

Universidad Estatal a Distancia
Sistema de Estudios de Posgrado
Escuela de Ciencias Exactas y Naturales
Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible
Con Mención en Gerencia de Servicios de Salud

PROYECTO DE INVESTIGACION

**“Evaluación de la Calidad de Atención de los pacientes Diabéticos a través del análisis de los indicadores de atención integral incluidos en el Compromiso de Gestión”
Área de Salud N°3 Desamparados
Años 2000-2001**

Realizado por:
Liseth Serrú Díaz
Ana Isela Navarrete Fajardo

Tutora: M.Sc.Grace Yung Li

San José, Octubre 2002

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus es un problema de Salud Pública en el mundo, que se ha incrementado durante las últimas décadas. El diagnóstico temprano reviste vital importancia, pues con un manejo integral es posible evitar y reducir la gravedad de las complicaciones.

El reto de las instituciones de salud en Costa Rica es brindar una atención de calidad, por ello se hace necesario contar con una normativa que permita garantizarla sobre la base de criterios predeterminados de racionalidad lógica, científica, oportunidad con suficiencia, integralidad y atención humanizada. Toda norma incluye aspectos tendientes a ofrecer una atención de alta calidad; y puede ser objeto de posteriores adecuaciones para su operativización, de acuerdo a los recursos con que cuentan las diferentes áreas de salud así como de sus prioridades.

En 1993, la Caja Costarricense de Seguro Social elaboró el Manual para el tratamiento de la DMNID¹ como resultado de una adaptación del manual realizado por el grupo de política Europea de la DMNID y la Región Europea de la Federación Internacional de Diabetes. El manual abarca aspectos de tamizaje, diagnóstico, control y autocontrol, educación y tratamiento para el diabético no insulino dependiente, resultando ser un instrumento valioso para la planificación local, que incluye el control y la evaluación.

¹ DMNID= Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente

En los últimos cinco años el interés de las autoridades institucionales se ha dirigido a fortalecer los servicios de salud en los campos preventivo y curativo, como una respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población². Para lograr este propósito se han formulado una serie de estrategias que pretenden mejorar la estructura organizacional y funcional del sistema, dentro de éstas se encuentran los denominados “Compromisos de gestión”, que permiten alcanzar altos índices de productividad, mayor calidad en la atención y la satisfacción de nuestros usuarios portadores de diabetes.

Por lo dicho anteriormente este trabajo de investigación tiene por objetivo analizar si el Compromiso de Gestión resulta ser una herramienta útil y eficaz en la evaluación de políticas y programas de calidad y que además, cumpla un papel preponderante en la calidad de la atención, basada en las necesidades de salud de la población diabética del Área de Salud N°3 Desamparados.

² Compromiso de Gestión 2002. Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Costa Rica 2001. 24pgs.

CAPITULO I MARCO CONTEXTUAL

1.1. ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad universal y ampliamente distribuida en todo el mundo, que compromete en la actualidad a 143 millones de personas, cifras cinco veces más elevada que la reportada para los inicios de los ochenta y la proyección, para el año 2025 será, trescientos millones de individuos que sufrirán de esta enfermedad³.

La prevalencia Mundial de la Diabetes Mellitus alcanza cifras de hasta el 6%, siendo un 90% portadores de la Diabetes Tipo 2 y un 10% de Diabetes Tipo 1. En lo que se refiere a la Diabetes Tipo I, su relevancia en individuos menores de 20 años es de 0.1-0.2%, al tiempo que su incidencia, valorada generalmente por registros hospitalarios, oscila en poblaciones caucásicas entre 8/100 000 y 30/100 000 habitantes. Esta incidencia parecía, en principio, guardar en Europa un gradiente norte/sur, con valores altos en países escandinavos (Finlandia: 28.6/100 000) y más bajos en países mediterráneos (Francia: 3.7/100 000), si bien se han podido comprobar cifras elevadas en otros lugares de la cuenca mediterránea, como en Cerdeña (30.2/100 000). En España, los estudios de incidencia han mostrado una tasa de 10.9/100 000. En Estados Unidos, las cifras de prevalencia alcanzan el 6.6%

³ García de los Ríos, Manuel. 1992. Diabetes Mellitus. Fundación de Investigación y perfeccionamiento, 29p

siendo superior en hispanos (mexicanos) y negros que en caucásicos, evidente fruto de influencia genética. Existen valores extremos, como entre los esquimales (1.9%) y los indios tabascos en Alaska (1.4%), frente a los indios Pima en Arizona (40%) y los indígenas Nauru en Micronesia (30.3%). Es obvia la influencia ambiental, comprobada por la mayor frecuencia de diabetes en ciertas poblaciones emigrantes en relación con el país de origen (p.ej. japoneses de Hawai)⁴.

La Diabetes Mellitus se considera entre la cuarta y la octava causas de muerte en países desarrollados. El índice de mortalidad con respecto a la población general es 4 a 7 veces superior en los individuos con Diabetes Mellitus Tipo I y 2 a 3 veces superior en aquellos con Diabetes Mellitus Tipo II.⁵

En Costa Rica el número absoluto de defunciones varía año con año, con un mínimo de 181 defunciones en 1985 y un máximo de 442 en 1996, observándose claramente que en este período la muerte por esta causa ha aumentado en un 40.5%. La edad promedio de muerte se ha incrementado en los últimos años, para 1985 la edad de muerte fue de 64 años mientras que para 1996 fue de 67 años. Estos datos varían con relación al sexo, donde se observa que las mujeres presentan una edad de muerte superior comparada a la de los hombres, la diferencia con hombres y mujeres fue de 1.4 años⁶.

⁴ Report of the expert Comité on the diagnosis and clasification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Vol 20, Num 7, Jul 1997.

⁵ Op.Cit.

⁶ Diabetes Mellitus en Costa Rica: Un análisis interdisciplinario . Serie de documentos técnicos INCIENCIA. Tres Ríos, Costa Rica Agosto 1999.

Según la mortalidad por causa específica en Costa Rica, interesa señalar que las manifestaciones renales son la causa específica que aportan la mayor proporción de defunciones en la categoría de muerte asociada a Diabetes, representando el 50% de las muertes en todos los años estudiados y cerca del 3% de todas las defunciones, mostrando una tendencia al aumento en los últimos años, más acentuada en las zonas urbanas.⁷

Con el fin de obtener la prevalencia de los pacientes diabéticos, en 1968 en nuestro país se realizó una investigación en individuos mayores de 10 años que acudieron a las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, y se reportó que la prevalencia por demanda de servicios era del 6.58 %. Del total de la población diabética en estudio el 59.8% eran mujeres; el 70.8% mayores de 40 años de edad y el 80.2% de estas personas detectadas no conocían de su enfermedad (Mora, 1969).

En 1989, Sáenz y colaboradores realizaron una encuesta con el fin de elaborar un diagnóstico del estado actual y tendencias de los servicios de salud para la Atención de enfermedades crónicas, en el cantón de Desamparados, por ser una zona de características urbanas, debido a que la diabetes se ha asociado al grado de urbanización de las organizaciones y a algunas condiciones ambientales de los mismos. La encuesta arrojó una prevalencia de 4.2% de Diabéticos, siendo

⁷ Op.Cit.

levemente inferior a la reportada en el estudio de Mora a nivel nacional (Sáenz, 1989)⁸.

En 1987 el costo anual de la atención del Diabético fue de \$20 400 millones y en 1992 de \$91 800 millones (Pérez-Comas, 1996). En ese mismo año, el monto representa el 5.8% del presupuesto en salud de los Estados Unidos, a pesar de que esta población solo constituye el 2.8% de los habitantes⁹.

En Costa Rica, la Diabetes consume un porcentaje considerable del presupuesto designado para atención de la salud. La compra de insulina e hipoglucemiantes representó el 2.56% del presupuesto de medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S., 1999). La Diabetes, dentro de un grupo de causas seleccionadas, generó los costos más altos de hospitalización, con un costo promedio para cada internamiento estimado en 550 464 colones (Morice, 1998). Por otro lado, esta enfermedad representó 3.57% de las consultas ambulatorias de la CCSS en 1997, la segunda de las consultas por especialista, representando el 3.72%, siendo una de las principales causas de egreso hospitalario (C.C.S.S.; 1999). En este sentido, la Diabetes Mellitus ha mostrado un aumento del 28% en la mortalidad en hombres y de 24% en mujeres¹⁰.

⁸ Diabetes Mellitus en Costa Rica: Un análisis interdisciplinario . Serie de documentos técnicos INCIENCIA. Tres Ríos, Costa Rica Agosto 1999.

⁹ Lebovitz, MD y Cols. Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones. Asociación Americana de Diabetes. 1997.

¹⁰ Morice, A. y otros, 1999. Diabetes Mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario. INCIENSA.

En los años 70 una baja cobertura de atención de los servicios generales definió claramente la prioridad de la atención primaria, como estrategia para la extensión de los servicios de salud, haciéndolos universalmente accesibles a todos los miembros de la comunidad, de forma que les resulte aceptable y motive su participación (Conferencia OMS-Alma-Ata, 1977¹¹)

Siguiendo el Plan estratégico que la Caja Costarricense de Seguro Social venía implementando desde 1984, el Área de Salud 1, 2 y 3 de Desamparados, inició entre los años 1999 y 2000, un programa de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Crónicas que buscó satisfacer “la integralidad, la atención personalizada y el enfoque biopsicosocial con una mayor disponibilidad y oportunidad, agregando además el componente de la participación social en la atención de la comunidad”; todo ello mediante la coordinación eficiente y eficaz de los niveles primario y secundario. Específicamente el modelo propuesto conlleva a la atención con las siguientes características: Integralidad, interdisciplinario, con enfoque de riesgo, oportuno, con maximización de los recursos existentes, eficiente y eficaz (expresado en cambios del perfil epidemiológico). Metodológicamente el programa prioriza su acción en la población meta, hipertensos y diabéticos. Población que presenta el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, en comparación con la población general.¹²

¹¹ Manual de Norma Técnicas Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus. Serie Paltex. OPS. 1984

¹² Asesoría EBAIS en el manejo de grupos de clientes externos con enfermedades crónicas. PROENCRO, San José, Costa Rica, 1998.

El eje coordinador de la atención integral entre los niveles lo establece el Programa de Enfermedades Crónicas (PROENCRO 1995) formado por un grupo interdisciplinario de especialistas, responsable de la planificación del programa.

En 1996, con la introducción de un sistema de asignación de recursos para los establecimientos de salud de la Caja, mediante compromisos de gestión, se intenta descentralizar la toma de decisiones de los diversos niveles, siendo está, otra condición favorecedora a la planificación basada en los Análisis de Situación de Salud geográfico-poblacionales. Sin embargo, la readecuación del modelo de atención en el nivel local, mediante la creación de los EBAIS y con la conformación del Área de Salud, trasciende la visión asistencial y desarrolla un papel más activo en la promoción de la salud, de manera que se facilite la adopción de conductas saludables en la población que debe atender¹³.

El Área de Salud N°3 de Desamparados en el año 2001, firma el compromiso de gestión como una búsqueda de la calidad y de una asignación de recursos más equitativa y justa, considerando además las necesidades de la población; sin dejar de lado el uso eficiente de recursos, como el nexo entre productividad y costos¹⁴.

A través del año 2001 se han venido generando acciones cuyo marco de referencia lo constituyen las metas establecidas en el

¹³ O.P.Cit.

¹⁴ Solís Guevara Lorena. Módulo de Evaluación: Compromiso de Gestión, San José Costa Rica año 2000.

Compromiso de Gestión, las cuales cubren aspectos de organización, de calidad y de prestación.

Dentro del contexto de metodologías de evaluación de calidad de la atención aplicables en los sistemas de salud, cobra particular relevancia el denominado método de trazadoras, que combina los enfoques, por un lado de proceso y resultado y, por el otro proporciona los medios para evaluar la calidad de la atención prestada por un sistema y recibida por una población definida; basada en los criterios de racionalidad, lógica-científica, de oportunidad, suficiencia, integralidad y atención humanizada. Por ello, se decide seleccionarla como una de las metodologías a aplicar en el Area de Salud¹⁵.

¹⁵ Comisión Nacional Condiciones Trazadoras. Ministerio de Salud. Costa Rica. Nov.1997

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El programa de Diabetes debe estar enmarcado dentro de las políticas y de los planes de salud de cada país y fundamentalmente debe adaptarse e integrarse a las estructuras administrativas propias de cada uno de ellos.

La Diabetes Mellitus es un problema de Salud Pública, que en Costa Rica ocasiona una alta tasa de mortalidad. Para 1997 la tasa de mortalidad alcanzó una cifra de 12.22 por 1000 habitantes y una pérdida de 7.06 años de vida por muerte prematura¹⁶.

Los costos que genera esta enfermedad son elevados y aumentaron durante las últimas décadas; provocando gastos considerables en los servicios de salud, derivados del tratamiento y el manejo de las complicaciones, así como el incremento de los costos asociados a la pérdida de productividad de las personas afectadas¹⁷.

Los Compromisos de Gestión se crearon con la visión de ser una herramienta útil y eficaz para la evaluación de diferentes programas de atención a los pacientes.

La base técnica del nuevo modelo de asignación de recursos, debe ser congruente con las necesidades de salud de la población diabética del Area de Salud de Desamparados y la producción de servicios.

¹⁶ Morice, A. y otros, 1999. Diabetes Mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario. INCIENSA, 55p

¹⁷ Op.cit.pg9

Con la finalidad de favorecer la Calidad de atención del paciente diabético en Atención Primaria, se crearon programas informáticos que facilitan la recolección y análisis de datos. En el Area de Salud N°3 de Desamparados se está implementando la automatización de los registros de información, por lo que en este momento se trabaja sobre sistemas de codificación que permiten evaluar la situación de los indicadores que se proponen.

Existen además el interés y la apertura para:

- Formación específica y continuada de todos los profesionales del equipo
- Trabajo en equipo: reparto de responsabilidades entre médicos, enfermeras, asistentes técnicas en Atención Primaria y personal de recepción.
- Protocolo consensuado y asumido por el equipo
- Consulta Programada
- Sistema de registro: Historia clínica, hoja de monitorización
- Accesibilidad y continuidad de cuidados para resolver los problemas y preguntas de los pacientes
- Programas estructurados de educación para la salud

Es por esta razón que el presente trabajo de investigación es factible y es viable; factible por cuanto se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para su implementación y viable, porque la inversión económica que se requiere para la aplicación del protocolo de investigación: “Evaluación de la Calidad de Atención de los pacientes diabéticos a través.....Compromiso de Gestión” no excede el presupuesto del Área de Salud asignado para el desarrollo del programa de enfermedades crónicas

El propósito del trabajo es evaluar si mejora la Calidad de atención al aplicarse los indicadores de atención integral incluidos en el Compromiso de Gestión en los pacientes Diabéticos del Área de Salud N°3 Desamparados atendidos en los años 2000-2001, de acuerdo a lo establecido en la Declaración de San Vicente.

Los aportes del trabajo a nivel académico y profesional son: el recomendar un grado mayor de formación y capacitación en los diferentes niveles de atención, que además sea equivalente entre todos aquellos profesionales de un mismo nivel, de manera que cubra las necesidades del paciente diabético; con homogeneidad en el grado de coordinación entre niveles asistenciales y entre los diferentes profesionales implicados; que además motive la creación de nuevas e innovadoras metodologías de trabajo; y que por último permitan tener acceso a todos aquellos recursos: Tecnología de información, Tecnología terapéutica y Tecnología diagnóstica.

A nivel institucional un programa de mejora continua de la calidad de la atención al paciente diabético en el ámbito de la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá un carácter descentralizado y simultáneo, con el que se pretende conseguir: el establecimiento de estándares para cada indicador y que además evalúe y compare los datos de cada EBAIS entre sí y con respecto a otras Áreas de Salud; así como recomendaciones para una mejor aplicación de las guías y adecuación de protocolos con indicadores válidos, que ayude a detectar los problemas a los que se enfrenta el personal de salud en las actividades de atención en el paciente diabético, tanto de organización como de estructura y de esta manera realizar propuestas de mejora de la calidad que redefinan indicadores de proceso y de resultados.

1.3. PLANEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

¿La aplicabilidad de los indicadores concentración de consulta, glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal y presión arterial, incluidos en el compromiso de gestión promueven una mejor calidad de la atención a los pacientes diabéticos del Area de Salud N°3 de Desamparados, de Enero del año 2000 a Diciembre del 2001?

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer si los indicadores glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal, fondo de ojo y tamizaje de pie diabético, incluidos en el compromiso de gestión promueven una mejor calidad de la atención a los pacientes diabéticos del Área de Salud N°3 de Desamparados, de acuerdo a la Declaración de San Vicente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.Determinar si los indicadores..... incluidos en el compromiso de gestión promueven a corto plazo el mejoramiento del control metabólico de los diabéticos

2.Comparar los indicadores incluidos en el Compromiso de gestión 2001 con los lineamientos establecidos en la Declaración de San Vicente, como parámetro de la calidad de atención brindada a los pacientes diabéticos del Area de Salud N°3 de Desamparados.

3.Diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención del paciente diabético considerando la influencia de las intervenciones a la luz del Compromiso de Gestión.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia como resultado de defectos en la secreción de insulina, defectos en la acción de la misma o ambas. La hiperglicemia crónica de la Diabetes está asociada con daños a largo plazo, disfunción y fallas en varios órganos especialmente ojos, riñones, nervios, corazón relativos a glicemia, perfil de lípidos e índice de masa corporal y vasos sanguíneos¹⁸.

Entre las causas a considerar en el desarrollo de la Diabetes tipo 1 se encuentran la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas con la consiguiente disminución de insulina y la del tipo 2 por anormalidades en la producción de insulina, así como por el resultado de la resistencia a la acción de la misma.

La epidemiología ha aportado información fundamental acerca de los posibles factores etiológicos de la diabetes y ha permitido conocer la magnitud del problema que plantea esta enfermedad e interesar y motivar a las autoridades de salud para poner en marcha planes y programas destinados a su tratamiento y control¹⁹.

La Diabetes Tipo 1 es poco común en recién nacidos y si bien puede aparecer en todas las edades, la mayor parte de los diagnósticos

¹⁸Lebovitz, MD y Cols. Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones. Asociación Americana de Diabetes. 1997.

¹⁹ García de los Ríos, Manuel. 1992. Diabetes Mellitus. Fundación de Investigación y perfeccionamiento, 29p

se establecen antes de los 30 años, con un máximo principal entre los 11 y 14 años.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es más frecuente en mujeres o en hombres según los países y aumenta con la edad del individuo. Su desarrollo se ve influido positivamente por diferentes factores: grado de la enfermedad, duración y tipo de obesidad (visceral o con índice cintura cadera elevado), inactividad física, dieta con elevado aporte calórico, diabetes gestacional previa, residencia en hábitat urbano, occidentalización en el tipo de vida en países en vías de desarrollo (sobreingesta, obesidad, sedentarismo). La incidencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 es difícil de valorar por el carácter solapado de su evolución, obteniéndose cifras aproximadas de hasta 250/100 000 habitantes, en países occidentales²⁰.

De las complicaciones más frecuentes debida a las Diabetes Mellitus se destacan la retinopatía, nefropatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular y ulceraciones en los pies.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. A pesar de haberse demostrado que un tratamiento y control óptimos pueden ser altamente beneficiosos para las personas con diabetes, aún los medios y la asistencia a los pacientes diabéticos distan mucho de alcanzar los niveles deseados.

²⁰ Levovitz, MD y Cols. Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones. Asociación Americana d Diabetes, 1997.

El sistema sanitario debe conseguir que la atención a las personas con Diabetes sea accesible, continuada, integral, eficaz y de buena calidad. Para lograr los objetivos de la Declaración de San Vicente²¹ se precisa el aprovechamiento de todos los recursos de atención disponibles, su racionalización y una coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles de atención.

Tradicionalmente se ha considerado que la prevención tiene tres niveles: La prevención primaria, que implica la reducción de la incidencia de la enfermedad por medio de la acción sobre los factores de riesgo; la prevención secundaria, la reducción de la enfermedad por medio de la detección temprana y tratamiento y la prevención terciaria, la reducción de la discapacidad producto de la enfermedad, por medio de la terapia y la rehabilitación.

La Atención Primaria juega un papel estratégico en la prevención primaria y secundaria en la atención a las personas con Diabetes, dada la accesibilidad, continuidad de cuidados, atención integral e integrada.

Son las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) las que más pueden beneficiarse de la oferta de servicios de Atención Primaria, ya que las características de los cuidados que precisan hacen de este nivel de asistencia el óptimo para llevarlos a cabo. No obstante, es importante tener en cuenta que en Atención Primaria deben cubrirse también

²¹ Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la Diabetes Tipo II en Atención Primaria. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996-2000

aspectos de tratamiento y seguimiento de las personas con cualquier tipo de diabetes, independientemente del nivel donde se esté llevando su proceso²².

²² Op.Cit. GEDAPS 2000

2.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En los últimos años la calidad de la atención ha venido a ocupar un lugar importante en la prestación de servicios de salud. Por tal razón, es necesario definir algunos conceptos que han venido incursionando en torno a la calidad:

Calidad: satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos, de tal forma que se logre el desarrollo integral y armónico del hombre, de la empresa y de la comunidad²³.

Control de calidad: conjunto de esfuerzos de los miembros de un país o de una empresa para mantener y superar los estándares, prestando el servicio adecuado a satisfacción completa del consumidor. Involucra al menos dos aspectos: el primero de ellos se relaciona con las cualidades propias de un servicio o un producto y su apego a los estándares de calidad predefinidos en la norma de atención a los pacientes. El segundo, tiene que ver con la capacidad del producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. Por lo tanto, la primera dificultad que deben enfrentar en la actualidad una institución pública o privada, es investigar la relación entre las necesidades de los clientes con sus productos o los usuarios con su oferta de servicios²⁴. Se distinguen dos tipos de calidad, absoluta y relativa. La primera se refiere

²³Merino C.Lucía. Diseño de Norma para evaluar la gestión de calidad de servicios públicos de salud. Tesis de licenciatura en Ingeniería Industrial: Universidad Internacional de las Américas. San José, 1992. pg 77

²⁴ Op. Cit.pg 52

a la concordancia entre el diseño y el producto final. La calidad relativa es la capacidad del producto para satisfacer la necesidad para la que fue creada²⁵.

Calidad Total: se refiere a la condición en que todos los miembros de una organización asumen la responsabilidad por preservar e incrementar la calidad del bien o servicio producido.

Control Total de Calidad: significa el conjunto de responsabilidades de todos los integrantes de una organización para la integración, el desarrollo, el aseguramiento y el mejoramiento de la calidad de un producto o servicio, afín de hacer posible su fabricación y comercialización a satisfacción completa del usuario y al precio más económico posible. El control total de la calidad descansa sobre tres pilares que le confieren su solidez: primero, el sistema de metrología, estandarización y normalización, luego el control estadístico de la calidad y por último la asistencia para el mercadeo (estudio de mercado, estudio de satisfacción al cliente, apoyo mercadotécnico, etc.)²⁶.

²⁵ Merino C.Lucía. Diseño de Norma para evaluar la gestión de calidad de servicios públicos de salud. Tesis de licenciatura en Ingeniería Industrial: Universidad Internacional de las Américas. San José, 1992. pg 77

²⁶ Fonseca Renauld y col. Calidad Total: Una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud. PROASA-ICAP. Costa Rica. Julio-Diciembre 1993. 75-85pgs

2.2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La calidad de la atención en salud tiene que definirse tanto a la luz de las normas técnicas del proveedor como a las expectativas del paciente y considerando el contexto local.

Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud: “Hacer lo correcto en la forma correcta de inmediato”. Esto según la definición más simple e integral que fue formulada por W.Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total²⁷.

Durante los últimos años, la preocupación de los administradores de Servicios de Salud, así como de los formuladores y analistas de las políticas públicas de salud se enfocó hacia tres tópicos fundamentales: el incremento acelerado de los costos de los servicios de salud, la equidad en el acceso a los mismos y su calidad tanto técnica como humana²⁸.

La necesidad de garantizar la calidad de los servicios de salud se fundamenta entonces en una serie de consideraciones entre las que cabe resaltar las siguientes: responsabilidad profesional por el mantenimiento y recuperación del estado de salud de los usuarios; así como la necesidad de lograr un uso más racional de los recursos, es

²⁷ Mejoramiento continuo de la calidad. Formación de facilitadores. Comisión Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad año 2000.

²⁸ Frenk Julio y Col. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud. Salud pública de México.Vol.30(3): 406, Mayo-Junio. 1998.

también una necesidad estatal, controlar la calidad de los servicios. La renovación del interés por la calidad en todos los campos del quehacer humano debe ir de la mano con la focalización hacia el cliente o usuario de los productos o servicios como una razón de ser de las empresas públicas y privadas²⁹

De esta forma los cambios ocurridos involucran una reinclusión de la perspectiva del cliente: se pasó de una preocupación del cumplimiento de los estándares de calidad por el producto, a la incorporación de la satisfacción de las expectativas del usuario.

Lo anterior provocó la ampliación del enfoque tradicional de calidad, pasando de una visión obtusa de la preocupación por los métodos, procedimientos y estándares a un enfoque sistémico de la incorporación de los insumos, el impacto y el ambiente. El siguiente paso consistió en reacomodar y desarrollar todos los elementos para construir una filosofía alrededor de la calidad: la filosofía de Calidad Total.

²⁹ Op. Cit.

2.2.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE DIABÉTICO

En los pacientes diabéticos la aplicabilidad del concepto de la calidad de la atención de la salud consiste principalmente en tratar de obtener un adecuado control metabólico, además de la detección y tratamiento precoz de las lesiones oculares, renales y de los pies como una forma de prevenir la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación.

Continuando con la obtención de la calidad en la atención de los servicios, la atención primaria juega un papel fundamental en la asistencia a las personas con diabetes, por las siguientes razones:

- Por el elevado número de pacientes que se benefician en atención primaria con la prevención primaria al reducir la incidencia de la enfermedad por medio de la acción sobre los factores de riesgo que se pueden modificar y la prevención secundaria al reducir la enfermedad por medio de la detección temprana y tratamiento para reducir las complicaciones.
- y porque la diabetes frecuentemente coexiste con otras enfermedades crónicas

A pesar de los importantes avances tecnológicos en el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones, el cuidado de los diabéticos en Europa y Estados Unidos no ha alcanzado los logros esperados.

Es así, como en la Declaración de las Américas sobre la Diabetes plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. Dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud; sin embargo, al promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular³⁰, es posible revertir este gasto.

Del 10 al 12 de Octubre de 1989, los representantes de las Administraciones Gubernamentales de Salud y las organizaciones de pacientes de toda Europa, junto con los expertos de Diabetes, bajo el patrocinio de las oficinas regionales de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes, se reunieron en San Vicente, Italia para suscribir los lineamientos que conformarán los parámetros que medirán la calidad de la atención al paciente diabético.

Uno de los objetivos quinquenales de la declaración de San Vicente apunta a: "Establecer sistemas de monitorización y control

³⁰ La calidad de la vida del paciente diabético Alberto Quirantes Hernández,¹ Leonel López Granja,² Vladimir Curbelo Serrano,² José A. Montano Luna,³ Pedro Machado Leyva³ y Alberto Quirantes Moreno⁴

utilizando tecnología de información para asegurar la calidad de la prestación de atención sanitaria al diabético...³¹"

2.3 COMPROMISO DE GESTION

La Caja Costarricense de Seguro Social, con base en el decreto 18012-P del 12 de Febrero de 1988, establece los principios y bases legales para implementar sistemas de incentivos económicos y sociales para el mejoramiento de la eficiencia y el buen funcionamiento de los servicios públicos; creando un "incentivo a la producción" que estará sujeto al logro de la producción con calidad esperada por parte del proveedor y que es convenida en un "Compromiso", a fin de incentivar el cumplimiento de objetivos estratégicos, con criterios de eficacia, eficiencia y calidad por parte de las unidades prestadoras de tales servicios³².

El compromiso de gestión es un instrumento contractual, cuyo objetivo fundamental es el bienestar de la población lo cual, se refleja en coberturas de calidad y oportunidad y como una respuesta concreta a demandas específicas, dado un nivel de recursos limitado³³.

³¹ Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la Diabetes Tipo II en Atención Primaria. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996-2000

³² Compromiso de Gestión 2002. Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Costa Rica 2001. 24pgs.

³³ O.P.Cit

El compromiso de gestión constituye el acuerdo entre partes (proveedor y comprador) que define y evalúa la relación alcanzada en el ejercicio entre la asignación de recursos con la producción en salud, bajo criterios de calidad y oportunidad esperados y de acuerdo con el estándar institucional asignado por el comprador. Constituye una herramienta de adaptación y adecuación en el tiempo del modelo de atención a la resolución oportuna de los problemas y necesidades reales de salud de la población³⁴.

Los Compromisos de Gestión como herramienta técnica y jurídica de los vínculos administrativos y contractuales, cumple con el fin público constitucionalmente asignado. A través del cual se ha logrado articular en la práctica una asignación de recursos financieros, administrativos y operativos mucho más uniforme, equitativo, homogéneo, dinámico y prospectivo, cuyos productos constituyen insumos para la determinación de políticas de salud de corto, mediano y largo plazo, más acertadas y oportunas, que coadyuven en la formulación del Plan Local y Nacional de Atención a las personas diabéticas, partiendo de un análisis integral en la atención de Salud de la población.

La evaluación del Compromiso de Gestión implica la revisión de distintas fuentes de información dentro de las cuales se citan documentos, registros de información biomédica, registros locales y el expediente médico. La fuente oficial para la valoración del Compromiso

³⁴ Compromiso de Gestión 2002. Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Costa Rica 2001. 24pgs.

de Gestión la constituye el Departamento de Información y Estadística de Servicios de Salud y el cumplimiento de normas se realiza mediante la revisión de expedientes médicos, cuyo proceso de selección se realiza con técnicas de muestreo probabilístico³⁵.

El indicador pactado en referencia a las personas diabéticas en el Compromiso de Gestión para el año 2001, se desglosa en una ficha técnica. La misma se fundamenta en la cobertura de personas diabéticas atendidas por primera vez en el año con criterios de calidad. Dentro de los criterios se incluyen el índice de masa corporal con la interpretación del estado nutricional, la concentración de las citas (4 consultas al año, 1 cada tres meses), el fondo de ojo (una vez al año), el perfil lipídico (1 vez al año), la glicemia en ayunas (4 exámenes al año) y la educación (diferente temática en cada consulta). Su objetivo es conocer el porcentaje de la población diabética que recibe atención integral, no solo en el contexto conceptual sino que en el operativo, tomando en cuenta aspectos individuales, familiares y comunitarios. Teniendo además como base el “Manual del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 de la Institución”³⁶.

³⁵ Solís Guevara, Lorena y otros. Módulo de evaluación: Compromiso de Gestión. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División administrativa, Julio 2000 47p.

³⁶ Compromiso de Gestión 2001.-Ficha técnica Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Costa Rica 2000. 47pgs.

CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada es de tipo descriptivo en el cual se describe y analiza el comportamiento de las variables de interés.

3.2. A. POBLACIÓN

La población estudiada es de 879 pacientes diabéticos que asistieron a la consulta en los EBAIS del Area de Salud N°3 de Desamparados, durante el año 2000. Que cumplen con los siguientes criterios de inclusión :

- Diabéticos tipo 2
- Que cuenta con un mínimo de dos años de consulta en la sede del EBAIS del Area en estudio (aún cuando haya acudido a consulta por cualquier motivo que no tenga relación con la diabetes).
- Cuya residencia corresponda al Area de Salud N°3 de Desamparados
- Pacientes controlados exclusivamente en los EBAIS.

B. MUESTRA

Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes diabéticos relativos a glicemia, perfil de lípidos e índice de masa corporal del Area de Salud de Desamparados N°3, a los cuales se les realizó un análisis de

cumplimiento de los criterios incluidos en el Compromiso de Gestión del 2001. El estudio comprende un período de dos años, el cual abarcó de Enero del 2000 a Diciembre del 2001.

B1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA - REVISIÓN DE EXPEDIENTES

La población diabética estudiada corresponde a 879 diabéticos tipo 2, seleccionada aleatoriamente entre las diez sedes de EBAIS del Area de Salud N°3 Desamparados durante el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2001, para realizar la revisión de expedientes.

B2. CALCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{t^2 * p * q}{e^2}$$

n= tamaño de la muestra

t= 1.96 (confianza del 95%)

p*q= 0.5 * 0.5 (varianza máxima)

e= 0.05 (error máximo permisible)

MUESTRA INICIAL, muestreo simple al azar

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.7 * 0.3}{(0.05)^2} = 322$$

Se aplica corrección por finitud (Número de diabéticos por sede de EBAIS)

MUESTRA CORREGIDA

$nc = \frac{n}{N} = \frac{322}{879} = 235 * 1.06$ (suponiendo la no respuesta y el

$\frac{1 + n}{N}$ rechazo)
 $\frac{1 + 322}{879}$

nc= 250

Para realizar la selección de la muestra por sede de EBAIS, se distribuyó porcentualmente de acuerdo al número de pacientes diabéticos atendidos. Como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EBAIS

EBAIS	TOTAL DIABÉTICOS TIPO 2	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	MUESTRA DE DIABÉTICOS
FATIMA	97	11	28
PATARRA	99	11	28
GUIDO 1	121	14	34
GUIDO 2	84	9.5	24
GUIDO 3	90	10.2	26
GUIDO 4	101	11.5	28
RIO AZUL	95	10.8	27
LINDA VISTA	67	7.6	19
DOS CERCAS	64	7.2	18
SAN LORENZO	61	7	18
TOTAL	879	100	250

B3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA - ENTREVISTA

Con el fin de obtener una opinión sobre la calidad de atención recibida por los pacientes diabéticos y dado que los datos no se analizarán por ninguna variable en particular, sino de manera global, se considera apropiado utilizar la fórmula siguiente para el cálculo del tamaño de muestra para poblaciones finitas, con muestreo aleatorio:

$$\frac{4*N*p*q}{E^2(N-1)+4*p*q}$$

Con los valores siguientes:

Dos sigmas o 95% de probabilidad = 2 al cuadrado

N = 879

P = 85 y Q = 15, obtenidos de mediciones anteriores en la población

E (error de muestreo) = 6%

Al despejar la fórmula, se obtiene un valor de 122 casos.

3.3. FUENTES DE INVESTIGACIÓN

PRIMARIAS: Literatura consultada de donde se extrae y recopila información relevante y necesaria para nuestro problema de investigación (Ficha técnica, entrevista, expedientes, etc).

SECUNDARIAS: Artículos consultados y revisión de otros artículos Científicos, tesis y trabajos de investigación.

3.4. SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. MECANISMOS PARA EL PROCESO Y ANÁLISIS

Para la revisión de los expedientes se utilizó un formulario para el registro de la información (ver anexo4) previamente diseñado que contenía los siguientes ítem:

- a-** Identificación
- b-** Antecedentes Patológicos Familiares
- c-** Antecedentes Patológicos Personales
- d-** Antecedentes Personales n o patológicos
- e-** Tratamiento
- f-** Exploración
- g-** Analítica

La información recopilada se analizada a través de una matriz antes y después de la utilización de la herramienta del compromiso de gestión y se realizó una entrevista (ver anexo 5) para medir la satisfacción del paciente diabético.

3.5. ANALISIS DE INFORMACION

El análisis de la información se realizó utilizando el Programa estadístico SPSS (Paquete estadístico para Ciencias Sociales), versión 6.1 para Windows.

Una vez que los formularios se llenaron y se revisaron se digitó en una estructura de base de datos creada en SPSS. Posteriormente se procedió a efectuar el procesamiento para generar las tablas y estadísticos de resumen: promedios, desviación estándar, mediana, máximos y mínimos y las distribuciones de frecuencia. Por último se editaron en Word.

3.6. RESULTADOS ESPERADOS

A través de la aplicación de la herramienta del compromiso de gestión de los pacientes que asisten a la consulta de atención integral del diabético, se espera obtener un adecuado control metabólico y así retrasar la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

A su vez se diseñará una propuesta que garantice la mejora de la calidad de la atención de acuerdo a las necesidades y recursos existentes, logrando la satisfacción desde la propia percepción de los usuarios con diabetes en Atención Primaria.

3.7. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES E INDICADORES

3.7.1 Indicadores de calidad

- a. Ficha técnica Compromiso de Gestión

- b. Los indicadores de calidad propuestos se basan en los definidos en la Declaración de San Vicente, con algunas modificaciones para adaptarlos a las características propias de la Atención Primaria:

3.7.2. Indicadores de proceso (San Vicente):

Muestran si se llevan a cabo los procedimientos para detectar factores de riesgo o complicaciones, con intención de mejorar la intervención. Se clasifican en 4 grupos: indicadores de proceso en relación con la organización, con las exploraciones, con las determinaciones de laboratorio, y con la práctica de autocuidado.

3.7.2.1. En relación con la organización

- número de visitas médicas y de enfermería (sin contar las no relacionadas con la diabetes, por ejemplo para recetas, por un cuadro de gripe.)
- número de intervenciones educativas de contenido diferente.

3.7.2.2. En relación con determinaciones de laboratorio

- Determinación del perfil de lípidos
- Determinación de glicemia
- Determinación Hemoglobina glicosilada
- Determinación orina de 24 horas

3.7.2.3. En relación con las exploraciones

- Determinación de peso, talla, y presión arterial.
- Fondo de ojo.
- Revisión de pies.
- Electrocardiograma

3.7.4 Indicadores de resultado (San Vicente):

3.7.4.1. de resultado intermedios:

- número de pacientes con control aceptable de: glicemia, presión arterial, IMC, nivel de lípidos
- número de pacientes que utilizan los servicios hospitalarios por descompensación hiperglucémica severa.

3.7.4.2. de resultados finales:

- Retinopatía - ceguera.
- Lesiones en pies: úlceras, amputaciones.
- Cardiopatía isquémica, infarto del miocardio

3.8 Cronograma

Ver anexo 6

3.9 Operacionalización de variables

3.9.1. Operacionalización de variables

PROBLEMA: ¿La aplicabilidad de los indicadores glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal, fondo de ojo y tamizaje de pie diabético, incluidos en el Compromiso de Gestión promueven una mejor calidad de la atención a los pacientes diabéticos del Area de Salud N°N3 de Desamparados?

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Determinar si los indicadores relativos a glicemia, perfil de lípidos e índice de masa corporal incluidos en el compromiso de gestión promueven a corto el mejoramiento del control metabólico de los diabéticos.	Indicadores aplicados con el Compromiso de Gestión:	Conjunto de indicadores que permiten medir a corto plazo el control metabólico: determinación de colesterol, triglicéridos, HDL, glicemia, hemoglobina glicosilada	Bioquímica	<p>Glicemia (mg/dl)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayunas: 2. Bueno: 80-110 3. Aceptable < 140 4. Malo >140 <p>Perfil lipídico:</p> <p>Colesterol total (mg/dl)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: < 200 2. Aceptable: < 250 3. Malo: > 250 <p>HDL colesterol (mg/dl)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: > 40 2. Aceptable: >35 3. Malo: < 35 <p>Triglicéridos:</p>

<p>Determinar si los indicadores de fondo de ojo y pie diabético disminuyen las complicaciones a largo plazo en el paciente diabético.</p>	<p>Indicadores aplicados con el compromiso de gestión</p>	<p>Indicadores a corto plazo que mide los cambios antropométricos: Peso y talla.</p> <p>Conjunto de actividades que miden a largo las complicaciones: determinación de presión arterial, fondo de ojo, revisión</p>	<p>Clínica</p> <p>Clínica Patona</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: < 150 2. Aceptable: < 200 > 3. Malo: > 200 <p>Hemoglobina glicosilada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: < 6.5 2. Aceptable: < 7.5 > 3. Malo: > 7.5 <p>INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)</p> <p>Hombre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: < 25 2. Aceptable: < 27 3. Malo: > 27 <p>Mujer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno: < 24 2. Aceptable: < 26 3. Malo: > 26 <p>Presión arterial</p>
--	---	--	--------------------------------------	--

		de pies.		<ol style="list-style-type: none">1. Bueno: < 140/902. Aceptable: < 160/953. Malo: > 160/95 <p>Fondo de ojo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Retinopatía diabética3. No indicado (ceguera, cataratas o glaucoma)4. No consta (en el año evaluado) <p>Pie diabético</p> <ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Lesión3. Amputación4. No consta (en el año evaluado)5. Si se aplica o no se aplica <p>Electrocardiograma</p> <ol style="list-style-type: none">1. Normal
--	--	----------	--	---

<p>Diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención del paciente diabético considerando la influencia de las intervenciones a la luz del compromiso de gestión.</p>	<p>Calidad de la Atención</p>	<p>Si los resultados obtenidos cumplen con los rangos establecidos para cada indicador.</p>	<p>Aplicabilidad</p> <p>Concentración de consultas</p> <p>Satisfacción del usuario</p>	<p>3. Hipertensión</p> <p>4. Infarto de Miocardio</p> <p>5. Isquemia de Miocardio</p> <p>Creatinina</p> <p>1. Normal</p> <p>2. Anormal</p> <p>Si se cumplen los rangos establecidos para cada indicador</p> <p>4 consultas al año</p> <p>Número de actividades educativas registrada en la hoja clínica.</p> <p>Temas educativos brindados:</p> <p>1. Dieta</p> <p>2. Ejercicio</p> <p>3. Tabaquismo</p> <p>4. Cuidado del pie</p> <p>5. Otro</p>
---	-------------------------------	---	--	---

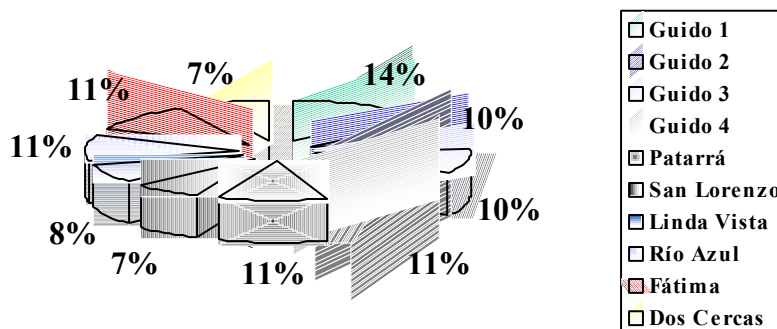
				Percepción del usuario
--	--	--	--	------------------------

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACION DE LA POBLACION

La población diabética estudiada durante el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2001, fue seleccionada aleatoriamente entre las diez sedes de EBAIS DEL Area de Salud N°3 Desamparados, según se observa en los cuadros 1, 2 y 3, anexo 2. Se resalta la participación del Cantón de la Unión, ya que por sectorización los EBAIS de Río Azul y Linda Vista corresponden al Area de Salud en estudio, representando un 18.4% de la muestra. Como se observa en el gráfico N°1.

Gráfico No1
Distribución de pacientes diabéticos
según EBAIS, Mayo 2002

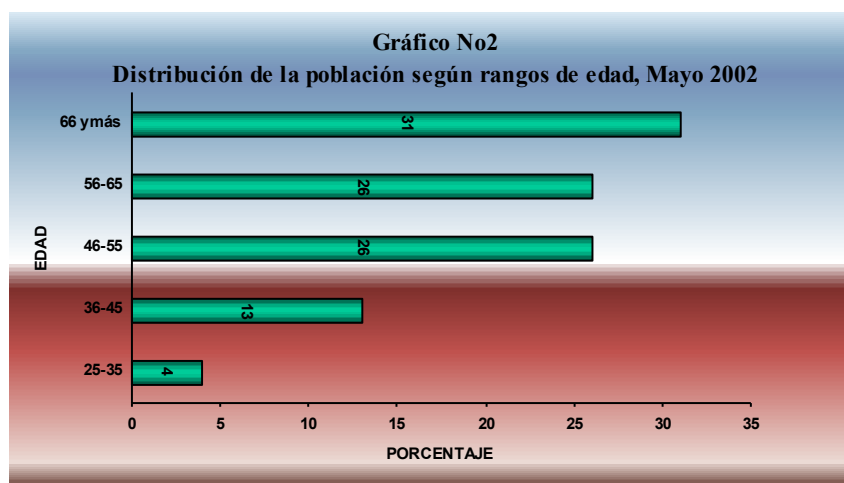


Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

4.1.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.1.1.1 EDAD Y SEXO

En su mayoría, los pacientes del estudio tuvieron una edad mayor a los 25 años (ver gráfico N°2). En su mayoría (83%) fueron mayores de 45 años, con un predominio del sexo femenino (72%). (Ver cuadros 8 y 9,



anexo2)

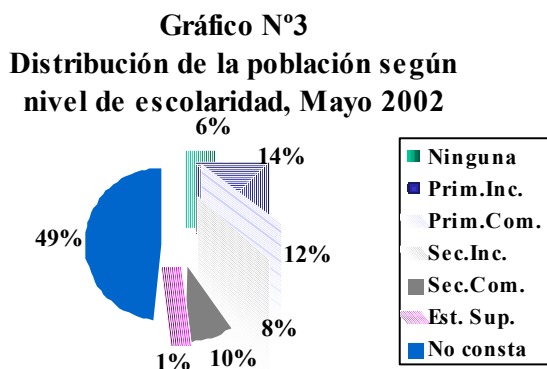
Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

4.1.1.2 ESTADO CIVIL

La mayoría eran casados, representando un 58.4% de la muestra; mientras que la segunda categoría predominante fue la de solteros con un 22%; los viudos representaron la tercera categoría en importancia con un 8.4%. (ver cuadro 5, anexo 2)

4.1.1.3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

El 45.6% de la población en estudio presentó algún nivel de escolaridad (ver gráfico N°3). Solamente un 6% de la muestra no presentó ningún tipo de instrucción; sin embargo, es importante señalar que el 48.4% de los expedientes no registraban esta información. Observándose a pesar de ello un nivel bajo de escolaridad en la población. (ver cuadro 6, anexo 2)



Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

4.1.1.4 NIVEL DE OCUPACIÓN

Como se observa en el cuadro N°7 (anexo 2) de ocupación de los pacientes diabéticos estudiados tuvo un predominio en la condición de ama de casa con un 51.2%; siguiendo la categoría de pensionado con un

6.8%. El 15.2% de los expedientes no registraban el dato. La ocupaciones restantes son muy diversas, que van desde agentes de seguridad hasta zapateros.

4.1.1.5 EDAD DE INICIO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES

La edad de inicio de aparición de la enfermedad tuvo un predominio en el rango de edad de 45 años a 60 años al obtener un 36%; siendo un mínimo entre los 15 y los 24 años (2%) y un máximo en los 61 y más años (21%)

El tiempo de evolución de la enfermedad se concentró en la categoría de 1 a 10 años para un 67% y de un 19% para la categoría de 11 a 20 años de evolución.

4.1.1.6 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

El 64.8% de los pacientes presentó antecedentes de Diabetes Mellitus y el 44.4% de Hipertensión Arterial (ver cuadros 16 y 17, anexo 2).

4.1.1.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Como se observa en el cuadro N° 18 (anexo2), los pacientes estudiados presentaron hipertensión (57.6%) y dislipidemias (55%). Otros antecedentes reportados en los expedientes en orden decreciente

Fuente: Revisión de expedientes pacientes diabéticos,
Area de Salud N°3 Desamparados, Abril 2002

fueron cardiopatía isquémica (14.8%), macrosomía (11.2%), diabetes gestacional, cataratas y acantosis (estas últimas con un 6.8%).

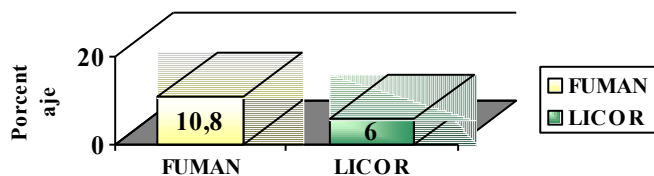
4.1.1.8 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO

De los cuadros 19 al 24 (anexo 2), se muestra información referente al número de pacientes que actualmente fuman el cual es de 27, lo cual corresponde a un 10.8% del total de la población y en su mayoría con una edad de inicio inferior a los 25 años (81%). Por otro lado el 25.9% fuma 20 cigarrillos diarios.

El 6% de la población manifestó ingerir de 1 a 2 bebidas alcohólicas diarias, iniciando antes de los 20 años (ver Gráfico N°4).

Gráfico No4
Porcentaje de pacientes diabéticos que fuman y que toman licor, Area de Salud N°3 Desamparados, Mayo 2002



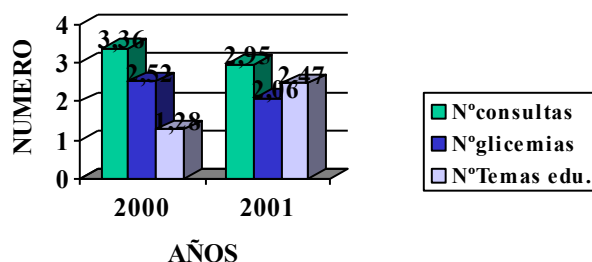
Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

4.2 ORGANIZACIÓN

CONSULTAS MEDICAS

De acuerdo a lo que se observa en el cuadro 12 (ver anexo 2), el número de consultas individual en promedio anual para el año 2000 es de 3.36 y para el año 2001 de 2.95 consultas, presentándose hasta un máximo de 15 y de 8 consultas respectivamente (ver gráfico N°5).

Gráfico No 5
Número de consultas, glicemias y temas educativos realizados a los pacientes diabéticos durante los años 2000 y 2001, mayo 2002



Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

INTERVENCIONES EDUCATIVAS

El número de temas educativos brindados a los pacientes diabéticos de contenido diferente por parte del personal de salud de los EBAIS, obtuvo una mediana de 1.28 temas para el año 2000 y para el año 2001 de 2.47.

El tema educativo que predominó en ambos años fue el de la dieta con un 52% para el año 2000 y de un 78% para el año 2001. El ejercicio le

sigue con un 30% para el año 2000 con respecto a un 48% en el 2001, en tercer lugar se registra el cuidado del pie con un 15% y un 34%(ver gráfico N°5).

4.3 TRATAMIENTO

El 51% lo constituyó el uso de fármacos orales como principal tratamiento en el año 2000, siendo también la primera opción registrada en el 2001 con un 44%. Mientras que la dieta y el ejercicio, presentaron un 28% y solamente la indicación de dieta un 24% en el año 2000, para el 2001 se incremento en un 41% y un 31% respectivamente, como se observa en el cuadro N°15 (anexo 2).

4.4 EXPLORACIÓN

ESTADO NUTRICIONAL

En los cuadros 25 y 26 (anexo 2), se observa la distribución según sexo por Índice de Masa corporal, indicador del estado nutricional de la población en estudio. La mayoría presentó un índice mayor a 26, ubicándose de esta manera en un estado nutricional “malo”, lo cual los clasifica en algún grado de obesidad. Resultados similares se obtuvieron en ambos años, sin cambios muy significativos uno del otro. Se resalta además que la población femenina mostró un mayor grado de obesidad con respecto a la masculina.

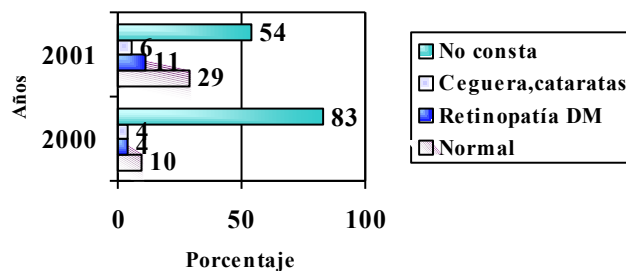
PRESION ARTERIAL

El 66% de los pacientes presentaron un rango bueno de presión arterial para el año 2000 (66%), manteniéndose en esta categoría para el año 2001, con un 70%. (ver cuadro 27, anexo 2)

FONDO DE OJO

El registro del examen de fondo de ojo se incrementó significativamente en el año 2001 con respecto al año 2000 ya que pasó de un 17.2% a un 46% (ver gráfico N°7). El número de casos de retinopatía diabética y de otras patologías oculares secundarias a la enfermedad aumentaron. (ver cuadro 28, anexo 2)

Gráfico No 7
Distribución de la población diabética según examen de fondo de ojo realizado durante los años 2000 y 2001, Mayo 2002



Fuente: Revisión expedientes diabéticos,
Area de Salud N°3, Desamparados, Abril 2002

PIE DIABÉTICO

El reporte de la revisión de pies disminuyó considerablemente de un 38% en el año 2000 a un 19% en el año 2001. (ver gráfico N°6 y cuadro 29, anexo 2)

4.5 ANALITICA

Para el análisis de los pruebas químicas solicitadas al laboratorio (glicemia, perfil de lípidos, creatinina, hemoglobina glicosilada) se utilizaron los valores consignados en el último reporte del año (ver cuadro No2).

Cuadro No 2
Distribución porcentual de la población diabética según los
indicadores incluidos en el compromiso de gestión
en los años 2000 y 2001.
Area de Salud No3 Desamparados, Mayo 2002

INDICADOR		BUENO		ACEPTABLE		MALO		NO CONSTA	
		2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
IMC	Hombre	23	22	12	14	65	64	-	-
	Mujer	7	6	6	9	87	85	-	-
Presión arterial		66	70	14	12	16	12	4	7
Glicemia		14	15	27	24	51	54	8	8
Colesterol		39	36	28	28	18	12	16	24
HDL-colesterol		20	26	12	11	32	27	36	35
Triglicéridos		28	26	14	12	41	37	16	24
Hemoglobina glicosilada		8	8	5	4	16	14	71	74

Fuente: Revisión de expedientes pacientes diabéticos,
Area de Salud N°3 Desamparados, Abril 2002

GLICEMIA

La mediana del número de glicemias anuales solicitados fue de 2.42 exámenes para el año 2000 y de 2.06 para el año 2001. En el cuadro 30, anexo 2 se observa el rango del nivel de glicemia más frecuente que fue la clasificación mayor de 140mg/dl considerado “malo”, el cual obtuvo un 51% para el año 2000, manteniéndose con un 54% para el año 2001. La segunda categoría más frecuente fue la de aceptable (menos de 140) para un 27% en el año 2000 y de un 24% para el año 2001 (ver gráfico N°5).

PERFIL LIPIDICO

El nivel de colesterol obtenido se ubicó entre la clasificación de bueno y aceptable (menos de 250mg/dl) con un 57% de los pacientes para el año 2000 y con leve incremento de 62% para el año 2001, ubicándose solo un 18% en la categoría de malo para el año 2000 y de un 12% en el 2001.

El nivel de HDL colesterol, obtenido se presentó en la clasificación de malo (menos de 35mg/dl) con un 32% para el 2000 y de un 27% para el 2001. Es importante señalar que fue alto el porcentaje de los expedientes revisados en el que no constaba la solicitud de este indicador (un 36% y un 35%, en los años 2000 y 2001 respectivamente) Así mismo fue el comportamiento del nivel de triglicéridos reportados, ya que un 41% y un 37% se ubicaron en la categoría de malo (mayor a 200mg/dl) , siendo no registrado este valor en el 16% de los expedientes en el año 2000 y un 24% en el año 2001.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

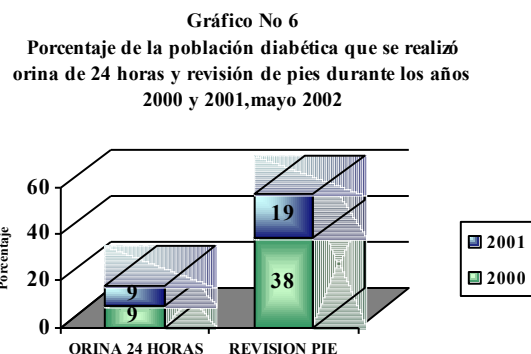
El 71% de los casos en el año 2000 y el 74% en el año 2001, no hay constancia de la solicitud de este examen, mientras que los que se reportaron el 54% clasificó como malo al obtener un valor mayor al 7.5.

CREATININA

En el año 2000, el 62% de los casos presentó un resultado normal y en el 2001 un 54%. Para ambos años, alrededor de un 36% no se les realizó la prueba (ver cuadro 36, anexo 2).

ORINA DE 24 HORAS

En el presente estudio se demostró que solo a un 9% de la muestra se les realizó el examen de orina de 24 de horas (ver gráfico N°6), tanto en el año 2000 como en el 2001 (ver cuadro 37, anexo 2).



Fuente: Revisión expedientes diabéticos,

4.6 PERCEPCION DEL USUARIO

Se realizó una entrevista (ver Anexo 3) a una muestra estadísticamente representativa de 128 pacientes, para valorar la percepción que estos tienen de los servicios brindados por el personal de salud.

CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN COMPLICACIONES

Como se observa en el cuadro N°40, en el año 2000 el 8.6% (11 pacientes) presentaron algún tipo de ingreso hospitalario por descompensación, amputación u otro trastorno y en el año 2001 un 10.9% (14 pacientes). En el cuadro N°41 (anexo 2) se muestra que el 20.3% (26 pacientes) padece ceguera en alguno de los ojos y que el porcentaje restante 19.7% no presentó ningún tipo de lesión incapacitante.

En el año 2000 el 8.6% de los pacientes diabéticos presentaron úlceras o lesiones de los pies al momento de la consulta, mientras que en el 2001 solo un 6.3%. (cuadro No42, anexo 2) Ver cuadro No3

**CUADRO No3
ENTREVISTA A PACIENTES DIABÉTICOS**

INDICADORES	2000	2001
Ingreso al hospital por descompensación, amputación u otro trastorno y con glicemia mayor a 500mg/dl	8.6%	10.9%

Presentó úlceras o lesiones en pie	8.6%	
------------------------------------	------	--

Fuente: Entrevista a pacientes diabéticos N°3 Desamparados, Abril 2002

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN

El 38.3% de la población entrevistada consideró que la atención a los pacientes diabéticos había mejorado mucho en el último año, mientras que el 25% manifestó haber mejorado poco. Por otro lado el 20.3% de la población señaló desconocer la existencia de mejora en la atención. (cuadro N°43, anexo 2)

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN

El 43% de la población afirmó que la educación otorgada en el EBAIS, había mejorado mucho con respecto al año anterior; un 20.3% que había mejorado poco y un 13.3% que no había mejorado nada. El 19.5% no sabía si había mejorado. (cuadro N°44, anexo 2)

Cuadro No4
Entrevista a los pacientes diabéticos

Categoría de respuesta	Mejora en la atención	Mejora en la educación sobre la enfermedad
No sabe	20.3%	19.5%
No ha mejorado en nada	7.8%	13.3%
Ha mejorado poco	25%	20.3%
Ha mejorado mucho	38.3%	43%
Ha mejorado demasiado	8.6%	3.9%

Fuente: Entrevista a pacientes diabéticos N°3 Desamparados, Abril 2002

CUMPLIMIENTO DE LAS CITAS

GRADO DE SATISFACCIÓN

De acuerdo a la atención recibida en el EBAIS, un 34.4% manifestó encontrarse satisfecho y un 32.8% muy satisfecho, mientras que un 19.5% no responde a la preguntada planteada. Un 6.3%, dice estar poco satisfecho y un 7% nada satisfecho.(cuadro N° 46, anexo 2).

Con respecto a la percepción del usuario de la resolución de los problemas de la enfermedad, un 43.8% contestó que “Si, todos”, un 29.7% que “algunos”, un 7.8% “no del todo” y solo un 18.8% se abstuvo de responder.

PROMOCION DEL AUTOCUIDADO Y APOYO SOCIAL

El 52.3% de la población entrevistada indicó que se les había promocionado “algo” del autocuidado y apoyo social, como elementos principales en el control de la diabetes y un 17.2% afirmaron que “Si, mucho”. Mientras que solo un 10.2% respondieron que “no, para nada” y un 20.3% no respondió.(cuadro N° 47, anexo 2)

La mayoría (42.2%) de los pacientes entrevistados respondieron que los miembros de su familia “nunca” fueron involucrados en el proceso de atención, sin embargo un 39.1% respondió que “algunas veces”.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES

Del cuadro N°50 al N°56 (anexo 2), se puede observar la correlación positiva de los cambios en la mejora tanto en la calidad de la atención, educación, grado de satisfacción de la atención, de la promoción del autocuidado y apoyo social, del involucramiento de la familia y en la resolución de los problemas para los pacientes que presentaron algún tipo de complicación.

La presente investigación demuestra que los indicadores de glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal, fondo de ojo y tamizaje de pie diabético incluidos en el compromiso de gestión, promueven una mejor calidad de la atención de los pacientes diabéticos del Area de Salud N°3 de Desamparados, de Enero del año 2000 a Diciembre del 2001, basados en los indicadores de calidad incluidos en la Declaración de San Vicente.

Se analizó una muestra representativa de la totalidad de la población diabética, de los sectores de los Guido 1, 2, 3 y 4, San Lorenzo, Dos Cercas, Fátima, Patarrá, Río Azul y Linda Vista, pertenecientes a los cantones de Desamparados y la Unión, de Cartago.

Los datos mostraron las características, complicaciones, así como la percepción por estos pacientes de los servicios de salud.

La muestra incluyó pacientes diabéticos mayores de 20 años. El perfil de los pacientes estudiados fueron en su mayoría mujeres, amas de casa, mayores de 45 años, casadas, con bajo grado de escolaridad, con una edad de inicio de la enfermedad que varió de 45 a 65 años y un tiempo de evolución de su diabetes de 1 a 10 años; presentó un alto porcentaje de comorbilidad con la hipertensión arterial y la dislipidemia. Este comportamiento no difiere sustancialmente de lo que clásicamente se conoce.

Las complicaciones descritas, amputaciones, ceguera y los ingresos hospitalarios por descompensación, evidentemente reflejan el estilo de vida de estos pacientes, que indudablemente propician un mal control

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante señalar que el estudio presenta la limitante del tiempo, ya que un año de observación no es suficiente para ver efectos.

Pese a que la mayoría de la población diabética manifestó que actualmente no consume bebidas alcohólicas ni practica el hábito del fumado, en algún momento de su vida posiblemente lo practicaron. Lo anterior conlleva a que los pacientes diabéticos desarrollen más tempranamente lesiones vasculares de la insuficiencia renal crónica.

Otro de los factores de riesgo que caracterizó a la población estudiada fue el inadecuado estado nutricional, en ambos sexos, lo cual contribuye a un mal control metabólico.

Con respecto a la organización, el número de consultas para el paciente diabético según el Manual de Normas de Atención Integral, es de 4 consultas al año. Los resultados obtenidos muestran que el promedio de consultas no alcanza lo estipulado por la norma, a pesar de haber iniciado el Compromiso de Gestión, presentándose casos extremos de 1 hasta 15 consultas. Un mayor número de consultas no necesariamente implica un adecuado control metabólico de los pacientes; así mismo la aplicación de la Ficha técnica del Compromiso de Gestión no mejoró la concentración de consultas al grado deseado.

Aunado a lo anterior y considerando las intervenciones educativas brindadas, que aunque en porcentajes satisfactorios, el sistema no permite verificar el impacto de las mismas. Lo cual, se traduce en un manejo inadecuado tanto de su enfermedad, como de la percepción del

Consideramos que la revisión de expedientes desvió en cierta medida los resultados obtenidos, ya que existió la posibilidad de que actividades realizadas no se registraran en la historia (porque se les olvidó, por falta de tiempo, o porque el paciente no lo contó). Es importante resaltar que en las auditorías de cualquier tipo “ lo que no esta escrito, no existe.”, parámetro utilizado por las “investigadoras”. Esto se reflejó principalmente en el tratamiento farmacológico, dejando de lado otras medidas no farmacológicas como dieta y ejercicio.

En cuanto a la exploración, los resultados muestran que los parámetros de control metabólico: indicadores de glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal, incluidos en la ficha técnica del Compromiso de gestión, no promovieron por si mismos un mejoramiento de la condición del paciente a corto plazo. Por los resultados obtenidos se concluye que la atención brindada por los servicios de Salud cumplen con lo estipulado en la ficha técnica, pero es una realidad el hecho de que el Compromiso de Gestión no se ha formulado pensando en satisfacer las necesidades reales del paciente.

Es importante señalar que el Compromiso de Gestión permitió reconocer la deficiente continuidad e integralidad de la atención, al estar basada la atención en una ficha técnica y no en los criterios de la Declaración de San Vicente y aunque no se precisa el dato, muchos de los resultados no encontrados en el expediente fueron a consecuencia de que estos pacientes dejaron de ser atendidos en la sede de los EBAIS por encontrarse en control en el segundo nivel de atención.

Es importante resaltar que el Compromiso de gestión para el primer nivel de atención no incluye el indicador de Hemoglobina glicosilada, por

su alto costo, a pesar de ser un marcador sensible del nivel glicémico real del paciente. A pesar de ello los resultados muestran que alrededor de un 30% de los pacientes estudiados si se lo realizaron por coordinación con el segundo nivel y de estos el 54% obtuvo un resultado inadecuado, reflejo del pobre control de su enfermedad. Así mismo, los indicadores de creatinina y la orina de 24 horas no incluidas en el Compromiso de Gestión, aunque si en la Norma de Atención, son dos

El indicador de exploración de fondo de ojo incluido en el compromiso de gestión, es un parámetro que mide el control metabólico, así como la calidad según la declaración de San Vicente; sin embargo, dicho procedimiento no se realiza de acuerdo a lo normado en la ficha técnica del Compromiso de Gestión.

El indicador pie diabético, no fue incluido en el Compromiso de Gestión del 2001. Los datos obtenidos fueron derivados de las valoraciones realizadas en el segundo nivel de atención. La importancia de este indicador radica en que es la principal causa de amputación no traumática.

Los factores responsables de la lesión del pie pueden evitarse mediante el correcto adiestramiento del paciente así como por el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de dicha lesión manteniendo la integridad del pie en la mayor parte de los pacientes evitando así un gran número de lesiones.

Los indicadores antes analizados fondo de ojo y pie diabético, miden una mejoría a largo plazo. Este estudio no demuestra un cambio significativo por haberse realizado en el corto tiempo de un año; sin embargo, es reconocido su valor como un indicador importante a nivel sanitario, de

una vida próxima a las expectativas normales del paciente, en cuanto a calidad y cantidad, según la declaración de San Vicente. Como se mencionó anteriormente, estas valoraciones fueron realizadas en consultas especializadas, que en muchos de los casos no eran

El procedimiento de electrocardiograma y la toma de presión arterial, son dos indicadores de riesgo cardiovascular incluidos en el “Manual de Normas de Atención”; sin embargo en la ficha técnica de Diabetes del Compromiso de Gestión no son incluidos. En su gran mayoría los pacientes diabéticos presentan hipertensión arterial comórbida, como se refleja en el presente estudio, su presencia representa un riesgo mayor de desarrollar a edad temprana insuficiencia ventricular izquierda mortal e incapacitante, infarto de miocardio, hemorragia o infarto cerebral e insuficiencia renal, es además un factor predisponente de la enfermedad cerebro vascular y uno de los tres factores de riesgo más importantes que predisponen a la arterioesclerosis coronaria. Una presión arterial mal controlada empeora el pronóstico y hace que sean más graves las alteraciones retinianas.

Dada la importancia del usuario dentro del proceso de atención, se consideró relevante conocer la opinión del mismo con respecto a la calidad de la atención y su implicación en el manejo de su enfermedad y la prevención de sus complicaciones. Los resultados reflejan que los equipos de salud del área en estudio han ido asumiendo progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación de los pacientes diabéticos, tanto por su mayor prevalencia como por su pluripatología y los factores de riesgo asociados; aspectos que han sido percibidos por los usuarios entrevistados. El papel estratégico del equipo de Atención Primaria es esencial para mejorar el tratamiento y control de la población diabética; sin embargo, con herramientas como

la ficha técnica de los Compromiso de Gestión los esfuerzos han ido orientados a mejorar la calidad técnica de los servicios, actualmente no se considera el protagonismo del paciente en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad, así como la promoción del autocuidado, el

Para ello es necesario lograr cambiar los hábitos de los profesionales en salud, lo cual conlleva tiempo. El médico debe trabajar junto al paciente para adquirir objetivos comunes, él sabe de diagnósticos, tratamientos y pronósticos, pero el paciente sabe de circunstancias sociales hábitos, actitud frente al riesgo y creencias. Se comparte información y decisión, pero también responsabilidad.

Lo anterior beneficiaría al paciente diabético al reducir la recidiva y con ello los ingresos hospitalarios, además del avance de la enfermedad de los que ya están irreversiblemente afectados.

En general, basados en la declaración de San Vicente y comparando los resultados obtenidos con lo estipulado en la ficha Técnica, los indicadores de proceso en el Compromiso de Gestión cumplen los criterios de calidad en cuanto a la Organización, al incorporarse un mayor número de temas educativos de contenido diferente. Al contrario de la concentración de las consultas, en donde no hubo diferencia significativa.

En relación con las determinaciones de laboratorio, no se cumple con las pruebas de orina de 24 horas y la hemoglobina glicosilada incluidas en la declaración de San Vicente, por no estar incluidas en el Compromiso de Gestión. En cuanto a los exámenes de glicemia y perfil de lípidos no hubo un diferencia significativa al aplicar la ficha técnica, pues los resultados obtenidos no reflejan un mejor control metabólico.

Con respecto a las exploraciones, la determinación de peso, talla y presión arterial no se demostró mejoría significativa con la aplicación de la ficha técnica al comparar ambos años. No fue posible comparar los resultados de los indicadores revisión de pies y electrocardiograma, por no estar incluidos en la ficha técnica del compromiso de gestión y porque no se pueden obtener resultados a corto plazo. El fondo de ojo a

Los indicadores de resultados establecidos en la Declaración de San Vicente, que incluyen las complicaciones a largo plazo de retinopatía, lesiones en los pies y cardiopatía, no son contemplados en la ficha técnica del Compromiso de Gestión. Cabe rescatar que el monitoreo de las complicaciones requieren de un mayor tiempo de observación al estipulado en el Compromiso de Gestión.

CAPITULO VI. PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Con la finalidad de mejorar la atención de las personas con diabetes para que esta sea accesible, continuada, integral, eficaz y de buena calidad, se diseñó la siguiente propuesta para la Mejora de la calidad de la atención del paciente diabético, utilizando como base los indicadores incluidos en el Compromiso de Gestión.

PROGRAMA

I. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1. Coordinador a nivel Nacional
2. Coordinador a nivel Regional
3. Coordinador en III nivel de Atención
4. Coordinador en II nivel de Atención
5. Coordinador a nivel local.

II. ESTRUCTURA FUNCIONAL

FUNCION DEL RESPONSABLE A NIVEL LOCAL

A. COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

Coordinación externa con los niveles especializados y de la coordinación interna con los miembros del equipo.

Coordinación para acceder a técnicas diagnósticas y terapéuticas para el desarrollo del programa.

B. CAPACITACION

Encargado de la formación continuada y actualización permanente en el programa de diabetes a todos los miembros del equipo.

La capacitación debe incluir:

1. Aspectos de diagnóstico y tratamiento
2. Aspectos relativos a la educación para la salud
3. Técnicas de comunicación
4. Evaluación de la calidad de las actuaciones realizadas

La metodología debe ser diversa y estar incluida dentro de la actividad habitual de los profesionales, mediante:

1. Sesiones clínicas
2. Rotación de los profesionales
3. Capacitación coordinada entre los diferentes niveles de atención (interconsultas, sesiones clínicas compartidas, etc)

C. PROTOCOLO ADAPTADO A LA REALIDAD LOCAL

Vigilancia continuada del programa, tanto para el diagnóstico, como del seguimiento de casos (VER PROTOCOLO)

III. ESTRUCTURA DEL PROCESO

A. SISTEMA DE REGISTRO: Implementar un sistema de registro que permita la codificación a futuro de la población diabética que permita evaluarla sin tener que realizar un muestreo.

Este sistema de registro debe contener los siguientes aspectos:

1. Fichero de pacientes diabéticos actualizados que incluya:
 - Información relevante sobre su situación socioeconómica
 - Historia clínica: diagnóstico, tipo de diabetes, antecedentes, plan de tratamiento, complicaciones, tiempo de evolución de la enfermedad

- Se llevará un control de las actividades señaladas en el protocolo para la diabetes y otros factores de riesgo asociados.
3. Informe al paciente:
- donde se especifique el diagnóstico, la situación de la enfermedad y del tratamiento del paciente.

B. SISTEMA DE CITAS:

Confeccionar una tarjeta de citas especial para el paciente diabético.

C. SEGUIMIENTO PACIENTES AUSENTES:

Justificar ausencias registrándolo en el expediente y reprogramar citas. Seguimiento vía telefónica, localización por visita domiciliar o por medio de los familiares.

IV. ESTRUCTURA DE RETROALIMENTACIÓN

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

La coordinación entre niveles es un pilar fundamental para el logro del Programa de diabetes, mediante el cual se participan a todos los profesionales de atención primaria y niveles especializados en atención a las personas con diabetes, para la conformación de un equipo de trabajo.

Este equipo será el responsable de la supervisión de las actuaciones y la revisión del cumplimiento del protocolo harán que se corrijan las desviaciones detectadas y presten apoyo cuando se les solicite. Además estarán a cargo de la continuidad de la atención, de la capacitación y la investigación.

La adecuada coordinación con los otros niveles de atención se hará con el fin de realizar alguna prueba complementaria, para solicitar una orientación terapéutica o la aplicación de un determinado tratamiento. El fin es consultar, y sólo en circunstancias excepcionales se remitirá al paciente al especialista; sin embargo, debe quedar claro que el paciente debe seguir su control en el primer nivel, ya que en este nivel es donde

(Propuesta)

1. Anamnesis: Elaborar una hoja específica para pacientes diabéticos siguiendo el presente esquema (ver anexo 7)

PRIMERA CONSULTA

- ❑ Antecedentes familiares
- ❑ Antecedentes personales
- ❑ Evaluación de factores que influyen en los hábitos de salud.

CONSULTA DE SEGUIMIENTO

- ❑ Descompensación de la enfermedad: Síndrome diabético, síntomas de hipoglicemia y síntomas de complicaciones.
- ❑ Valoración hábito del tabaco
- ❑ Valorar el cumplimiento de la dieta, el ejercicio y de la medicación.
- ❑ Valorar grado de asimilación de la educación.
- ❑ Valorar datos de consulta de enfermería

2. Estado Nutricional: En cada consulta

3. Concentración: 4consultas al año

4. Fondo de ojo: primer examen realizado por un oftalmólogo, un examen anual, en caso de no presentar retinopatía

5. Valorar control metabólico:

- ❑ Perfil de glicemias (en cada consulta)
- ❑ Registro de hipoglicemias

- Perfil lipídico: Colesterol, HDL, LDL y triglicéridos, un examen anual. En caso de presentar dislipidemia solicitar HDL y LDL-Colesterol cada seis meses.
 - Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac): En pacientes descompensados realizar la prueba semestralmente.
6. Pruebas de función renal: Orina de 24 horas y Creatinina: Realizar una vez al año.
 7. Electrocardiograma: 1 vez cada dos años, antes de los 50 años
1 vez cada año, después de los 50 años
 8. Presión arterial: toma de presión arterial en cada consulta.
 9. Revisión de pies: en cada consulta realizado por el profesional médico y/o enfermería
 10. Revisión del estado bucodental: primer examen realizado por un Odontólogo, un examen anual.
 11. Educación: Se brindarán temas educativas diferentes en cada consulta: dieta, ejercicio, prevención del fumado, cuidado de los pies y complicaciones.
 12. Actividades de participación y decisión compartida: Incluir dentro del compromiso de Gestión que las actividades deben quedar documentadas formalmente por el Equipo de Salud, el coordinador del programa de diabetes.

1. El compromiso de gestión es una herramienta para medir la calidad técnica de la atención y la productividad. En la actualidad no mide calidad según lo contemplado en la declaración de San Vicente.
2. La atención que se le brinda al paciente diabético tiene una orientación biológica y desintegrada que no considera la opinión de los usuarios en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad.
3. En el compromiso de gestión no se incluyen exámenes de análisis químico (hemoglobina glicosilada y orina de 24 horas) por su alto costo, sin considerar los beneficios que los mismos proporcionarían al profesional en salud para el óptimo manejo del paciente.
4. Las coordinaciones actuales entre el primer nivel y los especialistas, no son lo suficientemente efectivas y oportunas, además de la escasa retroalimentación que existe.
5. La remisión de pacientes del primer nivel de atención al especialista, propicia la pérdida de la continuidad de la atención en el EBAIS del paciente con enfoque de riesgo.
6. El registro de la información no cumple con los criterios mínimos para evaluar la calidad de la atención. Muchos de los datos no permiten detectar los problemas para corregirlos, o por el contrario si se detectan no existen los

7. La glicemia, el perfil de lípidos y el índice de masa corporal, son indicadores de calidad técnica que utilizados integralmente (considerando la participación del paciente) miden a corto plazo la evolución y las complicaciones agudas del paciente.
8. La revisión del fondo de ojo y el tamizaje del pie diabético, son indicadores de calidad técnica que utilizados integralmente miden a largo plazo la evolución y la expectativa de vida del paciente en cuanto a calidad y cantidad. Las mismas deben ser realizadas por personal debidamente capacitado y que cuente con los recursos mínimos necesarios, tanto físicos como humanos.
9. La educación brindada a los pacientes es solo informativa (trasmisión de conocimientos) no mide impacto, ya que no se involucra en el proceso a los mismos ni se consideran sus necesidades, además no se toma en cuenta a los miembros de su familia.
10. La coordinación entre niveles para el control del pacientes es importante, siempre y cuando exista la retroalimentación adecuada y el primer nivel de atención le dé el seguimiento correspondiente que garantiza la accesibilidad, la atención integral integrada y la continuidad de la atención.

1. Los evaluadores del compromiso de gestión no solo deben considerar la calidad técnica de la atención y de la productividad, sino que deben:
 - establecer estándares para cada indicador que permita la evaluación comparada de datos entre las diferentes Areas de Salud y los niveles de intervención.
 - Validar los indicadores de calidad adecuando permanentemente la ficha técnica y el protocolo establecido.
 - Detectar los problemas a nivel de resultados, en las actividades de atención en el paciente diabético, priorizando los problemas en función de la trascendencia y disponibilidad de recursos de la organización.
 - Participar en las evaluaciones periódicas para comprobar el impacto sobre la calidad de la atención de las intervenciones propuestas.

2. Implementar la propuesta de protocolo diseñada en el estudio para el cuidado de los diabéticos atendidos en el primer nivel de atención del Area de Salud N°3 de Desamparados como plan piloto.

3. Evaluar la efectividad de la aplicación del protocolo propuesto con base en:
 - Resultados a corto plazo: con la mejora del control metabólico (glicemia, perfil de lípidos, índice de masa corporal, presión arterial).
 - Resultados a largo plazo: disminución en la incidencia de casos de ceguera, amputaciones, de insuficiencia renal y

4. La atención que se le brinda al paciente diabético tiene una orientación integrada que considera la opinión de los usuarios en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad.
5. En el compromiso de gestión se deben incluir exámenes de análisis químico (hemoglobina glicosilada y orina de 24 horas) y su accesibilidad a los equipos básicos, con su debida capacitación y el compromiso de estos últimos de hacer un adecuado uso de los recursos.
6. Las coordinaciones actuales entre el primer nivel y los especialistas, deben ser lo suficientemente efectivas y oportunas, involucrando a profesionales de diferentes niveles en un programa permanente. Lo anterior se logrará con la creación de una normativa, que incluya aspectos que promuevan la resolutiveidad, continuidad y la integralidad de la atención.
7. La remisión de pacientes del primer nivel de atención al especialista se hará con el fin de realizar alguna prueba complementaria, para solicitar una orientación terapéutica o la aplicación de un determinado tratamiento, con el fin de propiciar la continuidad de la atención en el EBAIS.
8. Mejorar el registro de información para que se cumpla con los criterios mínimos para evaluar la calidad de la atención.
9. Utilizar integralmente los indicadores de calidad técnica: glicemia, el perfil de lípidos y el índice de masa corporal, considerando la participación del paciente.

10. Realizar la revisión del fondo de ojo y el tamizaje del pie diabético, por personal debidamente capacitado y con los recursos mínimos necesarios, tanto físicos como humanos.
11. El proveedor de los servicios debe medir el impacto de la educación brindada, involucrando a los pacientes en el proceso, considerando los factores personales y ambientales, el nivel cognitivo, afectivo y psicomotor del mismo; así como la participación de los miembros de su familia.
12. Implementar modelos de Atención Integral centrados en el paciente, basados en la familia y con un enfoque comunitario.
13. Implementar un modelo de gestión de la enfermedad del paciente diabético, con una visión de sistema integrado, donde se coordine mejor los diferentes niveles de atención.

1. Comisión Nacional Condiciones Trazadoras. **Trazadora de Diabetes** Ministerio de Salud. Costa Rica. Nov.1997
2. Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud **Compromiso de Gestión 2001.-Ficha técnica**. Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica 2000. 47pgs.
3. Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud **Compromiso de Gestión 2002**. Área de Salud Primer Nivel. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica 2001. 24pgs.
4. Fonseca Renault y col. **Calidad Total: Una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud**. PROASA-ICAP. Costa Rica. Julio-Diciembre 1993. 75-85pgs
5. Frenk Julio y Col. **Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud**. Salud pública de México.Vol.30(3): 406, Mayo-Junio. 1998.
6. García de los Ríos, Manuel. 1992. **Diabetes Mellitus**. Fundación de Investigación y perfeccionamiento, 29p
7. Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). **Guía para el tratamiento de la Diabetes Tipo II en Atención Primaria**. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996-2000

8. Grupo diabetes de la SAMF y C. Control Metabólico. 1996-1998. On line: Samfyc-dm@ls.cica.es
9. Grupo diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Diabetes Mellitus en Medicina de Familia: Guía Clínica. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. 1997. On line: <http://www.cica.es/aliens/samfyc>
10. Grupo de estudio de la diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y comunitaria. Programa Informático GEDADPS. **Mejora Continua de la Calidad del cuidado del diabético en Atención Primaria de Salud.** 1996
11. Lebovitz, MD y Cols. **Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.** Asociación Americana de Diabetes. 1997.
12. Merino C.Lucía. **Diseño de Norma para evaluar la gestión de calidad de servicios públicos de salud.** Tesis de licenciatura en Ingeniería Industrial: Universidad Internacional de las Américas. San José, 1992. pg 77
13. Morice, Ana y otros. **Diabetes Mellitus en Costa Rica: Un análisis interdisciplinario** . Serie de documentos técnicos INCIENCIA. Tres Ríos, Costa Rica Agosto 1999. 55 pgs
14. Pavón, Xochilt y otro. **Diabetes Mellitus** . Curso de Educación a distancia. 1996.

15. Quirantes Hernández, A y otros. **La calidad de la vida del**
16. Solís Guevara, Lorena y otros. **Módulo de evaluación:**
Compromiso de Gestión. Caja Costarricense de Seguro Social.
Gerencia de División administrativa, Julio 2000 47p.

1. Mejoramiento continuo de la calidad. Formación de facilitadores. Comisión Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad año 2000.
2. Asesoría EBAIS en el manejo de grupos de clientes externos con enfermedades crónicas. PROENCRO, San José, Costa Rica, 1998.
3. Manual de Normas Técnicas Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus. Serie Paltex. OPS. 1984
4. Mejoramiento continuo de la calidad. Formación de facilitadores. Comisión Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad año 2000.
5. Report of the expert Comité on the diagnosis and clasification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Vol 20, Num 7, Jul 1997.

Anamnesis: VALORACIÓN INICIAL

□ Año de diagnóstico de la diabetes _____

□ Antecedentes Heredofamiliares

Diabetes____ Hipertensión____ Otras_____

□ Antecedentes personales

Peso al nacer		Enfermedades endocrinas	
Medicamentos		Antecedentes obstétricos	
Enfermedades cardiovasculares		Dislipidemia	
Obesidad		Hipertensión	
Cataratas		Laseroterapia	
Enfermedad cerebrovascular		Amaurosis	
Amputaciones		Acantosis	
Neuropatía autosómica		Disfunción erectil	

□ Antecedentes personales no patológicos

Fuma ____ Fumó ____ N° de cigarrillo/día ____

Edad de inicio ____ dejó ____

Consume licor ____ Consumió ____ N° de bebidas/día ____

Edad de inicio ____ dejó ____

□ Evolución y grado de control de la diabetes

Tratamiento	Tipo	Respuesta	Problemas	Cambios
Inicial				
Actual				

Poliuria		
Polifagia		
Polidipsia		
Ganancia o pérdida peso		
Prurito		
Astenia		
Forunculosis		
Hipoglicemia		

Ojos		
Corazón		
Arterias		
Riñón		
Sistema nervioso		
Pie		

Número de ingresos Hospitalarios (último año) _____

Número de consultas a urgencias (último año) _____

FACTORES PSICOSOCIALES

CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
Conocimientos del paciente	
Nivel de Instrucción	
Estado de Animo	
Condición Física	
Hábitos de vida	
Trabajo	
Familia	
Soporte Social	
Situación Económica	
Dificultad para el autocuidado	

ANAMNESIS

CONSULTA DE SEGUIMIENTO

PACIENTE DIABÉTICO

- Descompensación de la enfermedad: Síndrome diabético, síntomas de hipoglicemia y síntomas de complicaciones

- Valoración hábito del tabaco

- Valorar el cumplimiento de la dieta, el ejercicio y de la medicación.

- Valorar grado de asimilación de la educación.

- Valorar datos de la consulta de enfermería