra, predominan los nutriólogos con mayor antigüedad laboral (más de 5 años), son 16 sujetos que representan el 37.2% del total, seguidos por nutriólogos con menos de un año de antigüedad, quienes en su mayoría son pasantes de licenciatura y representan el 34.9%. Los nutriólogos de entre 1 y 5 años de antigüedad forman un grupo de 12 sujetos (27.9%), y son quienes cuentan con los contratos más recientes (figura 5.3). El grueso de los nutriólogos tiene una antigüedad laboral mayor a 5 años, y la totalidad de ellos fueron contratados por el Seguro Popular, programa público que integro en su equipo de salud al personal denominado paramédico, y creó los llamados Centros de Salud con Atención al

Adulto Mayor; este tipo de contratos eran por tiempo indefinido y algunos de de sus titulares, al entrar a los concursos de basificación, lograron la regularización (pre-base). Con la llegada del nuevo Gobierno Federal, estos contratos fueron absorbidos por el nuevo Programa INSABI y se prometió dar continuidad a los programas del Seguro Popular. A partir del 2015 dejaron de existir contrataciones nuevas de programa continuo, pasaron a ser temporales: sólo se brindaron contratos por 6 meses, con descansos alternados de 15 días sin pago. Bajo este esquema se encuentra el personal que tiene entre uno y 5 años de antigüedad laboral. Finalmente, el personal con menos de un año trabajando son los pasantes de la licenciatura, cuyos contratos se renuevan periodo con periodo.

Figura 5.3 Antigüedad laboral (duración en años) (n=43)

Antigüedad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	15	34.9
De 1 a 2 años	3	7.0
De 2 a 5 años	9	20.9
Más de 5 años	16	37.2
Total	43	100.0

5.2 Conocimiento y uso de NOM y GPC

Todo nutriólogo al brindar consulta está obligado a referenciar en su nota la NOM o GPC en la cual basó su diagnóstico y tratamiento. Los nutriólogos recién egresados deben cursar en la carrera una materia referente a salud pública en la que se les den a conocer los documentos normativos, tales como normas y guías de práctica clínica (salud pública y nutrición, nutrición comunitaria y epidemiología y promoción de la salud). Además, al entrar a laborar al ISEM, se les brinda una capacitación. A los contratados que ingresan por un determinado periodo a la institución, también se les otorga una inducción al puesto en la que se abarcan temas sobre la normatividad, que incluye el manejo de guías y normas. Según las respuestas al cuestionario aplicado (autopercepción), todos los sujetos refieren conocer las NOM y casi todos refieren conocer las GPC (95.3%); solo 2 sujetos refieren no conocerlas (4.7%) (figura 5.4)

Figura 5.4 Conocimiento de GPC y NOM (n=43)

Conocimiento de la normativa	GPC		NOM	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	41	95.3	43	100.0
NO	2	4.7		
Total	43	100.0	43	100.0

Además de que la mayoría de los sujetos encuestados conoce los documentos normativos que se usan en la práctica diaria, casi todos refieren utilizar ambas herramientas de consulta de manera frecuente, o muy frecuente o siempre (95.4%). Solo 2 sujetos mencionan no usar ni las normas ni las guías (4.7%), son los mismos dos sujetos que refirieron no conocer los documentos (figura 5.5). La NOM-24-SSA3-2010 que establece los objetivos funcionales y funcionalidades referentes al expediente clínico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos de salud, señala que, para validar las evaluaciones clínicas, los tratamientos y el soporte de las decisiones, la nota clínica se debe basar en las normas y guías de práctica clínica.

Figura 5.5 Frecuencia de uso de documentos normativos (n=43)

Frecuencia de uso	GPC		NOM	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Siempre	16	37.2	27	62.8
Muy frecuente	16	37.2	10	23.3
Frecuente	9	20.9	4	9.3
A veces	2	4.7	2	4.7
No se usa				
Total	43	100.0	43	100.0

La mayor parte de los sujetos considerados en el estudio, 35 (81.4%), cree que son más útiles las NOM a su vez 26 sujetos (60.5%) opina que las GPC también son muy útiles. El resto refiere que tanto las NOM como las GPC son de uso regular o poco útiles, y solo a un sujeto (2.3%) le parece que las GPC no son útiles (figura 5.6). Ambas normativas deberían usarse diariamente como esencia de la consulta; como se escriben con datos científicos de estudios y medicina basada en evidencias, están en constante actualización. Las guías ofrecen contenidos útiles, actualizados cada breve periodo de tiempo, son de naturaleza

flexible y contextualizada que permite adecuar las orientaciones a las condiciones del medio cotidiano, y constituyen una referencia para el trabajo cotidiano (Arias, Hidalgo e Hidalgo, 2019).

Figura 5.6 Utilidad de documentos normativos (n=43)

Documento normativo	Guías de práctica clínica		Normas Oficiales Mexicanas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Mucho	26	60.5	35	81.4
Regular	12	27.9	6	14.0
Poco	4	9.3	2	4.7
Nada	1	2.3		
Total	43	100.0	43	100.0

En orden de importancia de uso de los documentos normativos, la mayoría de los sujetos investigados (69.8%) cree que las NOM tienen mucha importancia, les sigue 27.9% que les atribuye una utilidad moderada y solo un individuo, que representa 2.3%, del total, cree que son de poca utilidad. En cuanto a las GPC, 46.5% cree que son muy importantes, 21% que son moderadamente importantes, y solo 4.7% que tienen poca importancia (figura 5.7). Las guías de práctica clínica, las normas, y los protocolos y algoritmos que estas incluyen son herramientas muy importantes que no sustituyen al método clínico, sino que lo fortalecen ya que sintetizan y sistematizan la evidencia reciente, estandarizan la práctica y facilitan la toma de decisiones (Arias, Hidalgo e Hidalgo, 2019).

Figura 5.7 Importancia de documentos normativos (n=43)

Importancia del documento normativo	Guías de práctica clínica		Normas Oficiales Mexicanas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Mucha	20	46.5	30	69.8
Moderada	21	48.8	12	27.9
Poca	2	4.7	1	2.3
Total	43	100.0	43	100.0

Al preguntarles a los sujetos del estudio sobre su conocimiento de las NOM y las GPC por padecimiento y pedirles que las mencionaran, la mayoría no conocía todas y no las pudieron

referir. En general conocen mucho más las NOM que las GPC. En cuanto a éstas, sólo refirieron su conocimiento 17 sujetos (39.6%). Sobre aquéllas, las más conocidas son las de Hipertensión y Diabetes Mellitus, 60.5% las conoce, les siguen, en orden descendente, las normas de sobrepeso y obesidad, dislipidemias, atención al menor de 5 años, atención al niño sano, atención materno infantil, diabetes gestacional y, por último, desnutrición. Lo anterior denota un conflicto, pues, sus respuestas a las preguntas iniciales, la mayoría de los nutriólogos respondió que conocía tanto las GPC como las NOM, pero al pedirles que las desglosaran, resultó que no las conocen.

Es preocupante la cantidad de nutriólogos que no pudieron referir ninguna NOM o GPC para padecimientos específicos, y las que menos conocen son precisamente las que versan sobre desnutrición: 33 sujetos (76.7%) refirió no conocerlas, siendo que este padecimiento conforma el problema de salud del grueso de los pacientes en el primer nivel de atención, sobre todo en zonas de alta marginación (figura 5.8).

Figura 5.8 Conocimiento temático de NOM y guías de práctica clínica (n=43)

Temas de NOM y guías de práctica clínica	Normas Oficiales Mexicanas		Guías de práctica clínica		Ambas		Ninguna	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Atención materno-infantil	14	32.6	2	4.7	4	9.3	23	53.5
Hipertensión	26	60.5	1	2.3	3	7.0	13	30.2
Diabetes mellitus	26	60.5	3	7.0	3	7.0	11	25.6
Dislipidemias	17	39.5	4	9.3	2	4.7	20	46.5
Sobrepeso y obesidad	23	53.5	3	7.0	5	11.6	12	27.9
Atención en el menor de 5 años	17	39.5	1	2.3	4	9.3	21	48.8
Desnutrición	8	18.6			2	4.7	33	76.7
Atención en el niño sano	15	34.9			2	4.7	26	60.5
Diabetes gestacional	9	20.9	3	7.0	6	14.0	25	58.1

Todos utilizan Internet para consultar las NOM y GPC. En cuanto a la última vez que consultaron una GPC (figura 5.9), la mayoría 17 sujetos (39.5%) refirió la última semana, y en el último mes 16 sujetos (37.2%) 6 (13.9%) las consultaron en los últimos 6 meses y en el último año, y 4 (9.3%) no recuerda haber consultado ninguna. Es importante subrayar que este tipo de documentos deben consultarse con frecuencia debido a que, como ya se mencionó, son objeto de actualizaciones frecuentes conforme a la nueva evidencia

científica; por medio de ellas es posible verificar tanto la normatividad como los procesos de atención y seguimiento de las distintas enfermedades, además de las novedades en los tratamientos. Tienen una importancia rectora en el proceso clínico por lo que se recomienda su uso continuo. (Arias, Hidalgo e Hidalgo, 2019).

Figura 5.9 Última consulta de una GPC (n=43)

Momento de la última consulta de GPC	Consulta realizada	
	Frecuencia	Porcentaje
No recuerdo	4	9.3
En la última semana	17	39.5
En el último mes	16	37.2
En los últimos 6 meses	5	11.6
En el último año	1	2.3
Total	43	100.0

En cuanto a la frecuencia de apego a las GPC por padecimiento (figura 5.10), la mayor se observa respecto de la Diabetes Mellitus y de la de dislipidemia (58.1% c/u), seguida por la hipertensión y el riesgo cardiovascular (48.8%). Al resto de las guías casi no se apegan los sujetos estudiados: 32.6% a la atención del recién nacido e infante, 23.3% a la atención prenatal y 11.5% a la atención al parto. Respecto de cada padecimiento específico, algunos refieren usarlas sólo a veces y algunos nunca. Es alarmante el porcentaje de nutriólogos que dicen no apegarse a ningún documento normativo en su práctica diaria. Los algoritmos de atención que se les entregan cuando ingresan al ISEM incluyen el uso de normas y guías en la consulta para todos los padecimientos. Por otra parte, la frecuencia de apego que refieren en estas respuestas coincide con las de la figura 5.8, debido a que la transición demográfica y epidemiológica ha conllevado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que son la principal causa de muerte provocada por la creciente exposición a factores de riesgo combinada con bajos niveles de apego a la atención preventiva (Macinko, 2011). Y ello a pesar de que esas enfermedades son las más prevalentes. Así pues, el nutriólogo debe atender al resto de la población y conocer la normatividad.

Figura 5.10 Frecuencia (%) de apego a las GPC (n=43)

Frecuencia de apego a la GPC	Atención prenatal	Atención al parto	Atención al recién nacido e infante <1 año	Hipertensión y riesgo cardiovascular	Diabetes mellitus	Obesidad y dislipidemia
Siempre	23.3	11.6	32.6	48.8	58.1	58.1
Muy frecuente	14.0	14.0	16.3	25.6	16.3	18.6
Frecuente	20.9	16.3	27.9	11.6	14.0	11.6
A veces	4.7	16.3		2.3	4.7	4.7
No se usa	37.2	41.9	23.3	11.6	7.0	7.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

La mayor parte de nutriólogos encuestados refiere no conocer las guías (48.8%). Esta información resulta discordante con las respuestas a la primera pregunta, pues casi todos afirmaban conocerlas, sin embargo, al avanzar en sus respuestas dijeron no conocerlas. El 14% de ellos argumenta que no son accesibles. Una vez más, esta respuesta es discordante con una anterior en la que aseguraban consultarlas por internet. Cabe señalar que las guías están publicadas en todas las páginas de servicios de salud, para su fácil acceso, y que existen incluso compendios para su consulta en el teléfono celular. El 12% del grupo estudiado menciona que hace falta tiempo para consultarlas, sin embargo, el tiempo estimado para atender una consulta sobre nutrición es de 40 minutos por paciente, lo cual brinda un margen considerable para poder mirar las GPC. Cuatro de los sujetos estudiados (9.3%) dijo no aplicarlas, y 24 (55.8%) preferir las normas sobre las guías (figura 5.11). La Secretaría de Salud, por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), verifica la información y fácil acceso de los distintos manuales de apoyo y consulta. Su página electrónica tiene como propósito la difusión de los documentos correspondientes mediante interfaces que se encuentran en el sitio web DGCES www.calidad.salud.gob.mx.

Figura 5.11 Motivos para no utilizar con más frecuencia las GPC (n=43)

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
No se conocen	21	48.8
No están accesibles	6	14.0
Hace falta más tiempo. Alargan el tiempo de la consulta	12	27.9
No aplican	4	9.3
Preferencia por las NOM	24	55.8
NOTA: El porcentaje total es mayor a 100, ya que la pregunta acepta más de una opción de respuesta.		

A partir de lo anterior, también se les preguntó a los participantes en el estudio acerca de las acciones para incrementar el uso de estas GPC (figura 5.12): 34 sujetos (79.1%) respondieron capacitación, 6 (14%) que se deben entender mejor, 9 (20.9%) que deben ser más accesibles, 7 (16.3%) que deben de ser más fáciles de manejar y 12 (27.9%) que deben estar más adaptadas al entorno. Vale destacar que la capacitación al respecto es dada por la jurisdicción correspondiente tanto de manera colectiva como individual; en ella se explica el uso correcto de las NOM y las GPC, aunque estas actividades se limitan a la impartición de nueve talleres de capacitación y tres conferencias en los últimos dos años de la formación. En el caso del presente estudio la frecuencia de las acciones de capacitación se vio afectada durante el último año por la pandemia de SARS-COV2. Contrario a lo que opinan algunos de los nutriólogos encuestados, Arias, Hidalgo e Hidalgo (2019) afirman que los documentos normativos presentan credibilidad, reproductibilidad, representatividad, aplicabilidad y flexibilidad clínica, claridad, actualización y facilidad de uso.

Figura 5.12 Acciones para incrementar el uso de las GPC (n=43)

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación	34	79.1
Que se entiendan mejor	6	14.0
Que sean más accesibles	9	20.9
Que sean más fáciles de manejar	7	16.3
Que estén más adaptadas al entorno	12	27.9
NOTA 1: El porcentaje total es mayor a 100, ya que la pregunta acepta más de una opción de respuesta.		

Para detallar este análisis, se procedió al cálculo de frecuencia del conocimiento y uso de las NOM y las GPC, de acuerdo con el grupo de edad de los sujetos estudiados (figura 5.13). En cuanto al conocimiento de los documentos normativos, el 100% refirió conocer las normas y el 95.3% las guías; y aunque estas cifras representan la casi totalidad de los

encuestados, solo el 74.4% utiliza las guías y el 86% las normas. Se supondría que si las conocen las usan, pero esto no sucede. De modo que existe una oportunidad para impulsar la mejora en el desempeño profesional de estos nutriólogos y para realizar los planes de acción pertinentes. Arias, Hidalgo e Hidalgo (2020) refiere que son múltiples las causas por las que los profesionales no se adhieren a los documentos normativos, como son la falta de confianza en su efectividad, la creencia de que no son capaces de cumplir sus sugerencias, la falta de familiarización a ellas o la confrontación con la autonomía personal y la experiencia adquirida.

Figura 5.13 Conocimiento y uso de la normativa por grupo de edad (n=43)

Conocimiento y uso de documentos normativos	Categoría de frecuencia de uso	De 22 a 29 años (n=17) %	De 30 a 33 años (n=7) %	De 34 a 37 años (n=12) %	De 38 a 41 años (n=7) %	TOTAL (n=43) %
Conocimiento de GPC	SI	88.2	100.0	100.0	100.0	95.3
	NO	11.8	0.0	0.0	0.0	4.7
Conocimiento de las NOM	SI	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	NO					
Uso de GPC	Siempre y muy frecuente	70.6	71.4	75.0	85.7	74.4
	Nunca y casi nunca	29.4	28.6	25.0	14.3	25.6
Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	76.5	85.7	91.7	100.0	86.0
	Nunca y casi nunca	23.5	14.3	8.3	0.0	14.0

Para darle sentido a la evaluación de 180°, se esperaría que no existiera diferencia entre la evaluación del superior y la autopercepción del nutriólogo evaluado en cuanto al conocimiento y uso de las NOM y las GPC (hipótesis 1). Conforme a los resultados obtenidos en nuestro estudio (figura 5.14) puede decirse que la hipótesis 1 se cumple de manera parcial, pues se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de uso de las NOM y del conocimiento y aplicación específica de la NOM 043 y la NOM 004. En otras palabras, el nutriólogo percibe un uso frecuente de esta normativa, mientras que el supervisor no considera que aquél conozca y aplique las NOM 043 y NOM 004, específicas de nutrición. Ambas NOM son las básicas para el manejo de la promoción de la salud y del expediente clínico. a todo nutriólogo que comienza a laborar en el Instituto

se le entregan en formato electrónico. Sin embargo, en el momento en el que el supervisor verifica su aplicación y uso encuentra deficiencias en aquella o ausencia en éste.

Figura 5.14. Conocimiento y uso de NOM y GPC. Diferencia entre la autoevaluación del nutriólogo y la evaluación del supervisor (n=43)

Autopercepción del nutriólogo	Categoría	Conoce y aplica NOM 043 (evaluación del supervisor)		X ²	Sig
		SI	NO		
Conocimiento de las NOM	SI	22	21	*	
	NO	0	0		
Conocimiento de las GPC	SI	21	20	.001	.973
	NO	1	1		
Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	16	21	6.656	.010
	Nunca y casi nunca	6	0		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	14	18	2.751	.097
	Nunca y casi nunca	8	3		
Autopercepción del nutriólogo	Categoría	Conoce y aplica NOM 004 (evaluación del supervisor)		X ²	Sig
		SI	NO		
Conocimiento de las NOM	SI	28	15	*	
	NO	0	0		
Conocimiento de las GPC	SI	27	14	.211	.646
	NO	1	1		
Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	22	15	3.736	.053
	Nunca y casi nunca	6	0		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	19	13	1.815	.178
	Nunca y casi nunca	9	2		

* No se calcula el estadístico X² porque “conocimiento de las NOM” es una constante (todos conocen las NOM).

Sig p < 0.05

5.3 Calidad de la consulta externa evaluada por el supervisor

La integración de estos datos se sustenta en la Cédula de Supervisión a CEAPS y Centros de Salud con Área de Nutrición, aplicada por el supervisor asignado por la Jurisdicción Sanitaria Toluca.

Los resultados obtenidos reflejan una discrepancia a partir de la autopercepción de los nutriólogos y la evaluación del supervisor en cuanto al conocimiento y uso de las GPC y las NOM (figura 5.15). En la supervisión se les pregunta sobre conocimiento y aplicación de la NOM 043, que es la básica para los servicios de promoción de la salud, y la NOM 004, que es la referida al correcto llenado del expediente clínico. En esta última norma se indica, entre otras cosas, que al hacer notas se deben citar las normas y guías correspondientes, porque contienen actualizaciones sobre los distintos padecimientos y homologan los tratamientos. Al respecto, 21 de los sujetos estudiados (48.8%) dijeron no conocer ni aplicar la NOM 0043, y 15 (34.9%) no conocer y ni aplicar la NOM 004. Además, casi el mismo porcentaje afirmó no contar con información sobre dichas normas. Esta respuesta resulta desconcertante, pues tanto a los pasantes como al personal contratado se les entregan en formato electrónico al momento de entrar a laborar al ISEM.

En cuanto al llenado de expediente clínico, solo 3 sujetos (7%) afirmaron que no toman notas, y 6 (14%) que no cuentan con una hoja diaria de registro. Estas ausencias en la práctica profesional son relevantes porque se trata de los instrumentos con los que se registran la productividad, el tipo de padecimiento atendido en cada consulta y la nota de evolución con la que se verifica el tratamiento brindado.

La supervisión la realiza el departamento normativo de la Jurisdicción, que registra todas las desviaciones encontradas en cada actividad prevista dentro de la normatividad para poder darles seguimiento y establecer estrategias de mejora. Un punto crítico que se ha encontrado es la capacitación que debe recibir el personal de salud, sobre todo los pasantes, pues muchos de ellos llegan sin conocer las GPC y las NOM, mientras que los nutriólogos con más años de antigüedad necesitan planes de actualización para el manejo de enfermedades.

Figura 5.15 Calidad de la consulta de nutrición externa (evaluación del supervisor)

Indicador a evaluar en la consulta de nutrición externa	SI		NO		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cuenta con la NOM 043 para consulta	23	53.5	20	46.5	100.0
Conoce y aplica la NOM 043	22	51.2	21	48.8	100.0
Cuenta con la NOM 004 para consulta	28	65.1	15	34.9	100.0
Conoce y aplica la NOM 004	28	65.1	15	34.9	100.0
Se realizan notas médicas en expediente	40	93.0	3	7.0	100.0
Cuenta con hoja diaria para control de consulta de nutrición	37	86.0	6	14.0	100.0

Puesto que una respuesta a lo anterior pudiera estar en las consultas por día que el nutriólogo tiene programadas y las que en realidad otorga, la pregunta inicial es ¿en qué radica esa diferencia al programar las consultas? o bien, ¿por qué algunos nutriólogos programan de 1 a 5 consultas y otros más de 9 (figura 5.16). Es importante señalar que, de acuerdo con la normatividad, se estima que la consulta de nutrición puede ser proporcionada en 40 minutos, tiempo suficiente para realizar una buena exploración física, ofrecer un plan de alimentación y redactar una nota nutricional.

La jurisdicción Sanitaria Toluca comprende cuatro municipios (Almoloya de Juárez, Zinacantepec, Toluca y Metepec). Cada municipio cuenta con varios centros de salud, centros especializados y hospitales. La demanda en cada una de estas instancias varía de acuerdo con su pirámide poblacional. Y es precisamente este último factor el que explica la diferencia entre las consultas programadas y las que realmente se dan. Las comunidades con mayor número de habitantes deben programar más consultas que las que tienen menor población. Sin embargo, quienes ofrecen menos consultas deben compensar su actividad apoyando a grupos y brindando orientaciones alimentarias. Las metas programadas para los nutriólogos varían de acuerdo con dichas circunstancias. Además, el comparar el número de consultas programadas y dadas por día, brinda un panorama en cuanto al número de consultas subsecuentes programadas y el ausentismo de los pacientes.

Figura 5.16 Consultas por día (programadas y dadas) (n=43)

Número de consultas por día	Programadas		Dadas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 5	28	65.1	31	72.1
De 6 a 9	7	16.3	4	9.3
Más de 9	8	18.6	8	18.6
Total	43	100.0	43	100.0

La mayor parte de las orientaciones deben basarse en la NOM 043, ya que es la que brinda información sobre la promoción de la salud, sin embargo, sólo 20 de los sujetos estudiados (46.5%) refirió basarse en ella y 23 (53.5%) dijo no hacerlo. Estas cifras discrepan con las respuestas sobre autopercepción: en ellas esos mismos sujetos respondieron que conocían y aplicaban las normas (figura 5.17). En cuanto al resto de puntos a supervisar, éstos se toman en cuenta para verificar si se da la prevista orientación individual y a grupos. Para llevar a cabo estas acciones se le pide al personal que use el material que le brinda el programa o bien alguno preparado por iniciativa propia.

Cabe destacar que en todos los centros de salud existen equipos de especialistas enfocados a distintos temas y grupos poblacionales -como adolescentes, embarazadas, lactantes, adultos mayores, niños, etcétera-, a los que deben brindar orientación alimentaria. Para realizar esta acción y brindar un servicio de calidad es crucial conocer las actualizaciones de las normas y guías, pues la información cambia con frecuencia debido a nueva evidencia científica.

Figura 5.17 Orientación alimentaria durante la consulta (n=43)

Indicador a evaluar en la consulta de nutrición externa	SI		NO		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cuenta con programación de temas	17	39.5	26	60.5	100.0
Se basa en la NOM 043	20	46.5	23	53.5	100.0
Registro de asistentes	34	79.1	9	20.9	100.0
Cuenta con cartas descriptivas	27	62.8	16	37.2	100.0
Cuenta con evidencia fotográfica	29	67.4	14	32.6	100.0
Cuenta con material didáctico de orientación alimentaria	34	79.1	9	20.9	100.0
El material que se utiliza es presentable, adecuado a la población y el contenido es conforme el tema	30	69.8	12	27.9	100.0

5.4 Calidad de la consulta evaluada por el paciente

Para incorporar al tercer agente evaluador, el paciente, se reportan los resultados que arrojó la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (ESTAD). Se realizaron dos tomas de muestras para evaluar la calidad de consulta desde el punto de vista del paciente. Si bien las respuestas de los dos tiempos de evaluación corresponden a pacientes diferentes, el nutriólogo evaluado fue el mismo. Se puede observar que las respuestas del primer momento son en su mayoría positivas, y que para el segundo momento las opiniones son en su mayoría negativas (figura 5.18).

Con esto se prueba la H_1 : existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de la consulta externa evaluada por el paciente en dos tiempos: marzo y septiembre de 2020.

En el primer momento de evaluación, es decir, en marzo, los puntos más débiles fueron las explicaciones, ya que el 53.5% de los pacientes mencionó que no se le dieron explicaciones fáciles de entender; en cuanto a los cuidados que se deben seguir en casa, el 48.8% dijo

que no entendió cuáles deberían ser; y en cuanto a si el paciente comprendió el tratamiento sobre la dieta, el 41.9% refirió que no lo entendió. La mayor parte de respuestas negativas de los pacientes se relacionan con la comprensión del tratamiento y las explicaciones sobre su padecimiento. Esto se podría deber a que la mayor parte de nutriólogos de primer nivel trabajan en zonas socioeconómicas marginadas, en donde los pacientes no saben leer ni escribir, y muchos de los especialistas deben atender a poblaciones con características sociales y costumbres propias.

Durante la segunda evaluación, en septiembre, las respuestas de los pacientes resultaron negativas en casi todos los rubros. El 79.1% no entendió los cuidados en casa, el 79.1% consideró que no se tomaron en cuenta sus necesidades y preocupaciones, el 74.4% no entendió la dieta que se le brindó, y el 72.1% juzga que no se le dedicó suficiente tiempo de consulta. En esta evaluación, las respuestas cambiaron significativamente respecto de la encuesta de marzo. Esto podría deberse a que en marzo comenzó la pandemia por SARS-COV2 y en septiembre ya llevaba más de seis meses de evolución. Es importante hacer notar que cada coordinador municipal aplicó distintas estrategias con su personal para evitar los contagios entre sí, lo que provocó que en la mayoría de los municipios se modificara la forma habitual de trabajo.

En cuanto a la pregunta sobre si los pacientes se sentían satisfechos en general con la atención recibida, en marzo el 72.1% respondió que sí, mientras que en septiembre lo hizo solo el 20.9%. La diferencia entre una respuesta y otra es muy grande tomando en cuenta que se evaluó a los mismos nutriólogos. La pandemia por SARS-COV2 impuso que se realizaran múltiples cambios en la forma de dar la consulta en las unidades de salud; y si bien la satisfacción de los pacientes en marzo no fue del 100%, para septiembre bajo muchísimo la percepción de la calidad por los usuarios. Por ello, toda vez que la pandemia continúa, se deben tomar medidas para corregir esta desviación.

Figura 5.18 Calidad de la consulta del nutriólogo en dos momentos (2020) (n=43)

Preguntas	Marzo		Septiembre		X ²	Sig
	SI	NO	SI	NO		
¿Durante su visita a la unidad lo trataron con respeto?	27	16	23	20	22.856	.000
¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	20	23	15	28	20.299	.000
¿Entendió usted el tratamiento (dieta y medicamentos)?	25	18	11	32	10.645	.001
¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	22	21	9	34	10.865	.001
El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	28	15	9	34	2.832	.092
¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	42	1	12	31	.396	.529
¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida?	31	12	9	34	4.406	.036

Sig p < 0.05

Como puede observarse, es notoria la diferencia en la percepción de la calidad de la consulta entre ambas mediciones. Como ya se precisó, si bien no se trata de los mismos pacientes, sí de los mismos nutriólogos. Entre la medición de marzo y la de septiembre la calidad bajó según la percepción de los pacientes, sobre todo en los rubros de atención respetuosa, explicaciones sobre la enfermedad, comprensión del tratamiento (dieta y seguimiento en casa) y tiempo otorgado en la consulta. La pandemia por SARS-COV2, que oficialmente comenzó el 23 de enero de 2020 en el mundo y llegó a México el 27 de febrero del mismo año, marcó un antes y un después en el modo de vivir de toda la población. El gobierno fue tomando medidas, poco a poco, para contener la propagación de la enfermedad y evitar así miles de muertes. El sector salud es un pilar fundamental en el manejo de la pandemia, por lo que el primer nivel de atención se tuvo que enfocar en la detección oportuna de la enfermedad para evitar la saturación de los hospitales. Aunque cada coordinador municipal aplicó sus propias estrategias, el personal médico y paramédico realizó actividades propias de la pandemia (aplicación de cercos epidemiológicos, repartición de medicamentos directamente en casa a pacientes crónicos, capacitación sobre el virus SARS-COV2, atención telefónica en el C5, apoyo en el hospital ambulatorio provisional del CIECEM y vacunación). El personal paramédico, como psicólogos,

trabajadores sociales, rehabilitadores y nutriólogos, ha tenido que descuidar su consulta para poder llevar a cabo estas actividades.

Reiteramos, si bien al inicio de la pandemia la satisfacción de los usuarios respecto a la consulta externa no fue del 100%, la cifra había disminuido significativamente debido a los cambios en la atención general. Aunado a esto, en el año 2020 las acciones de capacitación presencial para los nutriólogos disminuyeron a fin de evitar aglomeraciones de personas; la mayor parte de ellos tomaron cursos en línea, pero todos referidos al virus SARS-COV2, no al mejoramiento de la consulta diaria. En la recepción de información y desglose del número de pacientes atendidos también observamos una descompensación y empeoramiento de los diagnósticos, por el descuido general en que se ha incurrido, a causa de la pandemia, en la atención a los pacientes con enfermedades relacionadas con la nutrición.

5.5. Relación entre calidad de la consulta y cumplimiento de las NOM y las GPC

Como ya se ha señalado, las instituciones del sector salud han establecido las NOM y las GPC como eje rector de los tratamientos y atenciones a la población; son referentes que permiten brindar un servicio de calidad al paciente y a la vez constituyen herramientas con las que el personal de salud cuenta para lograr la calidad y la seguridad en la atención.

Así pues, cabe suponer que en la medida en que esta normatividad sea cumplida por los nutriólogos, la calidad de su consulta externa podría mejorar. En esta lógica se generaron nuestras hipótesis.

H₃: Existe relación entre la calidad de la consulta externa evaluada por el paciente y el cumplimiento de las NOM y las GPC por el nutriólogo (desde la autopercepción).

H₄: Existe relación entre el cumplimiento y uso de la NOM004 y la NOM043 como elementos de la calidad de la consulta externa de los nutriólogos y la calidad de la consulta.

Sin embargo, como puede apreciarse en la figura 5.19, al calcular las correlaciones con χ^2 , por tratarse de escalas nominales dicotómicas, entre cuatro características de una consulta externa de calidad (trato respetuoso, explicaciones entendibles, tiempo de duración y satisfacción en general) evaluada por los pacientes y medida en dos momentos distintos

(marzo y septiembre de 2020), y la evaluación del cumplimiento de las NOM y las GPC desde la autopercepción del nutriólogo y desde el punto de vista del supervisor (específicamente las NOM 043 y 004 sobre nutrición), no es tan evidente dicha relación, pues sólo se detectaron cuatro relaciones estadísticamente significativas (figura 5.19).

- Desde el punto de vista del supervisor:
 - Cuando el nutriólogo conoce y aplica la NOM 004, es posible que el paciente perciba que es tratado con respeto.
 - Cuando el nutriólogo conoce y aplica la NOM 004, podría brindar explicaciones fáciles de entender al paciente.
 - Cuando el nutriólogo conoce y aplica la NOM 043, puede hacer que el paciente se lleve la impresión de que el médico pasó tiempo suficiente con él durante la consulta.

- Desde la autoevaluación del nutriólogo:
 - Percibe que si conoce las GPC puede identificar la suficiencia del tiempo en cada consulta.

Figura 5.19 Relación entre calidad de la consulta y el cumplimiento de NOM y GPC

Evaluación del supervisor	Cumplimiento	Categoría	Atención respetuosa (septiembre 2020)		X ²	Sig
			Muy satisfecho	Regularmente satisfecho		
			Conoce y aplica la NOM 004	SI		
NO	4	11				

Evaluación del supervisor	Cumplimiento	Categoría	Explicaciones fáciles (septiembre 2020)		X ²	Sig
			SI	NO		
			Conoce y aplica la NOM 004	SI		
NO	2	13				

Auto percepción del nutriólogo	Cumplimiento	Categoría	Tiempo suficiente de consulta (marzo 2020)		X ²	Sig
			SI	NO		
			Conocimiento de las GPC	SI		
NO	1	1				

Evaluación del supervisor	Cumplimiento	Categoría	Tiempo suficiente de consulta (septiembre 2020)		X ²	Sig
			SI	NO		
			Conoce y aplica la NOM 043	Nunca y casi nunca		
SI	9	13				
NO		3		18		

Sig p < 0.05

NOTA: En el anexo 2 se encuentra el resto de las relaciones calculadas y que no fueron estadísticamente significativas.

A modo de síntesis: los resultados obtenidos con una muestra de 43 nutriólogos que autoevalúan su cumplimiento (conocimiento y uso) de las NOM y las GPC, quienes también son evaluados por un supervisor, y la relación que estos indicadores pudiera tener con la calidad de la consulta externa desde la percepción de los pacientes en dos momentos (marzo y septiembre), permiten construir algunos considerandos como punto de partida para la propuesta de actuación presentada en el siguiente (y último) capítulo.

Primero. Poca convicción del nutriólogo de que exista relación entre el cumplimiento (conocimiento y uso) de las NOM y las GPC con la calidad de la consulta externa.

Segundo. Cierta discrepancia entre la autoevaluación del nutriólogo y la del supervisor en cuanto al conocimiento y uso de las NOM y las GPC, sobre todo las vinculadas con la nutrición.

Tercero. La política institucional del sector salud de continuar con el uso de las NOM y las GPC sin demostrar de manera evidente la relación con la calidad de la consulta médica.

Cuarto. Lo anterior aconseja dar preferencia a una propuesta integral y no a acciones aisladas de capacitación para los nutriólogos.

Capítulo VI. Propuesta integral para profesionalización y certificación de nutriólogos

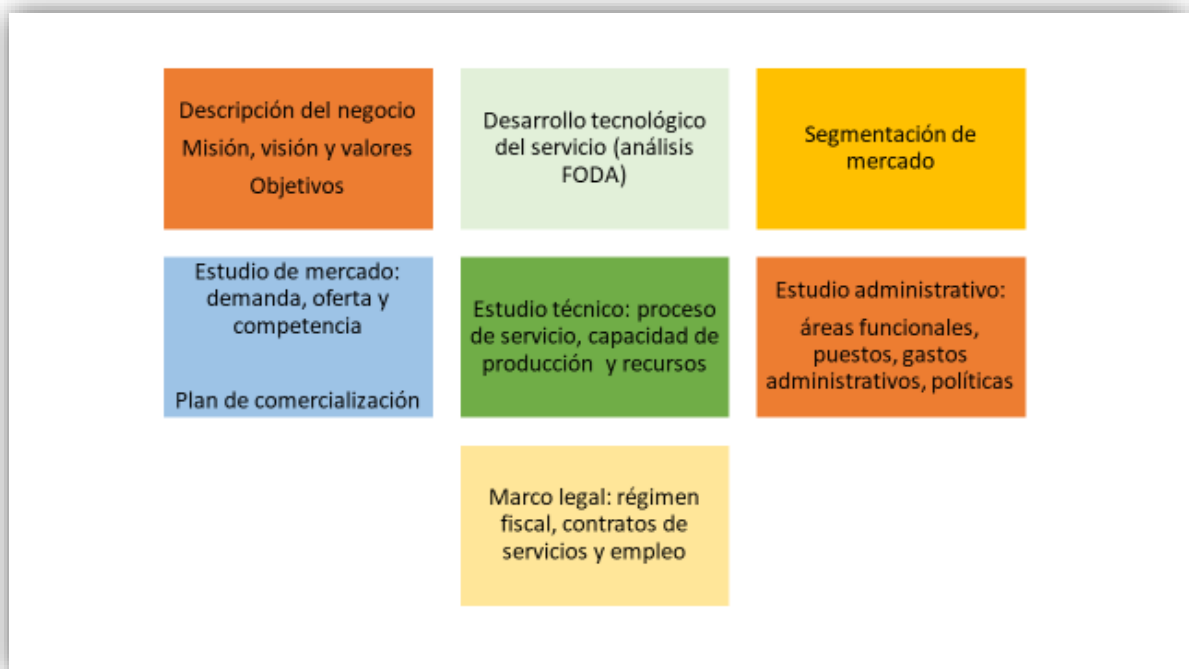
6.1 Presentación

A partir de los limitados hallazgos de este estudio y de la experiencia personal obtenida como supervisora del trabajo de los nutriólogos en la consulta externa, en este capítulo se presenta –como propuesta integral de actuación– un plan de negocios tendiente a la apertura de una consultoría para la preparación y la obtención de la certificación en salud pública y nutrición. Ello redundaría en beneficio de la sociedad: desde los pacientes hasta los nutriólogos y el rendimiento de los centros de salud.

6.2 Estructura de la propuesta

Esta propuesta (figura 6.1) corresponde a una versión simplificada de un plan de negocios para la conformación de una Sociedad Civil. Si bien es una iniciativa de quien esto escribe, se trata de un trabajo colectivo con la participación de tres experimentadas nutriólogas.

Figura 6.1 Estructura de la propuesta del plan de negocios.



6.3 Plan de negocios para un centro de desarrollo y certificación del nutriólogo

6.3.1 Descripción del negocio y filosofía empresarial

Descripción del negocio. La epidemia actual de obesidad y sus comorbilidades – diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y cáncer, entre otras– es en gran medida consecuencia de la discordancia evolutiva. En la estructura genética del ser humano parece resultar prioritaria su estructura metabólica, pues defiende sus reservas de energía en un patrón de vida caracterizado por una actividad física muy intensa. Esta prioridad fue crucial en tiempos históricos de escasez de alimentos, pero no en la época actual. En las últimas décadas, la gran disponibilidad de productos ultraprocesados altos en grasa, azúcar o sal, el sedentarismo propio de las sociedades urbanas y los avances tecnológicos, han puesto de manifiesto dicha estructura metabólica que se manifiesta como susceptibilidad a la obesidad en la mayoría de la población mundial. Como la modificación genética del cuerpo humano parece fuera del alcance científico, al menos por el momento, la alternativa para modificar el panorama epidemiológico actual en este campo sería regresar, en cierto modo, a la prevención. Es decir, promover patrones de alimentación tradicionales, basados en alimentos naturales y frescos; promover la lactancia materna, el consumo de agua simple, y la eliminación o evitación de productos ultraprocesados; activarse físicamente, y establecer el resto de los comportamientos característicos de un estilo de vida saludable relacionados con la salud pública y la nutrición.

Misión. Ser una organización de profesionales que promueva cursos, talleres, diplomados y certificaciones en temas de salud pública y nutrición, mediante la capacitación y evaluación de nutriólogos, profesionales afines y público en general, con el fin de contribuir al mejoramiento de su desempeño profesional y laboral.

Visión. Ser un referente estatal en la promoción de cursos, talleres, diplomados y certificaciones en salud pública y nutrición, con un modelo educativo de vanguardia e innovador que forme profesionales altamente capacitados para responder a los desafíos de salud en la población.

Valores. Responsabilidad, respeto, compromiso, ética, equidad, inclusión y pasión.

6.3.2 Desarrollo tecnológico del servicio (Análisis FODA)

Figura 6.2 Análisis FODA del negocio

FORTALEZA	DEBILIDAD
<p>Conocimiento del mercado.</p> <p>Acceso a cursos, talleres, diplomados y certificados de instancias reconocidas.</p> <p>Emisión de constancias con Aval.</p> <p>Experiencia en el ámbito clínico, académico y de investigación.</p> <p>Relaciones con colegas y con otros profesionales.</p> <p>Ser la primera empresa de este tipo en Toluca.</p>	<p>Falta de experiencia empresarial.</p> <p>Desconocimiento de la gestión empresarial.</p> <p>Recursos económicos limitados.</p> <p>Dedicación de tiempo parcial al proyecto.</p>
OPORTUNIDAD	AMENAZA
<p>Problemas de salud en aumento.</p> <p>Más acceso a las nuevas TIC.</p> <p>Especialización como necesidad.</p> <p>Demanda en aumento de cursos, talleres y diplomados.</p>	<p>Economía inestable por la actual contingencia sanitaria.</p> <p>Dependencias gubernamentales temporalmente cerradas para la realización de trámites.</p> <p>Inseguridad pública.</p> <p>Inflación en la economía.</p> <p>Aumento en la oferta de pláticas y cursos en línea.</p>

6.3.3 Segmentación del mercado

Figura 6.3 Perfil del cliente

<p>Características demográficas: Estudiantes, pasantes y egresados de la licenciatura en nutrición y áreas afines interesados en especializarse, actualizarse y/o regularizarse en diversos temas concernientes a la salud pública y la nutrición en los diferentes estados de la República Mexicana. De ambos sexos. En edades de 20 años en adelante.</p>	<p>Estilo de vida: Estudiantes, pasantes o egresados de licenciaturas, que en su mayoría promueven un estilo de vida saludable. La apariencia física debe cuidarse puesto que con ella se transmite una imagen de salud a los clientes.</p>
<p>Motivos: Necesidad o deseo de obtener una especialización, actualización, regularización y/o certificación en temas de salud, nutrición y alimentación referidos a la salud pública.</p>	<p>Personalidad: Perseverante, dedicada, organizada creativa, socialmente responsable y apta para trabajar en equipo.</p>
<p>Valores: Los profesionales “deben conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, probidad, dignidad, buena fe y en estricta observancia a las normas legales y éticas de su profesión” (CMN, 2020).</p>	<p>Creencias y actitudes: Debe predominar la creencia de la prevención. Se deber ser proactivo y empático.</p>
<p>Percepción: Los estudiantes y profesionistas que elijan los servicios de la AMESPYN (Asociación Mexicana de Salud Pública y Nutrición) tendrán garantía de recibir un servicio de calidad, con profesores de alta experiencia en sus ramas, constancias con aval, facilidad de acceso a los cursos, facilidad de pagos y costos accesibles. Ubicación del cliente potencial en el Valle en Toluca, Estado de México y, vía redes sociales, en toda la República Mexicana.</p>	<p>Empresas a las que se va a ofertar el servicio en toda la República Mexicana, vía redes sociales: Instituciones educativas públicas y privadas. Centros de nutrición. Escuelas de enfermería. Escuelas de gastronomía. Centros de Nutrición ubicados en el Valle de Toluca.</p>

6.3.4 Estudio del mercado: demanda, oferta, competencia. Plan de comercialización

Para la **demanda**, se toma en consideración la siguiente información:

Unidades de Consulta 2,282.

De las cuales, 164 se ubican en la Jurisdicción Sanitaria Toluca (Almoloya, Zinacantepec, Metepec y Toluca).

Unidades de Hospitalización 1,049.

Total de personal médico y paramédico de las unidades de salud del ISEM de la Jurisdicción Toluca 2,144.

(ISEM. 2020)

Figura 6.4 Oferta educativa por parte de diversas instituciones

Empresa	Nombre del curso	Costo	Modalidad/plataforma
Curso/taller			
Fundación Carlos Slim	Técnico auxiliar en lactancia materna.	Gratuito	Virtual Propia
Campus Virtual de Salud Pública OPS	Familia, promoción de salud y curso de vida.	Gratuito	Virtual Propia
PASPE INSP	Análisis de dieta y patrones de alimentación (enfoque de investigación).	\$ 8,972.00 MN	Virtual Plataforma propia 40 horas
PASPE INSP	Actividad física y salud pública.	\$ 8,972.00 MN	Presencial Cuernavaca, Morelos 40 horas
END ISSSTE	Ejercicio físico y alimentación: Un buen dúo dinámico.	No especificado	Presencial
END ISSSTE (Público en general)	Mi alimentación saludable.	\$ 1,016.00 MN	Presencial
END ISSSTE (médicos)	Tópicos selectos de nutrición para médicos.	\$ 1,016.00 MN	Presencial
Conexión Nutrición-AMENAC	Nutrición en la mujer.	\$ 500.00 MN	Virtual
COA-La Salle	Conteo de Hidratos de Carbono. Aval La Salle	\$ 3,500.00 MN	Virtual

Certificación			
CMN Colegio Mexicano de Nutriólogos	En Nutrición (Certificación y recertificación).	No especificado	Virtual
Diplomado			
ELAESI-SEP y Universidad Autónoma de Morelos	Naturopatía.	\$ 12,000.00 MN	Virtual
IMNC Instituto Mexicano de Nutrición Clínica	Distintos diplomados en temas de Nutrición (más de 10).	No especificado	Virtual
COA-La Salle	Deporte.	\$ 28,900.00 MN	Virtual
COA-La Salle	Educador en diabetes.	\$ 31,500.00 MN	Virtual
COA-La Salle	Pediatría.	\$ 33,300.00 MN	Virtual
Anáhuac	Alimentación y salud (distintos temas de diplomado).	\$ 35 mil a 40,000.00 MN	Presencial
INIESAN	Herramientas de diagnóstico clínico y pruebas de laboratorio III. Riñón y corazón.	\$ 500	5 hrs. por el Instituto Nacional de Investigación y Educación en Salud y Nutrición
INIESAN	Herramientas de diagnóstico clínico y pruebas de laboratorio II. Hígado y tiroides.	\$ 500.00 MN	5 hrs. por el Instituto Nacional de Investigación y Educación en Salud y Nutrición
INIESAN	Nutrición deportiva en el <i>fitness</i> y la hipertrofia.	\$ 2,200.00 MN	15 hrs. por el Instituto Nacional de Investigación y Educación en Salud y Nutrición
INIESAN	Nutrición funcional.	\$ 2,200.00 MN	15 hrs. por el Instituto Nacional de Investigación y Educación en Salud y Nutrición
LN Alejandra Quiroz	<i>Coaching</i> Nutricional y Herramientas Básicas.	\$ 1,300.00 MN	Virtual
Tania Rubalcava Co-keto	Prescripción dieta cetogénica.	\$ 2,000.00 MN	Asociación Mexiquense del Deporte Virtual

Oferta. Siete de cada 10 mexicanos viven con sobrepeso y obesidad. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2018) muestran que esta cifra aumentó en los últimos años y aumentará en los próximos. Se reconoce que dicho exceso de tejido adiposo es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, aunado al inminente envejecimiento poblacional. Incluso la obesidad actúa como marcador de riesgo para las posibles complicaciones de las enfermedades

transmisibles. En suma, los profesionales de la salud deben actualizarse para atender los desafíos de este panorama epidemiológico.

La formación de nutriólogos en México es hoy una necesidad imperativa y una buena oportunidad laboral para aquellos jóvenes comprometidos con la idea de mejorar la salud y la vida de los demás. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el segundo trimestre del 2012, en México se contaba con 2.4 nutriólogos por cada 1000 habitantes, lo que refleja un aumento enorme en la demanda de estos profesionales debido al crecimiento de la población. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en 2010 había 17,100 egresados de la carrera de Nutrición en México, el 78.44% estaban ocupados en actividades productivas relacionados con sus estudios.

Los posgrados con mención de calidad del CONACyT ofertados por 25 Instituciones de Educación Superior reportan para el área clínica 1 especialidad, 4 maestrías y 1 doctorado; para nutrición poblacional, 1 especialidad, 9 maestrías y 2 doctorados; para Servicios de Alimentos, 0; Tecnología Alimentaria, 14 maestrías y 10 doctorados, y para el área de Ciencias de la Salud, 5 maestrías y 1 doctorado. Del total de la oferta de posgrado, el 73% tienen orientación a la investigación y el 27% restantes son profesionalizantes (Castillo, 2015).

En 5 años la matrícula de nutrición creció un 11% y hay 88 escuelas, más las que se van creando. Pero lo más importante no es el número, sino la calidad. De acuerdo con los informes estadísticos del CENEVAL, en promedio sólo 49% de los sustentantes del EGEL-Nutrición obtienen testimonio satisfactorio o sobresaliente. Datos del CONCAPREN reportan sólo 19 programas acreditados vigentes del 2018 en adelante, y hay sólo 37 instituciones afiliadas a la AMMFEN de las 251 reportadas en ANUIES (Nutrir México, 2018).

Competencia. Existen diversas organizaciones que ofertan cursos de profesionalización en nutrición, como el Centro de Orientación Alimentaria COA, la Universidad Iberoamericana, Conexión Nutrición, Nutrire Institute, la Tienda del Nutriólogo, entre otras. Sin embargo, la especialización en el área de nutrición solo la

ofertan instituciones educativas en la Ciudad de México. Algunas de estas instituciones han comenzado a ofertar cursos y talleres en línea.

Figura 6.5 Comparación de competitividad de la AMESPyN con otras empresas

Empresa	Ventaja	AMESPyN
Centro de Orientación Alimentaria COA	Avales reconocidos	Certificación
Fundación Carlos Slim	Gratuita	Actualización y vanguardia
Campus Virtual de Salud Pública	Prestigio Vanguardia	Temas específicos en nutrición
INIESAN	Especialización en un tema clínico	Especialización en temas de salud pública
PASPE INSP	Prestigio Vanguardia	Costos accesibles
EDN ISSSTE	Costos accesibles Calidad	Virtualidad
IMNC Instituto Mexicano de Nutrición Clínica	Enfoque clínico	Enfoque preventivo

Figura 6.6 Análisis de la competencia

Nombre del competidor	Ubicación	Principal ventaja	Benchmarking
COA (Centro de Orientación Alimentaria)	Ciudad de México	Prestigio y calidad en sus servicios, avalados por la Universidad La Salle.	Prestigio.
Conexión Nutrición	Ciudad de México	Página web y cursos online.	Facilidad de acceso a sus plataformas.
Universidad Iberoamericana	Ciudad de México	Prestigio y calidad de sus servicios. Oferta cursos, talleres y diplomados presenciales y en línea.	Actualizaciones.
Nutrire Institute	Toluca	Especialización en Nutrición Deportiva.	Dominio del tema.
La tienda del nutriólogo	Toluca	Venta de libros y productos de nutrición, atrae clientes.	Precio.
Tu estilo de vida Co-Keto	Toluca	Especialización en dieta cetogénica.	Dominio del tema.

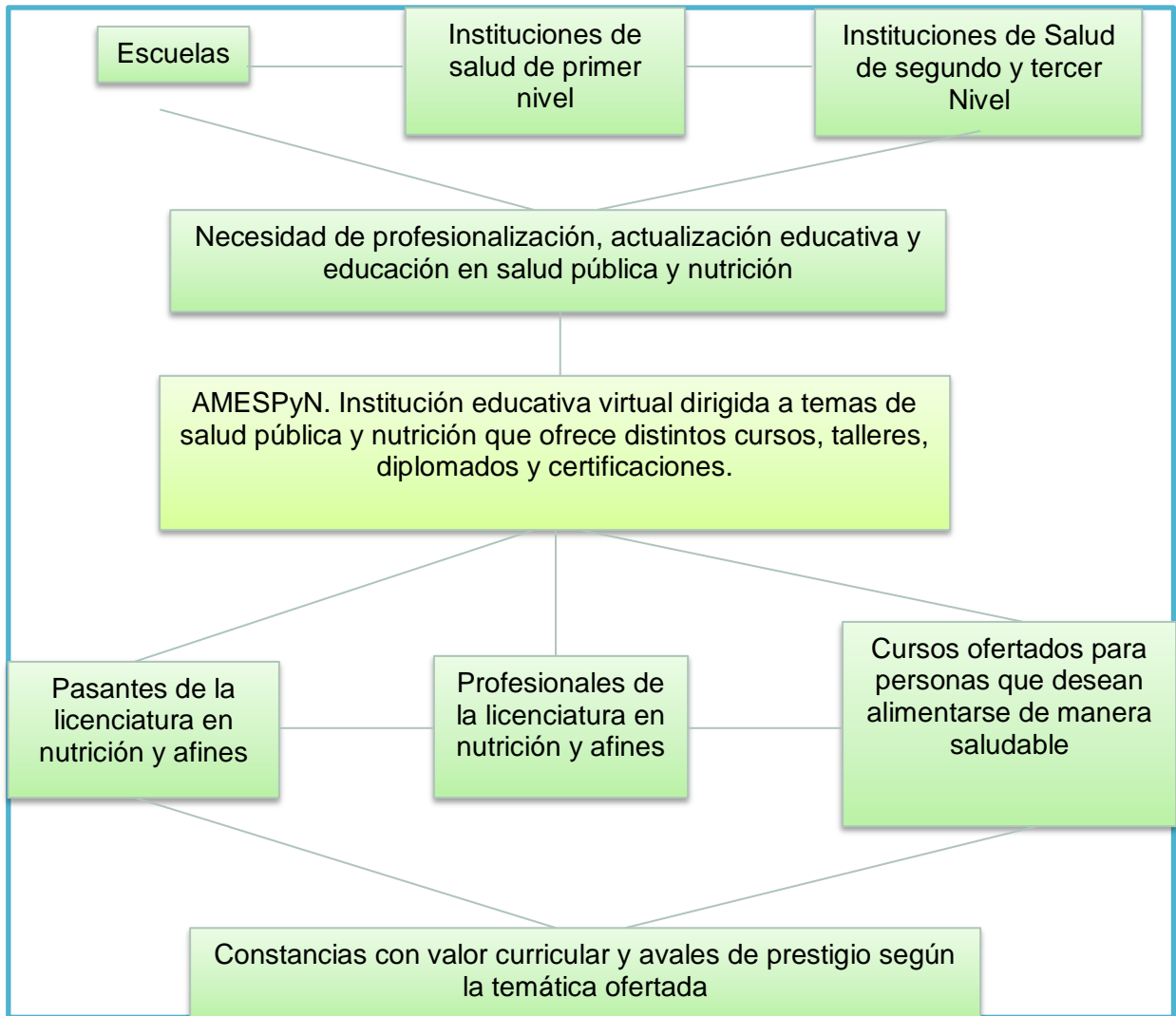
6.3.5 Estudio técnico

Proceso de servicio. La educación académica y las actualizaciones en los distintos ramos de las profesiones son esenciales para el correcto ejercicio profesional. Los ritmos actuales de vida y los horarios laborales hacen que para la mayor parte de las personas sea difícil realizar algún estudio de profesionalización, o tomar algún curso que mejore sus conocimientos básicos o que le permita especializarse en algún tema.

La falta de especialización en temas de salud pública y nutrición dirigidos a la prevención de enfermedades hace necesaria la creación de una institución que se encargue de brindar formación en dichas materias, tanto para profesionales de los distintos ramos de la salud, como para personas que deseen cuidar su salud y alimentarse de una manera más saludable.

Los problemas de salud que aquejan a la mayoría de la población de México y del mundo tienen que ver con la mala alimentación y con hábitos de vida poco saludables o perjudiciales, lo cual provoca diversas disfuncionalidades corporales que con el tiempo se transforman en enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades generan grandes costos a las familias y a la sociedad y son totalmente prevenibles mediante la adopción de buenos hábitos de vida y de alimentación. En este contexto, la AMESPyN (Asociación Mexicana de Salud Pública y Nutrición), surge como una institución que, ante la necesidad de profesionalización en temas de salud pública y nutrición, ofrecerá sus servicios de manera virtual, con la mayor calidad en distintas temáticas, con profesores expertos en sus temas y con avales de renombre. Además, no sólo se enfocará en los estudiantes o egresados de licenciaturas en salud, sino en gente interesada en cuidar sus hábitos de vida y su salud. Por ello, algunos cursos se enfocarán en ofertar información sobre la preparación y la higiene de los alimentos, así como en estrategias básicas para cuidar la salud desde la propia casa.

Figura 6.7 Descripción del proceso de servicio



Capacidad de producción

Figura 6.8 Descripción de la capacidad de producción de acuerdo al producto

Producto	Descripción	Tiempo asignado	Constancia	Periodicidad de oferta
Conferencia	Consiste en la exposición de un tema determinado por uno a varios especialistas. No existen reglas fijas y son de corta duración.	45 minutos	No	Según la demanda.
Conferencia dentro de otra actividad académica	Es aquella que forma parte de un curso, taller o módulo de diplomado.	Máximo de conferencistas: 1 para cursos de 20 horas. 2 para aquellos de 40 horas de duración.	No	Puede encontrarse dentro de un ciclo de conferencias o en un diplomado, por lo que estará sujeta a la oferta de los mismos.
Conferencia Magistral	Exposición profunda sobre un tema determinado por parte de un especialista en la materia. Realización independiente o dentro de un coloquio o actividad académica dirigida a profesores.	45 minutos	No	Puede encontrarse dentro de un ciclo de conferencias o de un diplomado, por lo que estará sujeta a la oferta de los mismos.
Ciclo de Conferencias	Conjunto de conferencias con un tema en común. Cada conferencia puede tener enfoques o abordajes diversos en relación con el tema articulador, como "ciclo de conferencias", cada una de las cuales se	Duración: 45 minutos cada una. Mínimo 4 conferencias, máximo 10.	Si	Anual.

	expondrá de manera independiente.			
Curso gratuito	Cátedra teórica y formal, con mínima interacción entre el expositor y los participantes.	Máximo 2 horas	No	Mensual (de acuerdo con la disponibilidad).
Curso avalado	Cátedra teórica y formal. Implica el estudio y análisis de un tema, guiado por uno o por varios especialistas. Prioriza aspectos teóricos, sin detrimento de la interacción con los asistentes mediante participaciones o trabajos realizados por éstos durante el desarrollo de este.	20 a 60 horas.	Si.	Semestral.
Seminario	Reunión de trabajo académico. Profundiza un tema de carácter disciplinar (actualización).	Desde 50 minutos hasta 3 horas.	Sí.	Anual.
Taller	En una sesión práctica y sencilla. Impartido por un guía flexible y con preferencia al trabajo de los participantes, la interacción, el desarrollo de habilidades, la participación y la elaboración de productos de los asistentes.	2 horas.	Sí.	Bimestral.
Diplomado	Programa académico práctico o teórico, organizado en 4 o 6 módulos. Su objetivo es actualizar a los participantes en un tema determinado.	Mínimo 20 horas y máximo 120.	Sí.	Anual.

Recursos humanos

El equipo directivo de AMESPyN se conforma por tres nutriólogas especialistas en Salud Pública. Cada una ocupará un puesto clave para la empresa:

- Directora Administrativa.
- Directora Académica.
- Directora de Marketing.

El equipo de profesionales que impartirá las clases en los distintos cursos serán contratados por módulo, dependiendo del tema a tratar. Se creará una cartera de dichos profesionales.

6.3.6 Marco legal

Régimen fiscal

Persona moral. Entidad abstracta con existencia y responsabilidad moral y jurídica.

General. Con fines de lucro.

Se cuenta con:

- Registro Federal de Contribuyentes.
- Firma electrónica certificada.
- Contabilidad electrónica a partir del inicio de las operaciones.
- Pagos y declaraciones de impuestos.

Contratos de servicios y empleo

Se elaborarán contratos de prestación de servicios para todas las instituciones a las que se les brinden servicios educativos, sean éstas particulares o gubernamentales.

Se elaborarán contratos de empleo para todas las instituciones, organizaciones y particulares que colaboren con la empresa ofreciendo sus servicios educativos o su aval para los distintos cursos y ponencias.

5.3.7 Estudio Administrativo

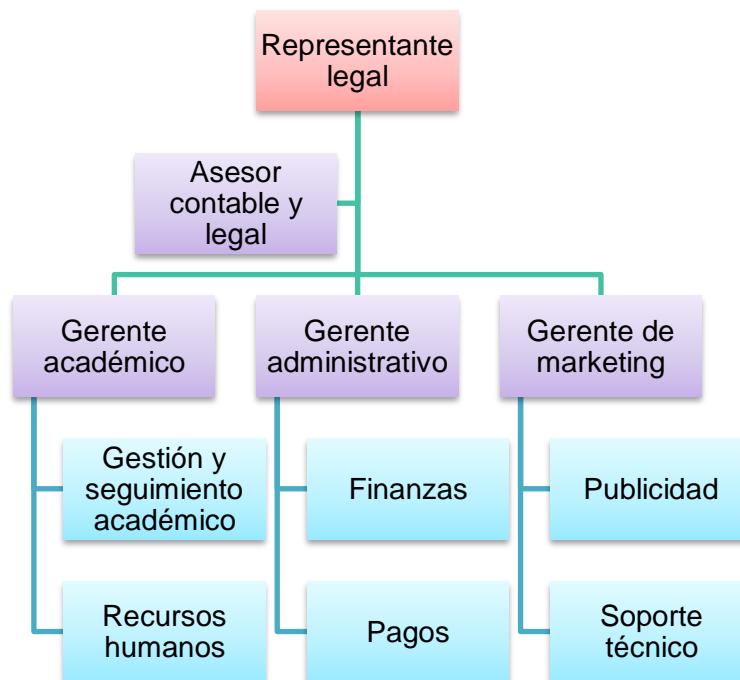
Áreas funcionales

La empresa está formada por tres áreas imprescindibles:

- Área administrativa. Se encargará de todos los trámites administrativos y financieros de la empresa, además del manejo de la contabilidad y del pago de impuestos.
- Área académica. Se encargará de la formación de planes curriculares y verificación de contenidos de las plataformas de estudios.
- Área de marketing. Se dedicará al manejo de las redes sociales, la publicidad, la edición de materiales, la producción de videos y la innovación tecnológica.

Puestos

6.9 Organigrama de la empresa



Representante legal: persona jurídica que actúa en nombre de la empresa para realizar trámites, asumir compromisos y tomar decisiones legales de la empresa.

Gerente académico: es la responsable de la gestión académica. Se encarga de la investigación del perfil del posible docente/instructor. Genera expedientes electrónicos de cada docente y da seguimiento a su trayectoria. Además, se encarga del reclutamiento, selección, contratación e inducción del docente para la impartición de cursos.

Gerente administrativo: es la responsable de las finanzas y pagos de la empresa. A su vez, funge como representante legal.

Gerente de marketing: es la responsable de desarrollar campañas e implementar estrategias y campañas de publicidad y marketing a corto y largo plazo, con el fin de impulsar el alcance de los cursos. Adicionalmente es la responsable de brindar soporte técnico tanto al docente como a los estudiantes.

Gastos Administrativos

6.10 Calculo de inversión inicial para el proyecto

AMESPyN				
CALCULO DE LA INVERSIÓN INICIAL				
ACTIVOS FIJOS				
		CANTID	PRECIO	TOTAL
		AD		
Maquinaria y equipo para el área de producción				
Computadoras	3		\$ 15,000.00	\$ 45,000.00
Tripie para grabación	1		\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
TOTAL				\$ 47,500.00
Mobiliario y equipo para el área administrativa y ventas				
Cafetería	1		\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
Mobiliario	6		\$ 1,500.00	\$ 9,000.00
Papelería y Consumibles	1		\$ 5,000.00	\$ 5,000.00
TOTAL				\$ 15,500.00

TOTAL DE ACTIVO FIJO			\$ 63.000,00
Gastos de Constitución			
Notario	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Registro de marca y logo	1	\$ 6,000.00	\$ 6,000.00
	0	\$ 0,00	\$ -
TOTAL GASTOS DE CONSTITUCIÓN			\$ 16,000.00
Capital de Trabajo			
Caja	1	\$ 60,000.00	\$ 60,000.00
Bancos	1	\$ 100,000.00	\$ 100,000.00
TOTAL DE MATERIA PRIMA			
Mano de obra			
Gerente Académico	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Gerente Administrativo	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Gerente de Marketing	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Diseñador gráfico	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Contador	1	\$ 600.00	\$ 600.00
Recepcionista	1	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
Limpieza	1	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
TOTAL DE MANO DE OBRA			\$ 43,600.00
Gastos de producción			
Luz*	1	\$ 900.00	\$ 900.00
Agua*	1	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00
Mantenimiento	1	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00
TOTAL DE GASTOS DE PRODUCCIÓN			\$ 13,900.00
Gastos de administración			
Página web	1	\$ 11,000.00	\$ 11,000.00
Pago de seguro*	1	\$ 1,750.00	\$ 1,750.00
TOTAL DE GASTOS DE ADMINISTRACIÓN			\$ 1,750.00
Gastos de venta			
Publicidad	1	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00
Internet	1	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
TOTAL DE GASTOS DE VENTA			\$ 7,000.00
TOTAL DE CAPITAL DE TRABAJO			\$ 226,250.00
TOTAL DE LA INVERSIÓN INICIAL			\$ 305,250.00

	CAPITAL SOCIAL (LO QUE PONES TU)	\$ 61,050.00
	REQUERIMIENTO DE FINANCIAMIENTO	\$ 244,200.00
	FINANCIABLE (REQUERIMIENTO DE FINANCIAMIENTO- CAPITAL DE TRABAJO)	\$ 117,950.00

Políticas

- Aportar soluciones a las necesidades de los alumnos y egresados que participen en los diferentes cursos que se brindarán.
- Fomentar la capacitación y la certificación en temas de nutrición, alimentación y salud.
- Contribuir con la formación de generaciones de profesionales calificados y certificados para sus competencias profesionales.
- Manejar distintas formas de pago, de manera que el usuario se sienta con la confianza de iniciar cursos en la academia.
- Brindar cursos de temáticas actuales, siempre con información actualizada y de vanguardia, ofreciendo horas curriculares y avales de renombre.
- Ofrecer a las instituciones aliadas confianza, entornos amigables y seguridad laboral.
- Valorar las leyes que nos rigen por encima de lo económico y las oportunidades de mercado.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se analizaron a 43 nutriólogos de la Jurisdicción Sanitaria Toluca por medio de un cuestionario de autoevaluación, a la par, se verificaron las supervisiones realizadas por el departamento de nutrición y finalmente la percepción que tienen los usuarios del servicio de nutrición en dos momentos (marzo y septiembre 2020) por medio de la Encuesta de Satisfacción y Trato Digno (ESTAD).

Es importante mencionar que solo dos nutriólogas cuentan con base y tres con regularización, el resto son contratos y pasantes. Dentro de la institución no existen incentivos laborales ni premios por el buen desempeño, además de que los sueldos se mantienen sin aumentos desde hace años, es importante decir, que algunos nutriólogos están contratados como Técnicos en Nutrición, pero en el Instituto, es muy difícil competir por una plaza de Nutricionista. Para el personal de contrato no existen becas para profesionalización, y el Instituto solo promueve algunos diplomados para el personal, pero la mayoría dirigidos a inclusión o desarrollo humano, además de esto, en las escuelas no existen especialidades ni diplomados dirigidos a la formación de nutriólogos en el primer nivel de atención. La especialidad en salud pública de la facultad de medicina solo permite que al finalizar se certifiquen médicos sin incluir a los demás profesionales de la salud. Por lo tanto, se debe promover que el personal sea capacitado; buscar alianzas con centros educativos que ofrezcan profesionalización en el primer nivel de atención, ya que el área de la salud está en constante actualización, y para brindar una atención de excelencia se debe contar con personal altamente calificado.

Existen centros de salud que llevan años sin remodelación y no cuentan con los consultorios suficientes ya que en el pasado solo se consideraba contratar al núcleo básico de salud (Médico, enfermera y técnico en atención primaria a la salud) y en la actualidad se han formado equipos multidisciplinarios, por lo que se debe apoyar mucho más al nutriólogo por parte de la Institución, en gestionar espacios dignos y proporcionarles el material necesario para ofrecer el servicio de consulta, proponer iniciativas en las que se considere al personal de nutrición como parte esencial del equipo de salud y se brinde seguridad laboral con la generación de bases o regularizaciones, además de los aumentos de sueldo o incentivos por el buen desempeño, de esta manera el personal se encontrará más motivado para realizar su trabajo.

Los nutriólogos a pesar de que refirieron conocer las normas, no las aplican, de acuerdo a los resultados del diagnóstico hecho por el supervisor, y una de las razones que mencionan es porque no cuentan con el conocimiento de las normas, por lo que se deben comprometer a utilizar los compendios a través de un archivo vía celular que existe para su sencillo uso o acudir al departamento normativo en caso de no tener forma de acceder a la información normativa, ya que en demasiadas ocasiones se les ha invitado a apearse a los lineamientos por medio de invitación verbal, circulares y supervisiones. En el departamento de nutrición se deben revisar las estrategias que se han tomado hasta ahora y tratar de mejorar las capacitaciones o implementar alguna otra estrategia como conseguirles becas o cursos que puedan realizar referentes a la atención de pacientes en el primer nivel de atención.

La productividad de los nutriólogos depende de la pirámide poblacional y de la interconsulta, la demanda debería de aumentar debido a la creciente epidemia de sobrepeso y obesidad que conlleva a enfermedades crónico-degenerativas además de otros padecimientos, por lo tanto, el departamento de nutrición debe tomar estrategias en el cálculo de metas de cada nutriólogo y fomentar la interconsulta ya que a pesar de que se han hecho oficios a los médicos la mayoría no realiza la derivación del paciente al nutriólogo. Para concientizar a la población para acudir al servicio, las enfermeras, el personal técnico, y promotores de salud además de los mismos nutriólogos realizan capacitaciones sobre alimentación y hábitos de vida saludables en los que se promueve la consulta.

El estudio, además arrojó resultados en cuanto a la calidad de la consulta desde el punto de vista del usuario en dos momentos, al inicio de la pandemia por SARS-COV2 (marzo 2020) y 6 meses después. En la primera medición los usuarios no estaban satisfechos en su totalidad, sin embargo, en la segunda medición las calificaciones sobre la atención disminuyeron demasiado, lo cual es un efecto colateral de la pandemia, la cual continua y no acabará en los próximos meses, por lo que es necesario que se establezcan las estrategias necesarias para mantener la calidad en la consulta y la atención nutricia a pacientes subsecuentes y para prevención y tratamiento de SARS-COV2 debido a las indicaciones dietéticas, suplementación de micronutrientes para el mantenimiento y mejora del sistema inmunológico o para administración de dietas poliméricas en pacientes con dificultad respiratoria que no se alimentan correctamente, además de la consejería y

orientación para evitar prácticas de riesgo debido a la desinformación como la toma de sustancias tóxicas como el dióxido de cloro.

Para finalizar, la consulta de nutrición debe continuar ya que en el primer nivel de atención los nutriólogos son un pilar fundamental para la salud de la población, sin embargo, existen varios puntos en los que el instituto debe poner mucha atención, como son las condiciones en las que se labora que incluye las instalaciones, los espacios, los sueldos, el tipo y seguridad de los contratos, la falta de apoyo para realizar estudios, la falta de incentivos por el buen desempeño, las pocas interconsultas y el fomento de trabajo en equipo del núcleo del centro de salud. Pero, por otra parte, el nutriólogo debe mejorar su actuar en la atención a los pacientes, el uso de guías y normas es una base para homogeneizar la atención y evitar iatrogenias, estos documentos están en constante actualización por lo que es vital leerlas continuamente.

Es por todo esto que se establece como propuesta la apertura de una organización que brinde capacitación constante enfocada a la salud pública, al gremio de nutrición ofreciendo no solo un sistema educativo apegado a los retos actuales, sino que además certifique nutriólogos en este tema, el cual incluye el manejo de documentos normativos en la consulta, entre otros tópicos. De ser así, se podrían certificar a todos los nutriólogos que trabajan con pacientes en el primer nivel y que tienen como misión principal tratar enfermedades de manera que eviten complicaciones y se fomente la prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdo, J. M. (2016). Guías de práctica clínica: ¿cuál es su utilidad real? *Revista de Gastroenterología de México*. 81 (3), (119-120)
- Alcocer, J. (2019). *Plan Nacional de Salud 2019-2024*. Secretaría de Salud México. México.
- Alles, M. (2005). *Desempeño por competencias. Evaluación 360º*. México. Ed. Garnica.
- Alveiro, C. (2009). Evaluación del desempeño como herramienta para el análisis del capital humano. *Revista Científica "Visión de Futuro"*. 11(1), 1-22.
- Arias, J.C., Hidalgo, C.J. e Hidalgo, H.E. (2019). Utilidad de guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*. 58 (1), 1-10 e980.
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J. y Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*. 43(5) 464-477.
- Barrera, A., Viniegra, A. Valenzuela, A.A. Torres, L. Dávila, J. (2016). Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(1).
- Bengoa, J. (2003). Historia de la nutrición en Salud Pública. *Revistas anales de la nutrición*. Venezuela. 16(2), 85-96.
- Bourgues, H., Bengoa, J.M: y O'Donnell, A.M. (Coord.) (2012). *Historias de la Nutrición en América Latina*. México. Venezuela: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN).
- Brazolotto, S. (2012). *Aplicación de la evaluación del desempeño por competencia a las organizaciones*. Chile: Facultad de Ciencias Económicas.
- Cano, A. (2006). *La supervisión profesional*. Argentina: Lumen.
- Caperán J. (2013). *Evaluación 360º*. México. Enterprise Talent.
- Cárdenas, M. (2019) Progres-Oportunidades-Prospera. A veinte años de su creación. México. CONEVAL.
- Carreón, V. (2018). *Infraestructura y cobertura universal en salud*. México. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Casanueva, E. (2012). *Nutriología médica*. México: Ed. Panamericana
- Casariago, E. y Costa, C. (2019) ¿Qué son y para qué sirven las GPC? España: Fisterra. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>
- Castiglioni, S. (2009) Normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

- Castillo, J. L. (2015) La siempre vigente necesidad de formación de grado y posgrado en salud pública y nutrición: la experiencia de México. México. AMMFEN. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-106/>
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones*. México. Mc Graw Hill.
- Chico, E. (2011). La evaluación al desempeño y su influencia en el nivel de satisfacción de los colaboradores de las áreas de apoyo y desarrollo empresarial, de la Agencia de Desarrollo Económico Conquito Matriz. Tesis. Psicóloga Industrial. UCE. Quito-EC.
- Chruden, A. y Sherman, A. (2002). *Administración de personal*. 5ª ed. México: Compañía Editorial Continental.
- Cohen, E. y Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI Editores.
- Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CONAMED) (2019). *Lineamientos generales para la seguridad del paciente hospitalizado*. https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/lineamientos_seguridad_paciente
- Comisión Económica para la América Latina (CEPAL) (2016). *Plan para la seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre de la CELA 2025. Una propuesta para seguimiento y análisis*. ONU. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39838/1/S1600016_es.pdf
- Consejo de Salubridad General (CSG) (2018). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2020a). *El Progreso-Oportunidades-Prospera. A 20 años de su creación*. México. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2020b). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Estado de México. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobrez_a_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Mexico_2020.pdf
- Corral, F. (2007). *Evaluación del desempeño*. Perú. EOI América. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/componente48239.pdf>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) (2019). *Indicadores de Salud* Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad_salud.html

- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) (2018). INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2018). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- FAO (2011). Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria.
<http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>
- Flores, M. (2010). *Manual de Organización tipo del centro especializado de atención primaria a la Salud* (CEAPS). México. ISEM.
- Forbes, México (2020). Cada mexicano desperdicia 158 kilos de comida al año.
<https://www.forbes.com.mx/cada-mexicano-desperdicia-158-kilos-de-comida-al-ano/>
- García, M., Ráez, L., Castro, M., Vivar, L. y Oyola, L. (2003). Sistema de Indicadores de Calidad. *Datos Industriales*. 6(2), 63-65.
- García, S. (2015). La evaluación de competencias laborales. Sevilla. *Revista Educación* XXI, 10(8), 83-106
- Gary, D. (2009). *Administración de Recursos Humanos*. México. Ed. Prentice Hall.
- Gobierno de México (2019). *Guías de práctica clínica. Catálogo maestro*. http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223
- Gobierno de México (2019). Plan Nacional de Desarrollo (PND). CDMX, 30 de abril de 2019. <https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf>
- Gobierno del Estado de México (GEM) (2017). Plan de Desarrollo del Estado de México (PDEM) 2017-2023. http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/GEM/2017-2023/Plan_de Desarrallo_2017-2023 .pdf
- Gobierno del Estado de México (GEM). Gaceta de Gobierno, Periódico Oficial. Expedición de la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, publicado en la Gaceta del Gobierno el día 10 de agosto de 2018. Lunes 31 de diciembre de 2018.
- Gómez, J (2019) *Catálogo de Recursos Gastronómicos de México*. Patrimonio Cultural y Turismo. México: CONACULTA.
- Gómez, Y. y Velázquez, E.B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria (RDU)*. 20(1). Enero-febrero.
DOI: <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>

- Gómez-Mejía, L., Balkin, D.B. y Cardy, R.L. (2005). *Dirección y Gestión de Recursos Humanos*. 5ª ed. España: Pearson/Prentice Hall.
- González, A. y González, R.A. (2008). Diseño de un sistema de gestión de la calidad con un enfoque de ingeniería de la calidad. *Ingeniería Industrial*. XXIX (3), 1-6.
- González, T (2017). Nutrición y ciencia de los alimentos, con el reto de combatir la obesidad. México. Universidad Iberoamericana. <https://ibero.mx/prensa/nutricion-y-ciencia-de-los-alimentos-con-el-reto-de-combatir-la-obesidad>
- Hernández, A. (2009). Gestión de la calidad y gestión del conocimiento. *Boletín Científico Técnico INIMET*, (2), 28-33.
- Hernández, F., Alcántara, M.A. y Aguilar, M.T. (2011). Niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud en el marco de la planeación estratégica del sector público. *Revista CONAMED*. 16(4), 188-198.
- Huesca, L. (2016). El programa de apoyo alimentario y la política social integral en la Cruzada contra el Hambre en México. México: Fundación Konrad Adenauer.
- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) (2018). Proyecto integración y estandarización de los procesos de atención en materia de nutrición. Jurisdicción Sanitaria Toluca.
- ISOTools (2015). Tecnología y Gestión. México. DOI: https://www.isotools.org/?gclid=CjwKCAiAjeSABhAPEiwAgfxURRNUgQbICTvIPjZDOdpiQ_bgPz2PiGOhrr7gnyB28NWeCi0Rx02UlhoC92kQAvD_BwE
- Juárez, J.O. (2018). *Administración y Evaluación del Desempeño del Personal*. CDMX: Dos Consultores, S.A. de C.V.
- Karam, D. (2010). Compendio de Normas Oficiales Mexicanas sobre el Derecho a la Protección de Salud. México. IMSS, CNDH.
- Kurczyn, P. (2019). Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confidencialidad. *Revista de la Facultad de Derecho de México*. LXIX (273), enero-abril. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2019.273-2.68634>
- Landaeta, M. (2012). *En torno al desarrollo de la alimentación y nutrición*. Venezuela. Nutricia, Bagó.
- Landero, R. y González, M. (2009). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. Trillas: México
- Legetic, B (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y Caribe. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS).

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>

- López, J.A., *et al* (2020). Modelo de evaluación del desempeño y plan de formación para una empresa distribuidora y comercializadora de calzado. *Revista Espacios*. 41(7), 1-13.
- López, R. y Gallardo, E.D. (2014). Las políticas alimentarias de México: un análisis de su marco regulatorio. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 17(1), 11-39.
- López, R. y Sandoval, S.A. (2018). La seguridad alimentaria en México: el reto inconcluso de reducir la pobreza y el hambre. *Espacio abierto*. 27(1).
- Lupa, S. (2015). La relevancia del expediente clínico. *Revista Anales Médicos ABC*. 60(3), 237-240.
- Macías, G. (2008). La perspectiva de las y los estudiantes sobre las competencias profesionales demandadas por los empleadores. *Revista Académica de Economía*. 1-23. <https://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2008/mggg.htm>
- Macinko, J. (2011) *Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los sistemas de salud: Diagnóstico, herramientas e intervenciones*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Manual de Oslo (2006). *Guía para la recogida e interpretación de datos sobre innovación*. 3ª ed. OECD, European Commission, EuroStat y Tragsa: España
- Masso, F. y Mazari, I. (2018). Retos y propuestas para medir calidad en los servicios de salud. En: *Memorandum para el presidente (2018-2024)*. México. IMCO. <https://imco.org.mx/indices/memorandum-para-el-presidente-2018-2024/capitulos/lograr-una-sociedad-mas-sana-y-equitativa/retos-y-propuestas-para-medir-la-calidad-en-los-servicios-de-salud>
- Mejía, A. y Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39, 832-842.
- Nava-Gómez, *et al* (2011). Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud de Morelos, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 19(2), 91-98.
- Narro, J. (2018). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. México. Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General.
- Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Secretaría de Salud. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010 (2010). México, Secretaría de Salud. SSA.

- Nutrir México (2018). “Los y las nutriólogos somos más necesarios que nunca. La nutrición une”. <https://www.facebook.com/nutrimex/posts/2533234313627844/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2018). La Agenda 2030 y los objetivos del Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Francia: OMS
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). La investigación en seguridad del paciente. Francia: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). El desafío de la Nutrición. Soluciones desde los Sistemas de los Alimentos. Diseño de las Naciones Unidas, acción sobre la nutrición.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México.
- Orozco y Villa, L.H. (2010). ¿Qué son las normas oficiales mexicanas? Revista Nexos. Junio 3. <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/?p=324>.
- Polanco, Y.V. (2013). El proceso administrativo de recursos humanos. Enfoque hacia los expatriados. *Análisis Económico*. XXVIII (67), 77-91.
- Rivera, J.A., Hernández, M., Agilar, C.A., Vadillo, F. y Murayama, C. (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. México: UNAM.
- Robledo, Z. (2019). “En materia de salud hay que dar pasos decididos, sortear las tormentas y vencer las resistencias”. Titular del Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado. 12 de septiembre de 2019. <https://www.gob.mx/imss/prensa/170045>
- Rosas, P. (2014). Desarrollo de infraestructura y crecimiento económico. Chile. CEPAL, Naciones Unidas.
- Rubio, B. (2019). Inseguridad alimentaria y políticas de alivio a la pobreza, una visión multidisciplinaria. UNAM. México.
- Rubio, R. (2017). América latina y su necesidad de infraestructura. México: Asociación Latinoamericana del Acero (ALACERO).
- Ruelas, B. (2014). Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad en el primer nivel. México: ISSSTE, SSA.
- Ruelas, E. y Poblano, O. (2015). Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. 2ª ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Sánchez, J. y Calderón, v. (2012). Diseño del proceso de evaluación de desempeño del personal y las principales tendencias que revisan su auditoría. *Pensamiento & Gestión*. 32(10), 54-82
- Saturno, P. (2014). Calidad en el Primer Nivel de Atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Secretaría de Gobernación (2018). Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Diario Oficial de la Federación del 8 de septiembre de 2017. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
- Secretaría de Gobernación (2019). Diario Oficial de la Federación. Edición 12. 12 de julio de 2019. file:///C:/Users/lizdz/Downloads/12-07-2019-Matutina%20(2).pdf
- Secretaría de Gobernación (2020). Decreto por el que se declara reformados los artículos 4o. y 73o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Juventud. Diario Oficial de la Federación. 24/12/2020. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608665&fecha=24%2F12%2F2020
- Secretaría de Salud (2015). *Normas Oficiales Mexicanas*. <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Secretaría de Salud (2018). *Guía operativa de Aval Ciudadano*. Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación ciudadana en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/aval_ciudadano_guia_operativa2018.pdf
- Secretaría de Salud (2019). *Un Aval Ciudadano por Centro de Salud y Hospital*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval_ciudadano.html
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) (2012). *Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades* (CENAPRECE). México.
- Secretaría de Salud. (2020). Dirección General de Calidad y educación en Salud (DGCES). <http://www.calidad.salud.gob.mx/>

- Secretaria de Salud. (2020). Programa Nacional de Salud (PNS). 2020-2024.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf
- Secretaria de Salud. (2020). Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD).
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/encuesta_satisfaccion_trato_digno.html
- Servitec Medioambiente, S.L. (2015). Informe de Progreso 2015. The Global Compact.
http://servitecma.com/wp-content/uploads/2015/07/COP_SERVITEC-MEDIOAMBIENTE_20151.pdf
- Siegel, S. y Castellan, N.J: (2003). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Treviño (2016). Los inicios de la nutrición mexicana. <https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/Los-Inicios-De-La-Nutricion-Meexicana/421778.html>
- Tudela, V (2005) Perfil del Licenciado en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. La evolución del plan de estudios de la licenciatura en nutrición y ciencias de los alimentos de la universidad Iberoamericana y su relación con la trayectoria laboral de sus egresados. México. Universidad Iberoamericana.
http://ri.iberomx/bitstream/handle/iberomx/1236/014609_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vázquez P. (2010). *La feminización de las profesiones sanitarias*. Madrid: Fundación BBVA
- Serrano, A. (2015). La participación ciudadana en México. Estudios Políticos. México.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162015000100005
- Wayne, R. (2005). *Administración de Recursos Humanos*. México: Ed. Prentice-Hall Hispanoamérica,
- Werther, W. (2008). *Administración de Recursos Humanos: el capital humano de las empresas*. México: Mc Graw Hill.

ANEXO 1 Cuestionarios aplicados

SECRETARÍA DE SALUD		SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		Formato FI/II CE-E																						
<b style="font-size: 24px; vertical-align: middle;">SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>								CONSULTA EXTERNA																						
Sección I Datos del Establecimiento.																														
Nombre del Establecimiento: _____		CLUES del Establecimiento: _____				Institución: _____																								
Estado: _____		Municipio: _____		Localidad: _____																										
Fecha: _____		Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre				Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano																								
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																														
INSTRUCCIONES:																														
1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado.																														
2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.																														
Sección II Datos del entrevistado		Entrevistado																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total			
Turno de atención	a) Matutino																													
	b) Vespertino																													
	c) Nocturno																													
	d) Jornada Especial																													
Sexo	a) Mujer																													
	b) Hombre																													
Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INSABI																													
	b) IMSS																													
	c) IMSS Bienestar																													
	d) ISSSTE																													
	e) SEDENA																													
	f) SEMAR																													
	g) PEMEX																													
	h) DIF																													
	i) Otro																													
	j) Ninguno																													
El entrevistado es:	a) Paciente																													
	b) Acompañante																													
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años																													
	b) Entre 16 y 24 años																													
	c) Entre 25 y 44 años																													
	d) Entre 45 y 65 años																													
	e) Mayor a 65 años																													
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total			
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Si (pasar a la pregunta 2)																												
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)																												
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Psicólogo/Nutriólogo/Dentista/Odontólogo																												
		b) Personal de Enfermería																												
		c) Personal de Recepción																												
		d) Personal de Archivo Clínico																												
		e) Personal de Trabajo Social																												
		f) Personal de Laboratorio																												
		g) Personal de Rayos X																												
		h) Personal de Farmacia																												
		i) Personal de la Caja																												
		j) Personal de Vigilancia																												
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular																												
		l) Personal de Vigilancia de Derechos																												
		m) Personal del Módulo de Incapacidades																												
		n) Personal de Limpieza																												
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si																												
		b) No																												
		c) No aplica																												

Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
3	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí b) No c) No acudio a consulta (pasar a la pregunta 13)																											
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No																											
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos																											
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados																											
7	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No																											
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Sí b) No c) No cobran																											
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí b) No																											
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos																											
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí b) No																											
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1) b) No (pasar a la pregunta 13)																											
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No																											
13	En relación a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron c) No se los dieron d) No le recetaron e) Tendrá que comprar alguno(s) f) No aplica																											
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho)																											
Sección IV Firmas																													
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional														Nombre y firma del Responsable del Establecimiento															
Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____														140 encuestas para MI en Unidad Urbana o 96 encuestas para MI en Unidad Rural o 140 encuestas para AC en Unidad Urbana o 36 encuestas para AC en Unidad Rural															
Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____														Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa = $\frac{CE}{(EH + CE + AU)}$ x _____ = _____															
Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____																													
* MI: Monitor Institucional * AC: Aval Ciudadano																													

ANEXO 2 Correlaciones

Cálculo de correlaciones (ji cuadrada) entre las características de una consulta externa de calidad (mediciones en marzo y septiembre) y la evaluación del cumplimiento de NOM y GPC por parte del supervisor y desde la autopercepción del nutriólogo

Atención respetuosa durante la visita a la unidad médica (marzo 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

	<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Atención con respeto en la consulta (marzo 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
				SI	NO		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	27	16	*		
		NO					
	Conocimiento de las GPC	SI	26	15	.147	.702	
		NO	1	1			
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	24	13	.488	.485	
		Nunca y casi nunca	3	3			
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	20	12	.005	.046		
	Nunca y casi nunca	7	4				
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	15	7	.560	.454	
		NO	12	9			
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	19	9	.882	.348	
		NO	8	7			

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Atención respetuosa durante la visita a la unidad médica (septiembre 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

Evaluación Cumplimiento Categoría Atención con respeto en la consulta (septiembre 2020) X² Sig

	Cumplimiento	Categoría	Atención con respeto en la consulta (septiembre 2020)		X ²	Sig
			Muy satisfecho	Regularmente satisfecho		
Autopercepción del nutriólogo	Conocimiento de las NOM	SI	23	20	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	23	18	2.412	.120
		NO		2		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	21	16	1.139	.286
		Nunca y casi nunca	2	4		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	18	14	.383	.536	
	Nunca y casi nunca	5	6			
Evaluación del supervisor	Conoce y aplica la NOM 043	SI	14	8	1.865	.172
		NO	9	12		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	19	9	6.661	.010
		NO	4	11		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)

Sig p < 0.05

Explicaciones fáciles de entender durante la consulta (marzo 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Explicaciones fáciles (marzo 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
			SI	NO		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	20	23	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	20	21	1.824	.177
		NO	0	2		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	19	18	2.497	.114
		Nunca y casi nunca	1	5		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	16	16	.612	.434	
	Nunca y casi nunca	4	7			
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	11	11	.220	.639
		NO	9	12		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	15	13	1.608	.205
		NO	5	10		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Explicaciones fáciles de entender durante la consulta (septiembre 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Explicaciones fáciles (septiembre 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
			SI	NO		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	15	28	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	15	26	1.124	.289
		NO	0	2		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	14	23	1.019	.313
		Nunca y casi nunca	1	5		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	13	19	1.815	.178	
	Nunca y casi nunca					
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	8	14	.043	.835
		NO	7	14		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	13	15	4.710	.030
		NO	2	13		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Tiempo suficiente durante la consulta (marzo 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Tiempo suficiente de consulta (marzo 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
			SI	NO		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	42	1	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	41	0	20.988	.000
		NO	1	1		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	36	1	.166	.684
		Nunca y casi nunca	6	0		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	32	0	2.978	.084	
	Nunca y casi nunca	10	1			
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	22	0	1.073	.300
		NO	20	1		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	28	0	1.911	.167
		NO	14	1		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Tiempo suficiente durante la consulta (septiembre 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Tiempo suficiente de consulta (septiembre 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
			SI	NO		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	12	31	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	12	29	.812	.368
		NO	0	2		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	10	27	.102	.749
		Nunca y casi nunca	2	4		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	7	25	2.262	.133	
	Nunca y casi nunca	5	6			
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	9	13	3.785	.052
		NO	3	18		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	10	18	2.432	.119
		NO	2	13		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Nivel de satisfacción con la atención recibida en la consulta (marzo 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

<i>Evaluación</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Categoría</i>	<i>Satisfacción con la atención recibida en la consulta (marzo 2020)</i>		<i>X²</i>	<i>Sig</i>
			Muy satisfecho	Regularmente satisfecho		
<i>Autopercepción del nutriólogo</i>	Conocimiento de las NOM	SI	31	12	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	30	11	.509	.476
		NO	1	1		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	28	9	1.692	.193
		Nunca y casi nunca	3	3		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	24	8	.525	.469	
	Nunca y casi nunca	7	4			
<i>Evaluación del supervisor</i>	Conoce y aplica la NOM 043	SI	17	5	.661	.438
		NO	14	7		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	21	7	.337	.561
		NO	10	5		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05

Nivel de satisfacción con la atención recibida en la consulta (septiembre 2020) y el cumplimiento de documentos normativos del nutriólogo

Evaluación Cumplimiento Categoría Satisfacción con la atención recibida en la consulta (septiembre 2020) X² Sig

			Muy satisfecho	Regularmente satisfecho		
Autopercepción del nutriólogo	Conocimiento de las NOM	SI	9	34	*	
		NO				
	Conocimiento de las GPC	SI	9	32	.555	.456
		NO	0	2		
	Uso de las NOM	Siempre y muy frecuente	9	28	1.84	.174
		Nunca y casi nunca	0	6		
Uso de las GPC	Siempre y muy frecuente	7	25	.067	.795	
	Nunca y casi nunca	2	9			
Evaluación del supervisor	Conoce y aplica la NOM 043	SI	7	15	3.227	.072
		NO	2	19		
	Conoce y aplica la NOM 004	SI	8	20	2.932	.092
		NO	1	14		

* No se calcula X² porque es una constante (todos conocen las NOM)
Sig p < 0.05