CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son trastornos orgánicos funcionales que obligan a una modificación de los estilos de vida de un apersona y que tiende a persistir a lo largo de toda la vida, si bien es cierto en muchos de los casos la etiología es incierta, hay una fuerte relación con múltiples factores de riesgo tales como: herencia, hábitos, estilos de vida, ambiente, niveles de estrés y calidad de vida.(1)

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y su incidencia como factores de riesgo para la presencia de enfermedades cardiovasculares, ha hecho de éstas la primera causa de muerte en países desarrollados y un importante problema de salud pública para estos y las naciones en desarrollo(2)

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico producto de un déficit en la secreción de insulina y /o un defecto de su acción (resistencia), caracterizada por una hiperglucemia crónica, la cual puede ocasionar complicaciones micro y macrovasculares que afectan la calidad de vida del paciente y que producen una alta tasa de invalidez prematura y muerte.

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial, afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial y es una de las enfermedades crónicas de mayor repercusión social familiar y económica. De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la incidencia de la diabetes mellitus ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años, pasando de 80 a 488 por 100.000 habitantes . (2)

A partir de 1989, en las diferentes reuniones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha planteado su apoyo a las investigaciones de salud en las Américas, con el ánimo de encontrar soluciones a los problemas, adoptar decisiones y promover una amplia participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud. Las mismas están orientadas principalmente, hacia la estructura de los servicios de salud, la prestación de éstos y las repercusiones en la salud comunitaria.(3)

“En 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las Enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe y aprobó la resolución CSP26.R15, en la que se aboga por que la OPS intensifique y coordine la cooperación técnica en esta materia”.(4)

Dado las implicaciones que el diagnóstico de Diabetes Mellitus tiene para el paciente a nivel personal, familiar, laboral y en cuanto a calidad de vida, se requiere de un tratamiento integral, que implica la atención por un equipo multidisciplinario, el uso de

un modelo de atención en enfermedades crónicas (adaptado específicamente a la Diabetes Mellitus) y una constante evaluación con indicadores de la calidad en la atención, que permitan: medir lo ejecutado, elaborar criterios de evaluación, fijar estándares y diseñar programas de corrección.

El uso de estos indicadores es de suma importancia ya que existe una marcada relación entre la calidad de la atención que se brinda a los pacientes con diabetes mellitus y el control metabólico que se logra en ellos. El Dr. Avedís Donabedian, ilustre médico y salubrista público Libanés quien en 1996 introdujo y sistematizó los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.(5)(6)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo citado anteriormente y por existir un grupo de diabéticos en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, nos planteamos:

¿Cuáles son las características socio– demográficas y cuál es el grado de control metabólico de los pacientes que pertenecen al club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba?

¿Cuál es la calidad de la atención que brinda el club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba a sus usuarios?

1.3. OBJETIVOS

A continuación se definen el objetivo general y los objetivos específicos de esta tesis.

1.3.1. Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención en los pacientes con Diabetes mellitus que asisten al club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba -Ecuador

1.3.2. Objetivos Específicos

Identificar las características demográficas en los pacientes con Diabetes Mellitus pertenecientes al club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba -Ecuador.

1.3.2.1. Determinar el grado de control metabólico según los valores de hemoglobina glicosilada en los pacientes con Diabetes Mellitus pertenecientes al club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba -Ecuador.

1.3.2.2. Identificar las características del modelo de atención del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de los pacientes pertenecientes al club de Diabetes.

1.3.2.3. Determinar la relación existente entre los miembros del equipo del club de diabetes y la comunidad.

1.3.2.4. Identificar el apoyo brindado a los pacientes en actividades de autocuidado por parte del Equipo del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

1.3.2.5. Identificar el apoyo disponible para el personal de salud, para la toma de decisiones en la atención de los pacientes del Club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

1.3.2.6. Identificar los recursos farmacológicos, materiales e insumos disponibles para el Equipo en la provisión de cuidados a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba y la manera en que estos recursos son organizados.

1.3.2.7. Determinar los recursos disponibles para el personal de salud del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba para un adecuado sistema de manejo de la información clínica de los pacientes usuarios del servicio.

1.3.2.8. Analizar la manera en que se implementa la integración del modelo de enfermedades crónicas del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de

Seguridad Social de Riobamba con los objetivos de autocuidado de los pacientes y con los sistemas de registro e información clínica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ENVEJECIMIENTO MUNDIAL DE LA POBLACIÓN

La demografía de tipo antiguo estaba caracterizada por un crecimiento poblacional que era lento e irregular, debido a la existencia de una alta natalidad (35-40%), una alta mortalidad (30-40%), y la aparición de grandes crisis provocadas por hambres, guerras y epidemias.(7)

A finales del siglo XVIII hubo una transición entre la demografía de tipo antiguo y el ciclo demográfico moderno, dicha transición se caracterizó por un crecimiento poblacional rápido y continuo, debido al mantenimiento de una natalidad alta, al descenso de la mortalidad y a la práctica desaparición de grandes crisis.

Durante el siglo XIX, el continente Europeo experimentó un crecimiento demográfico continuo, entre los principales factores que facilitaron el tránsito de un ciclo demográfico antiguo a otro moderno, podemos citar: mejora de la sanidad, la expansión de una cultura más higiénica y el crecimiento económico que experimentaron varios países europeos durante ese período. Existe una gran transformación mundial debido a los cambios demográficos sin precedentes que comenzaron en los siglos XIX y XX y que los expertos pronostican que continuaran durante el siglo XXI.

Desde los primeros años del siglo XVIII hasta los primeros del XX, Europa experimentó un crecimiento demográfico notorio, lo cual facilitó que su población pasara de 110 millones en 1700 a 423 millones en 1900, lo cual ha significado el mayor aumento de la población en la historia del continente.

El alto crecimiento de la población durante décadas pasadas llevó a considerar que nos enfrentábamos a una explosión demográfica que atentaba contra la sustentabilidad del desarrollo económico, fundamentalmente de los países en desarrollo, entre ellos los de América Latina; poco tiempo después las bajas tasas de natalidad y el envejecimiento de la población se consideraron como una amenaza.(7)

Esta transformación, se produjo inicialmente en Europa, pero luego se trasladó a Latinoamérica y el Caribe, y fue favorecida no solo por las bajas tasas de natalidad sino también por la extensión de la expectativa de vida, ya que la supervivencia de personas de la denominada “tercera edad o adulto mayor” va generando otras demandas en materia de salud, subsistencia y asistencialidad.

Este envejecimiento de la población se ha constituido en el principal fenómeno demográfico de la época. Latinoamérica pasó de una población de 161 millones en 1950 a 547 millones en 2005 y se estima que llegará a un total de 763 millones de habitantes en 2050. La población de los más jóvenes aumentó 2.6 veces entre 1950 Y 2005 pero disminuirá en aproximadamente un 15% hacia el 2050; las personas mayores se incrementaron en 5.4 veces entre 1950 y 2005 y prácticamente se cuadruplicarán entre 2005 y 2050, llegando a superar a la población joven en un 30%.

Los países Latinoamericanos más envejecidos son Uruguay (17%de mayores de 60 años), Argentina (13%) Y Cuba (14%), lo cual se debe en los dos primeros países por sus bajas tasas de fecundidad y mortalidad por un periodo prolongado, y en el caso de Cuba por su extremadamente baja fecundidad sostenida por más de un cuarto de siglo y también por su elevada esperanza de vida al nacer.

La población de mayores de 60 años incluye a los adultos que están en capacidad de ser activos y tener una participación social importante, pero también dentro de ese grupo están un número importante de ancianos en quienes se hayan comprometidas sus funciones físicas y/o mentales, que requieren una atención especial en cuanto a cuidados de su salud.

La proporción de ancianos tuvo un crecimiento continuo durante el siglo XXI y se prevé que esta tendencia se mantendrá en el siglo XXI, en 1950, la proporción de personas de edad era del 8%, en el año 2000 del 10% en 2050 se proyecta que será del 21%. (8)

El grupo de 75 años y más que en 1950 representaba aproximadamente el 17% de las personas de edad avanzada en América Latina, en el 2000 constituye casi una cuarta parte de esa población. La mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres, trae como consecuencia una mayor proporción de mujeres en la vejez, dicha proporción promete ir en aumento, dado las mejores expectativas de vida; en promedio las mujeres Latinoamericana viven 3,5 años más que los varones, a pesar de que las mujeres viven más años, su calidad de vida se ve seriamente afectada por factores

tales como la carencia de recursos necesarios para enfrentar sus necesidades de salud y cuidados esenciales y razones culturales que dificultan el que puedan rehacer sus vidas de pareja.(7)

En los medios de comunicación, en debates políticos y aún en la investigación hoy en día es preocupante el hecho de que el envejecimiento es visto como un problema que implica grandes y costosos programas, por lo cual se cuestiona si los servicios de salud, la provisión de bienestar y el crecimiento económico sean sostenibles.

El gasto de los servicios de salud ocasionados por el envejecimiento no está tan estrechamente relacionado con la edad cronológica como parece ser, y más bien es una situación multifactorial, aún no plenamente entendida pero modificable por intervenciones relativamente baratas y sencillas, tales como la gestión eficaz, la promoción de estilos de vida saludables, en particular la actividad física, sin embargo a pesar del conocimiento que existe sobre la utilidad de estas intervenciones, estas no están disponibles para una mayoría de la población , lo cual representa una oportunidad alcanzable para reducir la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad.

El mundo de mañana, muy probablemente será un mundo más urbano, más rico, tendrá que hacer frente a inestabilidad de las estructuras familiares cada vez mayores, a presiones migratorias crecientes, a cambios profundos en el estilo de vida y sin duda se verá afectado por un mayor envejecimiento de la población, el cual inevitablemente repercute en las finanzas, las prioridades, la filosofía y la organización de la seguridad social.

2.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo, en la Unión Europea la población mayor de 65 años de edad, pasará de un 16,1% en el año 2000 a 27,5% en el año 2050, siendo España, Italia y Japón los países que lideran ese proceso de envejecimiento a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas son las responsables del 63% de la mortalidad mundial. Se estima que en el 2008 murieron 36 millones de personas por causa de una enfermedad crónica, de las cuales el 55% eran mujeres y casi la mitad era de menos de 60 años de edad. Cerca del 80% de estas muertes se producen en países que tienen ingresos medianos o bajos.

La Diabetes y sus complicaciones tienen un importante impacto económico en quienes la padecen, sus familias, los sistemas de salud y los países, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud calcula que en 2006-2015 China dejará de percibir unos ingresos nacionales de US $558 000 millones a causa de Cardiopatías, Enfermedad Cerebro Vascular y la Diabetes.(2)

La diabetes se ha convertido en un problema en desarrollo. En Ecuador hay 1`229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa. En su mayoría son mujeres (53.4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Las enfermedades más comunes en el

área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).(9)

“Las investigaciones en el Ecuador indican que la prevalencia de la Diabetes Mellitus se halla alrededor del 3%, y que esta incrementa con la edad hasta llegar sobre 4.4% en mayores de 30 años; 5.5% en mayores de 40 años, y 13.3 % en mayores de 60 años. Según la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador encasilla en la categoría de prevalencia media, con 4.1% a 5%, junto con países como Bolivia, Paraguay, Panamá, Costa Rica y Guatemala”.(10)(11)

A nivel del Ecuador, para el 2009, los casos notificados fueron de 68.355 para Diabetes Mellitus, en el periodo de 2000 a 2009, la incidencia de Diabetes se incrementó de 80 a 488 por 100.000 habitantes. Las enfermedades Cardio -Vasculares (ECV) representan el 30% de todas las muertes. Entre las 10 primeras causas de mortalidad en el 2008, y por sexo tenemos:

- En la mujer, la primera causa de muerte se debe a Diabetes Mellitus.
- La segunda a accidentes cerebrovasculares
- La tercera a Enfermedad Hipertensiva
- En el hombre la primera causa es por agresiones y homicidios, la segunda por accidentes de transporte y la tercera por enfermedad cerebro vascular.

Este escenario epidemiológico no dista mucho del que ocurre a nivel mundial, actualmente, 35 millones de personas en la región sufren de diabetes y la Organización Mundial de la Salud estima que para 2025 esta cifra aumentará a 64 millones (8). Se

calcula que en 2003 la diabetes estuvo vinculada con unas 300.000 defunciones en América Latina y el Caribe, aunque las estadísticas oficiales sólo la relacionan con unas 70.000 defunciones al año. Además, en 2000 los costos sociales de la diabetes se calcularon en $ 65 000 millones.(12)

Ante el creciente aumento en la prevalencia de la Diabetes Mellitus en el mundo y específicamente en el Ecuador, es necesario abordar este problema desde un punto de vista integral. La atención en Diabetes implica tomar en cuenta los aspectos fisiológicos, psicológicos, familiares, espirituales, sociales y la calidad con la cual se prestan los servicios de salud en los centros de atención a estos pacientes, ya que todos estos aspectos influyen de manera directa en la salud del individuo.

La prevalencia mundial de la diabetes mellitus ha aumentado impresionantemente en los últimos 20 años; en 1985 se calculaba que había 30 millones de casos, en tanto que en el año 2000 se calculó que había 177 millones. Con ajuste a las tendencias centrales para el año 2030 más de 360 personas tendrán diabetes. La prevalencia de los tipos 1 y 2 de diabetes aumenta a nivel mundial, pero la del tipo 2 lo hace con mucho mayor rapidez, por el incremento en la frecuencia de la obesidad y la disminución de los niveles de actividad física conforme se industrializa un número cada vez mayor de países; ello acontece en casi todos las naciones y seis de los diez principales países con los índices más altos están en Asia.

Las regiones con las mayores cifras comparativas de prevalencia son Norte América, donde 10.2% de la población adulta tiene diabetes, seguida de Oriente Medio y la

región Norte Africana con un 9.3%. Las regiones con el mayor número de personas viviendo con diabetes son el Oeste del Pacífico donde más de 77 millones de personas tienen diabetes y el Sureste Asiático con 59 millones.(13)

La India es el país con mayor número de personas con diabetes, con una cifra de 50.8 millones, seguida de China con 43.2 millones. Detrás se encuentran EEUU (26.8 millones), la Federación Rusa (9.6 millones), Brasil (7.6 millones), Alemania (7.5 millones), Pakistán (7.1 millones), Japón (7.1 millones), Indonesia (7 millones) y México (6.8 millones).

2.3. DIABETES MELLITUS

Para tratar este tema se partirá de la definición de diabetes mellitus, pasando por su diagnóstico y luego sus complicaciones.

2.3.1. Definición

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, metabólica, caracterizada por hiperglucemia como consecuencia de defectos del páncreas por inmunidad celular, en la secreción de insulina, en la acción de la insulina, o ambas cosas. La hiperglucemia crónica se asocia a una serie de complicaciones a largo plazo, que implican disfunción y daño a nivel multiorgánico, y supone un notable gasto sanitario. Su prevalencia se sitúa entre 4-6% de la población, con un pico máximo a los 60 – 70 años.

Este trastorno metabólico se acompaña de Obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión en la mitad de los pacientes diabéticos adultos, aumentando el riesgo del desarrollo de complicaciones micro y macro vasculares. (14)

2.3.2. Diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes mellitus puede establecerse utilizando algunos de los criterios siguientes:

- Glucosa en plasma de 126 mg/dl o mayor luego de un ayuno de por lo menos 8 horas durante la noche anterior. Esto debe confirmarse repitiendo la prueba.

- Síntomas de diabetes y una glucosa plasmática al azar de 200 mg/dl o superior. Se define como “al azar” la extracción sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última toma de alimento.

- Una prueba de tolerancia a glucosa oral que muestra una glucosa plasmática de 200 mg/dl o mayor a las 2 horas tras la administración de una carga de 75 gr de glucosa anhidra disuelta en agua.

- Hemoglobina glucosilada mayor o igual a 6.5%. La prueba debe realizarse utilizando un método certificado por el programa nacional de normalización de la glucohemoglobina.

2.3.2.1. Diagnóstico de pre – diabetes

La tolerancia alterada a la glucosa (TAG) y la alteración de la glucemia en ayunas (AGA) se refieren a estados intermedios entre la tolerancia normal a la glucosa y la diabetes mellitus tipo 2. La AGA y la TAG son factores de riesgo de la diabetes mellitus 2 y de las complicaciones de pequeños y grandes vasos.

La TAG se define por una prueba de tolerancia a la glucosa en las 2 horas siguientes entre 140 y 199 mg/dl. La AGA se define por una glucosa plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl. Se recomienda una modificación del estilo de vida en personas con AGA y TAG, pero no se han establecido las bases racionales del tratamiento farmacológico.(15)

Durante décadas, el diagnóstico de la diabetes se realizó con base en el criterio de la glucosa plasmática, ya sea la glucosa plasmática en ayunas o una prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 gramos por vía oral. Esta situación fue modificada cuando en el 2009 un comité internacional de expertos integrado por representantes de la Asociación Americana para la Diabetes (ADA), la Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) recomienda el uso de la hemoglobina glucosilada para diagnosticar diabetes, con un umbral del 6.5%, criterio que fue adoptado por la ADA en el 2010.(16)

La determinación de la hemoglobina glucosilada es ahora el método habitual de evaluación del control glucémico. Cuando la glucosa plasmática está sistemáticamente

elevada, aumenta la glucosilación no enzimática de la hemoglobina; esta alteración refleja la historia de la glucemia en los dos o tres meses previos, porque la supervivencia media de los hematíes es de 120 días (la glucemia del mes previo contribuye con sólo 50% al valor de la hemoglobina glucosilada).(17)

Durante los últimos años, la Hemoglobina Glucosilada había sido rechazada como método diagnóstico, debido a la dificultad para establecer un punto de corte único con métodos de laboratorio diferentes. En el 2007 se realizó un consenso entre la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la International Diabetes Federation (IDF), la European Association for the Study of Diabetes (EASD) y la International Federation of Clinical Chemistry (IFCC), donde se acordó usar el método propuesto por esta última institución para estandarizar el uso de la Hemoglobina Glucosilada como método diagnóstico. (18)(19)

La vigilancia óptima del control de la glucemia implica la realización de determinaciones de la glucosa plasmática por el paciente y la valoración del control a largo plazo por el médico, mediante la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) y revisión de las mediciones de glucosa realizadas por el paciente.

La determinación de la Hemoglobina glucosilada constituye una de las metas principales del control del paciente diabético, ya que su buen control se haya estrechamente relacionado con la disminución de las complicaciones micro y macrovasculares, así lo han demostrado estudios como el Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), un importante estudio clínico realizado desde 1983 hasta

1993, patrocinado por el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, el cual incluyó a 1441 voluntarios con diabetes y 9 centros médicos en Estados Unidos y Canadá.(20).

2.3.3. Complicaciones

Las complicaciones de la Diabetes Mellitus se dividen en agudas (Cetoacidosis diabética y el Coma hiperosmolar) y crónicas, las cuales pueden ser no vasculares (Gastroparesia, infecciones y problemas dermatológicos) y vasculares. Las complicaciones vasculares a su vez pueden ser micro (retinopatía, nefropatía y neuropatía) o macrovasculares (Arteriopatía coronaria, Enfermedad vascular periférica y Enfermedad vascular cerebral).(21)(22)

El estado de hiperglucemia sostenida complica rápidamente al paciente Diabético y las complicaciones micro y macro vasculares están directamente relacionadas con dicho control, por lo que el análisis de los niveles de glucemia y de hemoglobina glucosilada (HbA1c) nos proporcionan útiles ya que nos permiten evaluar el control metabólico de los pacientes diabéticos.(23)

El estudio “Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla, Tabasco, México” realizado por Ávalos-García M et. al considera que el 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 presenta retinopatía después de 10 años de evolución, el 80% a los 20 años, el 35% de pacientes desarrolla insuficiencia

renal terminal después de 15 a 20 años de diagnóstico y 15% de los pacientes después de 5 a 10 años.(24)

Un adecuado control metabólico con niveles séricos de glucosa inferior a 126 mg/dl y una hemoglobina glucosilada menor a 7%, retrasa las complicaciones y a su vez disminuye hasta un 38% los riesgos de padecer enfermedades micro y macro vasculares, como se demuestra en los estudios DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) y UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). (25)

Por control metabólico entendemos las determinaciones de glucemia en ayunas y hemoglobinas glucosilada A1c, sin embargo resulta conveniente, al considerar el compromiso cardiovascular del paciente diabético, ampliar el concepto de control metabólico incluyendo el control de otras variables tales como hipertensión arterial, el perfil lipídico, la obesidad o sobrepeso y la función renal. (26)

2.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS

El tema de la calidad de la atención médica ha ganado gran importancia en las últimas décadas a raíz de los debates sobre los derechos de los pacientes y del derecho a la salud, la evaluación de esa calidad es importante para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población y requiere de un trabajo interdisciplinario que involucre

los campos de la bioética, el derecho, la salud pública y la administración sanitaria entre otros.(27) (28)

Por atención médica se entiende el conjunto de servicios que se presta a las personas, pacientes, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, estas intervenciones pueden ser: preventivas, curativas, de promoción o rehabilitación de la salud.(29)

Se entiende por calidad de la atención médica, al acto de otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico de un ambiente confortable, conforme a las normas de calidad, los conocimientos médicos, tecnología y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, con satisfacción de los prestadores de servicios y de la institución, que contribuyan a mejorar la calidad de vida.(29)

Evaluar es emitir un juicio de valor sobre una actividad o tarea, resultado de la comparación entre la situación observada y un patrón o modelo dado predeterminado y que se basa en mediciones.

La calidad de la atención es algo que, desde hace tiempo ha preocupado a los profesionales de Atención Primaria, este interés se ha incrementado en la medida en que se han desarrollado herramientas que permiten medir el nivel de calidad.

Existe una creciente evidencia científica que indica que el cuidado preventivo y el tratamiento adecuado de los pacientes con Diabetes Mellitus disminuyen la progresión de complicaciones y los riesgos de comorbilidades asociadas. Por otra parte se han desarrollado diversas estrategias de tratamiento que han demostrado ser costo – efectivas en el manejo de la enfermedad, se entiende por costo efectividad a la comparación de efecto entre distintas alternativas (por ejemplo año de vida ganado), con base en estos hallazgos, se han realizado guías de tratamiento como las de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de igual forma se han desarrollado indicadores que permiten medir la calidad de atención en pacientes con diabetes.(30)

Existen diferentes fuentes de información así como parámetros a tener en cuenta para la evaluación de la calidad en la atención, estos incluyen indicadores que reflejan desenlaces finales, como mortalidad e incidencia de complicaciones crónicas, lo cual se dificulta por el largo seguimiento que esto requiere, otro indicador que también se puede usar es la Hemoglobina Glicosilada, un marcador biológico útil para vigilar el control metabólico de los pacientes, por lo que en algunas ocasiones se le ha utilizado como medida indirecta e intermedia de la calidad de la atención.

El uso de indicadores de evaluación de la calidad en la atención, permite: medir lo ejecutado, elaborar criterios de evaluación, fijar estándares y diseñar programas de corrección. Donabedian fue quien primero planteó que los métodos para evaluar la calidad de atención en salud puede aplicarse a tres elementos básicos del sistema: de estructura, de proceso, de resultado.(31)

Los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, toma en cuenta aspectos tales como: comodidades, instalaciones físicas y organización. (32)

Los indicadores de calidad de proceso, indicadores de proceso, miden de manera directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención que se le proporciona al paciente, por lo que esta incluye los procedimientos y las mismas actividades.(33)

Los indicadores de calidad de resultados, indicadores de resultados, miden el nivel de éxito que se logra alcanzar en los pacientes con las actividades realizadas, toma en cuenta si se cumplieron los objetivos que se habían propuestos a la hora de planificar dichas actividades, toma en cuenta los cambios que se producen en el estado de salud del paciente así como la manera general en que el paciente percibe la atención que ha recibido.

Se distinguen indicadores de resultados de aparición precoz tales como episodio de cetoacidosis e hipoglucemia, indicadores de resultados de parición intermedia como glucemia en ayunas, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) lipidemia y proteinuria y existen los indicadores de resultados de aparición tardía como por ejemplo: ceguera, neuropatía, amputación o infarto de miocardio(34).

La calidad de la atención brindada a los pacientes con Diabetes Mellitus es un tema que preocupa a estos, a sus familias, a los profesionales prestadores de servicios de salud, a las entidades de financiamiento y a las autoridades de salud pública, ya que en gran parte la eficacia de las estrategias implementadas depende en gran parte de esta calidad en la atención.(28)

El concepto de calidad de la atención referido a las personas con Diabetes Mellitus incluye tres principios básicos:

1. Conocimientos, aptitudes y práctica clínica para el control de la Diabetes Mellitus, y suficiente motivación de los integrantes del equipo de salud.

2. Acceso del paciente a la atención, insulina, fármacos específicos, tiras reactivas y otros elementos necesarios para su control y tratamiento.

3. Motivación, adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad. (23)(35)

Estudios en distintas partes del mundo indican que la calidad de la atención de pacientes con Diabetes Mellitus dista ampliamente de las recomendaciones publicadas, fenómeno que se relaciona con un preocupante aumento en la morbi – mortalidad y un elevado gasto en los servicios de salud prestados tanto a nivel público como privado.(36)

En Australia se realizó un estudio que buscaba evaluar la calidad de la atención percibida por las personas con diabetes mellitus tipo 2, quienes señalaron la calidad de

la atención como insuficiente y consideraron que con relación a la calidad del servicio hay una notable diferencia entre sus expectativas y la mayoría de los aspectos de la atención recibida.(37)(38)

Un estudio realizado en Muscat, Omán mostró que 52% de las consultas realizadas por los médicos que atienden pacientes con Diabetes Mellitus no eran óptimas (no lograban cumplir con el 75% de los aspectos observados) y un 75% de las consultas de las enfermeras a la misma población fueron catalogadas como subóptimas (con un cumplimiento menor al 50%).(39)(40)(41)

En cuanto a la Diabetes Mellitus, el objetivo último en la atención de estos pacientes es mejorar la atención que se les proporciona, aplicando prácticas de eficacia comprobada, las cuales nos aseguren lograr los objetivos terapéuticos en el menor plazo, al menor costo y logrando mejorar la calidad de vida del usuario a más largo o mediano plazo.

2.5. REALIDAD DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Hasta hace unas décadas las enfermedades infecciosas agudas eran la principal preocupación de los profesionales de la salud y mundialmente se realizaron grandes esfuerzos para su atención y control, gracias a que en el siglo pasado hubo un gran auge de la medicina, biotecnología y la salud pública (en aspectos como vacunación, saneamiento, vivienda y educación), se ha logrado disminuir su impacto individual y colectivo, al mismo tiempo que hay un aumento en la longevidad, el cual trae consigo

un aumento en el tiempo en que las personas están expuestas a factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas.

El concepto de enfermedad crónica es relativamente nuevo en el discurso biomédico, hasta 1927 no se incluyó el término “Diseases Chronic” en el Index medicus, en la década de los cincuenta del siglo XX las enfermedades crónicas despertaron el interés de las ciencias sociales debido a que eran patologías incapacitantes con fuertes consecuencias para el desempeño laboral. En los años setenta se empieza a hablar cada vez más del manejo de esas enfermedades por parte de los pacientes y en los años ochenta del papel de los sistemas de salud en la prevención y control.(42)

A pesar de los grandes avances de la medicina y la tecnología, hay gran dificultad para el adecuado control de pacientes con enfermedades crónicas, las causas para esta dificultad son multifactoriales e incluyen entre otras:

- Falta de preparación adecuada de los profesionales en salud para atender a pacientes con condiciones crónicas.

  La preparación de los profesionales de la salud se centra más en la atención a individuos con enfermedades episódicas y agudas, la atención a pacientes con condiciones crónicas es diferente, ya que ellos requieren una atención coordinada a lo largo del tiempo y centrada en sus necesidades, valores y preferencias, lo cual implica que los profesionales de salud requieren adquirir habilidades para mejorar la comunicación en la relación médico, paciente,

comprender la importancia de desarrollar actividades en pro de obtener una adecuada adherencia al tratamiento médico y mejorar conocimientos para el auto tratamiento con el fin de prestar una atención que tenga mayor impacto en el proceso salud – enfermedad de los individuos que acuden a las diferentes instancias del sistema prestador de servicios de salud.(43)

- El sistema sanitario está preparado para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, pero no para la atención proactiva de enfermos crónicos.

- El control de las condiciones crónicas requiere grandes cambios en el comportamiento de los pacientes, los profesionales prestadores de servicios de salud y la organización del sistema.

- Los pacientes pueden estar largos períodos de tiempo antes de que alguien realmente se preocupe por sus condiciones.

- En los países en vías de desarrollo, la adhesión terapéutica es de tan solo el 20%, lo cual ocasiona malos resultados en salud a un costo muy alto para la sociedad, lo cual está altamente influenciado por la dificultad de los miembros del equipo de salud para comunicarse adecuadamente con los pacientes de tal manera que se logre una motivación adecuada para adherirse a un plan de tratamiento que el paciente sienta que se realizó tomando en cuenta sus valores, creencias y objetivos con relación a su enfermedad.

En Ecuador y otros países en vía de desarrollo, la Diabetes y las enfermedades crónicas en general se presentan principalmente a nivel de atención primaria en salud y por lo tanto requieren que desde allí se haga un buen manejo de ellas, sin embargo la atención primaria necesita ser fortalecida para poder prevenir y controlar mejor las condiciones crónicas.

Mejorar la atención en salud para las condiciones crónicas necesita tomar en cuenta la adhesión a los tratamientos a largo plazo y el seguimiento adecuado y oportuno de esos tratamientos el cual es notablemente bajo y exige un trabajo coordinado y bien enfocado que comprometa no solamente a los prestadores de salud, sino también un buen compromiso por parte de las autoridades que toman las decisiones y formulan políticas de salud.

2.6. REPERCUSIÓN SOCIO - ECONÓMICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La Diabetes impone un alto costo a los individuos que la padecen, la sociedad y a los sistemas de salud de cada país, estos elevados costos se deben no solo al gasto directo por atención de la enfermedad sino a los gastos indirectos que se generan al haber una pérdida de la productividad causada por invalidez y mortalidad prematura. Se ha demostrado que este costo por la atención médica de las personas diabéticas supera en 2 -3 veces el costo por atención en salud de personas que no padecen de diabetes.

En los estudios de costos generados por la diabetes, tenemos costos económicos directos que reflejan los recursos utilizados en el tratamiento o para hacer frente a la enfermedad, incluyen los costos directos médicos por concepto de hospitalización, visitas ambulatorias, medicamentos, exámenes de laboratorio, materiales y servicios odontológicos y de emergencia y los costos directos no médicos que comprenden los gastos incluidos en transporte y tiempo invertido por pacientes (y acompañantes) hacia los sitios de prestación de servicios, alimentación y hospedaje durante esas visitas.(44)

Dentro de los costos de la diabetes tenemos algunos fácilmente reconocibles como los debidos a la atención y tratamiento de la misma, las pérdidas de salario de una persona con invalidez por la misma; hay otros menos reconocidos y más difícilmente valorables como los recursos monetarios y de tiempo empleado en la atención del individuo con diabetes; existen otros costos que son de tipo psicológicos, los cuales incluyen la discriminación a la cual son sometidos los pacientes.(45)

Se han realizado algunas estimaciones del costo de la diabetes, y se ha concluido que en Estados Unidos los costos por Diabetes pasaron de $2.6 mil millones en 1996, $98 mil millones en 1997 a $133 mil millones en 2002. Un estudio en Canadá revela que el costo de la diabetes en ese país fue de $5 mil millones.

En América Latina y el Caribe el costo fue de $65 mil millones en 2000. A nivel del Ecuador los costos directos se estiman en $233.4 millones, los costos indirectos en $365,10 para un costo total de $598,50.(46)

Combinando los datos anteriores se obtiene el costo de la atención en diabetes en América, el cual es del orden de $210 mil millones, de los cuales $95 mil millones fueron costos directos y $106 mil millones fueron costos indirectos. El aumento en los costos tiene causas multifactoriales entre las cuales se pueden mencionar: el incremento en la prevalencia de la diabetes, el aumento en los costos de la atención médica, la marcada utilización de servicios por personas con diabetes y el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento de la enfermedad.(47)

A pesar de que existen normas internacionales de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a pacientes con Diabetes Mellitus y enfermedades crónicas en general, los estudios realizados sobre calidad de atención han demostrado que la mayoría de los pacientes diabéticos en diferentes países no reciben una atención con una calidad adecuada. Esta amplia brecha entre las normas internacionales de atención y los estilos prescriptivos observados en la práctica aumentan significativamente los costos de la atención.(48)

Algunos investigadores postulan que no hay relación entre el control glucémico y la calidad de vida en los pacientes con diabetes, sin embargo existen estudios que indican que hay una relación entre niveles altos de hemoglobina glicosilada y un empeoramiento de los síntomas, el estado de ánimo y el bienestar. Por otro lado recientes estudios muestran como el buen control glicémico se relaciona con una mejor calidad de vida, mejor rendimiento laboral, aumento en la capacidad productiva, disminución en el ausentismo laboral, restricción funcional de las actividades diarias y menor uso de servicios de salud tales como atención médica y visitas de enfermería, lo

cual se refleja notablemente en la disminución de los costos directos e indirectos por atención a pacientes diabéticos.(49)

Cuando existe un mal control de la Diabetes (y cualquier enfermedad crónica en general) los costos trascienden los gastos individuales por atención médica y todos los actores implicados en la atención del paciente se ven afectados y obligados a cancelar estos altos costos. Los pacientes y sus familiares deben pagar los altos costos de la atención médica y asumir los mismos generados por los días de incapacidad laboral o pérdida definitiva del empleo; por otro lado hay gastos no cuantificables como los efectos emocionales de la discapacidad, el deterioro de la calidad de vida y la disminución de la duración de la misma.

Las organizaciones prestadoras de salud deben asumir muchos costos no fácilmente identificables como el esfuerzo y empeño que colocan en la atención de personas con condiciones crónicas. Los trabajadores de la salud experimentan la frustración de no ver e bienestar esperado en los pacientes a quienes les han invertido sus mayores esfuerzos; los administradores de las organizaciones de salud usualmente están frustrados porque dudan si los recursos gastados en la atención de personas con condiciones crónicas están bien invertidos.

Los gobiernos y lo sistemas de salud nacionales invierten grandes sumas de dinero en su afán de cumplir con la población y poner un sistema al alcance de la mayor cantidad posible de pacientes con diabetes mellitus y otras condiciones crónicas. La sociedad en general sufre pérdida de trabajadores por hospitalización, discapacidad y muerte, lo cual va en detrimento del potencial productivo nacional.(50)

2.7. MODELOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Los métodos tradicionales de prestación de servicios en salud no cubren adecuadamente las necesidades de las personas con enfermedades crónicas como la Diabetes (por citar solo un ejemplo), en una encuesta sobre la atención que recibieron pacientes diabéticos por parte del equipo de salud de atención primaria, se halló que estos recibían solamente 64 a 74% de todos las intervenciones recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association - ADA).(51)

Hay evidencia de estudios que muestran que durante un año de seguimiento, la hemoglobina glicosilada a pacientes diabéticos fue realizada solamente en un 44% de los pacientes, cuando la Asociación Americana recomienda 2 a 4 mediciones por año y la realización de la proteinuria se realizó solamente en 48% .(52)

Gilmer y colaboradores en sus estudios encontraron que cada punto porcentual de aumento de la hemoglobina glicosilada por encima de lo normal, produce un aumento significativo en los costos de la atención a los pacientes diabéticos durante los próximos 3 años, otro estudio realizado por Testa y colaboradores reveló que el buen control glucémico presenta una asociación a corto plazo con la disminución de la utilización de los servicios de salud, un aumento en la productividad y una mejor calidad de vida.

Wagner y colaboradores encontraron que una reducción sostenida de la Hemoglobina Glicosilada está asociada con una disminución en los costos por atención a pacientes diabéticos dentro de los 1 a 2 años siguientes.(53)

Como un esfuerzo por plantear respuestas ante la creciente demanda de atención a individuos con condiciones crónicas, se han planteado diferentes modelos de atención.

Algunos son modelos de sistema, tales como: el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas (Chronic Care Modelo o CCM por sus siglas en inglés) y el Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónica (The Innovative Care for Chronic Conditions Framework o ICCC por sus siglas en Inglés), y más allá de estos modelos, el otro tipo más utilizado hace referencia a modelos poblacionales, cuya énfasis está en la población en su conjunto y sus necesidades en lugar del sistema.

2.7.1. Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model o CCM -)

El enfoque más destacado es el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas o Chronic Care Model (CCM) iniciado a mediado de la década de 1990, por Edward Wagner y asociados en el Mac-Coll Institute for Health care Innovation de Seattle (EE.UU), modelo del cual existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen de manera simultánea. (54)

The Chronic Care Model es el resultado de diversos esfuerzos para mejorar la gestión de enfermedades crónicas en los sistemas de salud de los Estados Unidos, así como de revisiones sistemáticas de la literatura al respecto y de las aportaciones de un panel de expertos estadounidenses. Este modelo no es una solución fácil ni rápida, sino por

el contrario es una solución multidimensional a un problema complejo como es la atención a pacientes con condiciones crónicas, que ha demostrado un alto índice de efectividad, dado por el efecto sinérgico que se produce al combinar sus múltiples intervenciones(55).

El modelo de Atención a Enfermedades Crónicas se creó sobre una evidencia inicial que provenía de analizar intervenciones que se realizaron en diferentes poblaciones con enfermedades crónicas.

Estos análisis indicaron que había cuatro estrategias que daban los mejores resultados: aumentar los conocimientos y las habilidades en los profesionales de la salud, la educación y el apoyo a los pacientes, prestación de atención en equipo y planificada y hacer un mejor uso de la información basada en los registros de información.(56)

Este modelo trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

2.7.1.1. Organización de cuidados en el sistema sanitario

Se requiere que la organización prestadora de servicios de salud a pacientes con condiciones crónicas y sus líderes consideren la enfermedad crónica y la innovación en su atención como una prioridad.

2.7.1.2. Políticas y recursos comunitarios

Se requiere que la organización prestadora de servicios en condiciones crónicas reconozca e involucre los recursos disponibles en la comunidad, tales como programas de ejercicio físico, hogares de la tercera edad, asistencia social y grupos de autoayuda.

2.7.1.3. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y su familia en el seguimiento global)

Las personas con condiciones crónicas viven durante muchos años, por lo que se requiere que el paciente adquiera los conocimientos, las habilidades y la confianza necesaria para que él mismo se haga cargo del control de su enfermedad.

2.7.1.4. Equipo de cuidados

La estructura de la atención en condiciones crónicas requiere que se conforme un equipo de atención con funciones bien definidas para cada uno de los participantes y separando la atención de las condiciones agudas de las enfermedades crónicas. Dentro de este marco conceptual del funcionamiento del equipo, las enfermeras especialmente entrenadas y con experiencia en atención y seguimiento a pacientes con condiciones crónicas deben mantener un asesoramiento continuo a los pacientes a través de protocolos y guías clínicas.

Los médicos especialistas actúan como consultores permanentes, y los farmacólogos clínicos deben contribuir a reducir los efectos secundarios de los regímenes terapéuticos. Es necesario que este equipo de atención se anticipe a los problemas,

realice un trabajo regular y tenga una comunicación y seguimiento permanente de los pacientes.

2.7.1.5. Sistemas de información clínica

El sistema informatizado permite el registro individualizado de los pacientes, con sus condiciones especiales mediante la creación de subgrupos especiales, una atención planificada y la integración de guías y protocolos de manejo. Este sistema es utilizado por todos los integrantes del equipo de atención a condiciones crónicas y permite el registro del progreso de cada paciente.

2.7.1.6. Apoyo a las decisiones

El equipo de atención cuenta con la existencia de guías de práctica clínica con protocolos integrados en la práctica, apoyados en la colaboración permanente y planificada de los médicos generales y especialistas.

Este modelo, orientado a mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, ha sido utilizado y adaptado en diferentes países, de tal forma que la mayoría de las políticas sobre estas afecciones en las naciones desarrolladas lo utilizan. En el 2003 dicho modelo fue revisado y adaptado, al respecto autoridades sanitarias de Vancouver, Canadá, decidieron incluir los componentes de promoción de la salud de la población, tales como los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria.

El modelo de Wagner también ha sido adaptado por numerosas organizaciones, entre ellas la Organización Mundial de la Salud , quien consideró importante otras opciones derivadas del modelo de Wagner, por lo que convocó a un grupo de expertos de Asia, África, Europa y América Latina, quienes estuvieron de acuerdo en que sería útil adaptar el modelo para sus respectivos países, el resultado ha sido denominado "Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas", The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC, por sus siglas en Inglés).

El modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud incorpora un enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, énfasis en la prevención, en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia.(57)

La iniciativa del Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas surgió del reconocimiento del alcance global de la epidemia de enfermedades crónicas y la necesidad de una respuesta multidimensional que implicaba un fortalecimiento y reorientación de los Sistemas de Salud, sus inicios están enmarcados por la revisión de la literatura sobre aquellos modelos y experiencias de atención a enfermedades crónicas que se reportaran como más eficientes y efectivos; el modelo escogido fue el Chronic Care Model (CCM) desarrollado por Wagner y colaboradores del McColl Institute for Healthcare Innovation, el cual mostró ser el modelo más avanzado en términos de conceptualización, diseño, experiencias y evidencia en su respaldo.

2.7.2. Aportaciones del modelo de atención innovadora respecto al modelo de atención a enfermedades crónicas

El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas incorpora un enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, el énfasis en la prevención, en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia.(58)

El modelo antes mencionado incluye componentes en los niveles micro, macro y meso, en el nivel micro, que corresponde a la comunidad, se encuentran elementos como elevación de la conciencia y reducción de estigmas, fomento de mejores resultados a través del liderazgo y la ayuda, así como movilización y coordinación de recursos.

En el modelo de Atención a Enfermedades Crónicas existe una díada compuesta por la interacción entre el paciente y el profesional de salud, esta es ampliada por la inclusión de la comunidad en el Modelo de Atención Innovadora, configurando una tríada que busca resaltar la importancia y los fuertes nexos que existen con la comunidad, en la cual hay una amplia variedad de recursos disponibles para que los servicios prestados tengan mayor impacto a nivel individual y colectivo.

La inclusión de las actividades comunitarias está sustentada en la observación de que los cambios de comportamiento tienen un doble componente, uno individual y a más de este hay un componente colectivo, ya que influyen en ellos en gran parte factores relacionados con el entorno del paciente, tales como normas sociales, reglamentaciones, políticas institucionales y el ambiente físico, por lo cual es

imprescindible que las estrategias de salud pública incluyan acciones comunitarias que induzcan a cambios en las comunidades y sus entornos, promuevan estilos de vida sanos y ayuden a prevenir factores de riesgo para el desarrollo y progreso de enfermedades crónicas como es el caso de la obesidad, que se encuentra altamente relacionada con estos eventos crónicos.(59)

El nivel Macro está relacionado con la creación de un ambiente de políticas positivas como son: liderazgo y legislación adecuada, integración política, colaboración, financiamiento y asignación de recursos humanos; los cuales faciliten la creación de un entorno político positivo que apoye una orientación de los servicios hacia la atención de las personas que presentan condiciones crónicas.(60)

En el campo antes descrito juegan un papel importante el liderazgo sólido, la acción intersectorial, la integración de políticas, la negociación entre actores relevantes, la disponibilidad de recursos financieros y la dotación y desarrollo de los recursos humanos del sector, los cuales configuran una dimensión apenas contemplada en el

El nivel meso (o tercer nivel), que comprende la atención sanitaria, agrupa parámetros tales como: promoción y coordinación continuas, fomento de la calidad a través del liderazgo y las incentivas, organización y aseguramiento material de los equipos básicos de salud, uso de los sistemas de información y ayuda al autocuidado y prevención.(61)

En este nivel se sigue enfatizando el rol de los actores comunitarios y el concepto de integración – coordinación de servicios y recursos, asimismo los aspectos de apoyo a la decisión se engloban dentro del apartado de dotación de recursos.

2.8. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS ADAPTADO A DIABETES MELLITUS

El Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas cuenta con dos instrumentos de evaluación: ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) y el PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care). (62)

2.8.1. ACIC (Assessment of Chronic Illness Care)

La evaluación de la atención de enfermedades crónicas (ACIC-Assessment of Chronic Illness Care) surge en el año 2000 como una herramienta que ha sido desarrollada para ayudar a los equipo de atención a pacientes crónicos a identificar aquellas áreas de la atención que requieren ser mejoradas, y evaluar el nivel y la naturaleza de las mejoras introducidas en el sistema. (63)

Esta herramienta de evaluación requiere de 15-30 minutos para ser diligenciada, incluyendo el tiempo para la discusión dentro de los miembros del equipo de atención con el ánimo de llegar a un acuerdo sobre las calificaciones, discusiones útiles para la identificación de aquellas áreas que necesitan ser mejoradas.

Es una de las primeras herramientas integradas enfocada específicamente en la organización de la atención para las enfermedades crónicas, siendo innovador en este sentido, ya que las herramientas anteriores se enfocaban en medidas tradicionales de resultados (por ejemplo niveles de hemoglobina glicosilada), medidas de productividad (por ejemplo número de pacientes atendidos), o indicadores de proceso (porcentaje de pacientes que reciben exámenes de los pies).(64)

El ACIC tiene dos versiones. Versión 3.0 y la Versión 3.5. La versión 3.0 se basa en 6 elementos o áreas de cambio propuestas por el Modelo de Atención de Enfermedades crónicas, cuenta con 28 componentes, 4 niveles de respuesta (del nivel A al nivel D) y se califica con una escala de 0 a 11, los resultados se ponderan según la siguiente escala:

- 0-2: cuidados deficientes en enfermedad crónica.
- 3-5: cuidados básicos en enfermedad crónica.
- 6-8: cuidados buenos (avanzados) en enfermedad crónica.
- 9-11: cuidados muy buenos (o integrales) en enfermedad crónica.

Más recientemente se diseñó la versión 3.5, la cual cuenta con 7 secciones, que corresponden a los 6 elementos del modelo de Atención de Enfermedades crónicas más un séptimo elemento que es la integración, por lo que añade 6 componentes a la versión anterior para un total de 34 componentes. (Anexo 2: Cuestionario para la Evaluación de Cuidados en Diabetes dirigido al Equipo del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba)

2.8.2. PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care)

PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) fue desarrollado en el 2005 para evaluar la implementación del Modelo de Atención a Pacientes Crónicos a través de la perspectiva del paciente.(65)

El PACIC cuenta con 20 preguntas en torno a:

2.8.2.1. Atención centrada en el paciente (preguntas del 1-3)(66)

Las acciones que solicitan la aportación del paciente y su participación en la toma de decisiones.

2.8.2.2. Proactividad de cuidados (preguntas del 4-6)

Las acciones que organizan la atención y proporcionar información a los pacientes para mejorar su comprensión de la atención.

2.8.2.3. Planificación: (preguntas del 7-11)

Se refiere a la adquisición de la información y el establecimiento de objetivos específicos.

2.8.2.4. Toma de decisiones compartida: (preguntas del 12-15)

Tiene en cuenta los posibles obstáculos y el entorno social y cultural del paciente en los planes de tratamiento.

2.8.2.5. Apoyo al autocuidado: (pregunta 16-20)

Organización de la atención y establecimiento de un contacto proactivo con los pacientes para evaluar el progreso y coordinar actividades de cuidado.

Un estudio realizado por Glasgow y colaboradores sugiere que el PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) tiene características psicométricas razonables y que es apropiado para evaluar una variedad de enfermedades crónicas incluida la diabetes.(66)

Actualmente se promulga el uso de la versión PACIC -5A (ask, advise, agree, assist, and arrange) utiliza las 20 preguntas originales del PACIC Y 6 preguntas adicionales que reflejan un modelo de cambio comportamental.(67)

(Anexo 3: Cuestionario para la evaluación de cuidados en diabetes dirigido al cliente externo-paciente - del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

En el presente estudio se utilizó una metodología cualitativa y otra cuantitativa.

3.1. POBLACIÓN

Pacientes pertenecientes a la clínica de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba (Ecuador) y miembros del equipo de salud que tienen a su cargo la atención de estos pacientes (dos médicos familiares, una médica internista, un médico endocrinólogo, una trabajadora social, una nutricionista, una licenciada en enfermería).

3.2. MUESTRA

Las encuestas se realizaron a los miembros del equipo de salud, mediante la utilización del cuestionario ACIC (ACIC-Assessment of Chronic Illness Care) versión 3.5 y las encuestas de los pacientes se hicieron a través del cuestionario PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care).

La muestra para las entrevistas fue intencional, se escogió a las personas que serían entrevistadas por su deseo de ser entrevistados o por referencia de los otros compañeros del grupo que indicaban quienes podían aportar información útil al estudio y quienes consideraban que podían representar sus opiniones.

3.2.1. Criterios para la selección de pacientes

a. Ser miembros del club de diabetes del Hospital del Instituto de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, reconocido por otros miembros.

b. Ambos sexos.

c. Ser mayor de 18 años de edad.

d. Asistir a las actividades del club de diabetes del Hospital del Instituto de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba.

e. Ser recomendado por otros miembros del club de diabetes del Hospital del Instituto de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba.

f. Aceptar ser entrevistado (expresarlo mediante la firma del consentimiento informado).

3.2.2. Criterios de exclusión de pacientes

a. No ser miembros del club de diabetes del Hospital del Instituto de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba.

b. No aceptar ser entrevistado.

3.2.3 ASPECTOS BIOÉTICOS

Se procedió a someter el presente protocolo de investigación al comité de investigación del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, al equipo de salud y al grupo de pacientes que pertenecen a la clínica de Diabetes, se explicó el propósito del presente estudio y su utilidad en la propuesta de estrategias de mejoramiento en la calidad de la atención. Los pacientes manifestaron su deseo de participar del presente estudio mediante la firma en el formulario de consentimiento informado, se mantuvo la confidencialidad de los datos personales de los entrevistados. (Anexo 5: Consentimiento Informado)

3.3. HERRAMIENTAS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA FASE CUALITATIVA

Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica, la cual busca esencialmente describir desde una perspectiva libre de hipótesis o preconcepciones y es especialmente útil para poner en evidencia las experiencias de los actores de una situación determinada desde su propia perspectiva, de tal forma que el estudio fenomenológico busca conocer lo esencial de la experiencia de las personas.(68)

3.3.1. Entrevistas

El trabajo de campo de la fase cualitativa se desarrolló en abril del 2012. Se realizó entrevistas semiestructuradas individuales a 8 pacientes, al inicio de la entrevista, se les explicó quién era el investigador, el motivo de la entrevista, y se confirmó su deseo libre y voluntario por participar del estudio. (Anexo 4: Temas de la entrevista semiestructurada)

Las entrevistas semiestructuradas permitían tener una guía de temas, pero no constituían un cuestionario, y permitían abordar áreas de interés sin seguir un orden, ni una formulación pre establecida. La duración de las entrevistas fue de treinta minutos. Se trató los siguientes temas: opinión sobre la información que le brindaron sobre cuidados a tener en cuenta, opinión sobre la atención recibida, grado de comprensión sobre la información recibida por los miembros del equipo de atención y que hace cuando no logra entender, disponibilidad de medicamentos e insumos y accesibilidad a citas médicas.

3.3.2. Grabación y Transcripción

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas utilizando Microsoft Word y se encuentran disponibles. El plan inicialmente fue utilizar el programa Nvivo 8 para la codificación de las entrevistas pero por dificultades en conseguirlo se optó por utilizar Microsoft Word.

3.3.3. Saturación de la muestra

Durante la última entrevista se constató la saturación de la muestra, ya que se logró percibir que no había variación en las respuestas.

3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

3.4.1. Codificación

Se realizó la lectura de las entrevistas con el objetivo de elaborar el libro de códigos utilizando la estrategia de codificación de la "Teoría fundamentada" donde los códigos surgen del texto estudiado. Durante la lectura de las entrevistas se encontraron temas importantes expresados en ideas, sentimientos o fenómenos asociados a la pregunta de la investigación, a los cuales se les asignó un código el cual se usó siempre que se repetía la misma información (Las entrevistas están disponibles en caso de que se requieran).

3.4.2. Libro de códigos

Se encontró cuatro categorías de códigos a cada uno de los cuales se le asignó un color: Comunicación (color amarillo), Disponibilidad de citas, medicinas y tiras reactivas (azul), Percepción de la calidad del servicio (anaranjado), Dificultades para el cumplimiento del tratamiento (verde).

3.4.3. Conceptualización

Se reunió las citas de las entrevistas que correspondían a un mismo código en un solo archivo de Word, con el cual se elaboró un cuadro que contenía una clasificación de los códigos según: obstáculo u oportunidad y la categoría (Humano, tecno científica y administrativa).

3.5. INFLUENCIAS SOBRE EL ANÁLISIS

El marco conceptual del investigador así como la revisión bibliográfica son datos que pudieron influir en la elaboración del libro de códigos.

3.6. LIMITACIONES DE LA FASE CUALITATIVA

No se realizó grupos focales y no se estableció previamente una guía de observación con la cual estandarizar procesos y momentos por lo cual no se hizo descripción ni análisis de lo observado.

3.7. HERRAMIENTAS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA FASE CUANTITATIVA

La fase cuantitativa y cualitativa se realizaron simultáneamente, lo cual se facilitó porque la mayoría de los pacientes se reúnen en la mañana en uno de los parques de la ciudad para realizar actividad física (bailo terapia) y luego participan en grupos

pequeños de manualidades, danza y coro en diferentes horarios tanto en la mañana como en la tarde.

3.7.1. Técnicas de recolección de la información

Los datos se tomaron a través de la hoja de recolección de datos enfocada a obtener información sobre las características socio – demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y ocupación). (Anexo 1: Hoja de recolección de datos).

Para los datos sobre la hemoglobina glicosilada de los pacientes se obtuvo un permiso por escrito de la institución para tomar los datos de la base de datos del laboratorio, con lo cual se creó un listado de los pacientes con el respectivo valor de la hemoglobina glicosilada, posteriormente se transcribió el valor a la hoja de recolección de datos, se verificó por tres ocasiones que los datos consignados correspondieran con la base de datos original, cuando no se encontraba el valor en algún pacientes, el espacio respectivo en la hoja de recolección de datos quedaba en blanco.

Se utilizó el cuestionario ACIC dirigido al Equipo prestador de servicios de salud en la Clínica de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, el cual evalúa los cuidados que se proporcionó a los pacientes diabéticos, diseñado para ayudar a la Clínica a mantenerse al día en el manejo de la enfermedad. (Anexo 2: Cuestionario para evaluación de cuidados en diabetes dirigido al equipo prestador de servicios de salud)

La percepción de los miembros del equipo de salud sobre la calidad de la atención se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario ACIC versión 3.5, cada participante recibió la información sobre objetivos, justificación, beneficios del estudio, procedimiento, aclaraciones e información sobre como revocar el consentimiento si en algún momento del estudio así lo decidiera, cada uno de ellos firmó la hoja de consentimiento.

El cuestionario ACIC versión 3.5 consta de siete componentes:

- Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de pacientes pertenecientes al club de Diabetes: Los componentes de esta sección son: Liderazgo del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, Objetivos, Estrategia, Incentivos y regulación de los cuidados, Participación del máximo responsable de la clínica en esfuerzos de mejora en los cuidados de los pacientes.

- Relaciones del Equipo con la Comunidad: Sus componentes son: la información a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba de los recursos externos comunitarios con los cuales se cuenta, los convenios con organizaciones y asociaciones y la presencia y el uso que se le dan a las guías actualizadas de manejo.

- Apoyo del autocuidado. Se evalúan las necesidades y actividades del autocuidado, las formas de apoyo en autocuidado, los intereses del paciente y la familia, y las intervenciones de cambio de conductas en salud.

- Apoyo en la toma de decisiones. Se refiere al apoyo que tiene el Equipo para tomar decisiones adecuadas. Sus componentes son: la existencia y el buen uso de estas guías, la forma en que se cuenta con la colaboración de los otros Especialistas, la educación del Equipo en cuidados del paciente Diabético, y la información que recibe el paciente sobre el uso de esas guías clínicas.

- Sistema de Provisión de cuidados. Se refiere a la organización del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba para proveer los cuidados a los pacientes. Sus componentes son: la funcionalidad del Equipo, el liderazgo del mismo y la manera en que funciona el sistema de citas.

- Sistemas de Información Clínica. Analiza las características del proceso de recolección de la información, sus componentes son: Registro o listado de pacientes que contenga la existencia de sub - poblaciones con necesidades especiales, Recuerdos al Equipo sobre el grado de adherencia del paciente al tratamiento, presencia de un sistema de evaluación con supervisión de la tarea realizada, información sobre subgrupos con necesidades especiales y la existencia de planes individualizados de tratamiento.

- Integración del modelo de atención en Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Se refiere a la manera en que se integran los elementos del modelo de cuidados de pacientes Diabéticos a los objetivos de autocuidado del paciente y a los sistemas de registro e información clínica.

Sus componentes son: Información a los pacientes sobre las guías clínicas, uso de sistemas de recuerdo en el seguimiento y en la reevaluación de objetivos para pacientes y Equipo, programas comunitarios, planificación basada en cuidados a Diabéticos, la cual permita cambios con el ánimo de mejorar la atención, seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos, presencia de guías para el cuidado del paciente Diabético, las cuales se revisan en unión con el paciente para planificar objetivos y acotar la disponibilidad para cambiar por parte del paciente.

El ACIC es una escala para creada por en el 2000 por el Dr. Wagner E. y colaboradores del Mac Coll Institute de Seattle (EUA), para evaluar la percepción de la calidad de la atención que tienen los equipos de salud en cuanto a la disponibilidad de los recursos en los servicios para la atención de personas con enfermedades crónicas, adaptado para diabetes y validado para el español.(63) (62)(63)(69)

Los pacientes recibieron información sobre el tema el estudio, justificación, objetivos, beneficios, procedimiento, aclaraciones, existencia y uso de la carta de revocatoria del consentimiento informado, luego de lo cual cada uno firmó la carta de consentimiento informado, se procedió a aclarar sus dudas cuando estas existieron y posteriormente se aplicó el cuestionario durante un tiempo aproximado de 15 minutos por paciente.

Se utilizó el cuestionario PACIC modificado, diseñado para los pacientes, el cual constaba de 26 preguntas abiertas que tienen como objetivo descubrir cuál es la opinión de los pacientes con relación al servicio que reciben por parte del Equipo del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de

Riobamba en la atención que reciben.(Anexo 3: Cuestionario para la Evaluación de Cuidados en Diabetes dirigido al Cliente Externo –Paciente- del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba –PACIC-).

El cuestionario aplicado a los pacientes constó de seis secciones, cada una de las cuales tenía un número de preguntas que al final totalizaban 26, y se calificaban de 1 a 5 según la siguiente escala: 1 casi nunca, 2 la mayoría de las veces no, 3 algunas veces, 4 la mayoría de las veces sí y 5 casi siempre. Los pacientes desde su percepción indicaban la categoría escogida por ellos.

La escala PACIC fue construida en el 2005 por el Mac Coll Institute de Seattle (EUA) para evaluar la implementación del Modelo de Atención a Pacientes Crónicos y su traducción en español ha sido validada en pacientes diabéticos de Latinoamérica.(65)(66)(70)(67)

3.7.2. Análisis de Datos

Se calculó la muestra con un intervalo de confianza del 95%. Las variables cuantitativas se analizaron usando promedios, mediana, valor máximo, valor mínimo y desviación estándar. Se realizó cruce de variables con edad y hemoglobina glicosilada para ver si existía relación con la percepción de la calidad.

Los datos se presentaron a través de tablas y gráficos de pastel en aquellos casos en que la intención fue mostrar diferencias porcentuales y en el resto de casos se utilizaron gráficos en barra.

3.8.2.1 Percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención

Se realizó la descripción de los resultados de las variables socio – demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y ocupación). Se determinó la frecuencia de cada uno de los ítems y el porcentaje con el cual se presentaba cada uno de ellos, lo cual se expresó a través de tablas de resultados.

Se consideró un adecuado control metabólico cuando la hemoglobina glicosilada se encontraba menor o igual a 7% y un inadecuado control metabólico cuando la hemoglobina glicosilada era superior a 7%. Se determinó la frecuencia de cada valor y el porcentaje correspondiente.

Toda la información obtenida a través de las encuestas fue examinada por el investigador, se digitalizaron los formularios examinados usando el programa Epi Info versión 3.5.1, se verificó que las entradas no tuvieran errores; luego se examinó la mediana, porcentajes, valores mínimos y máximos. Posteriormente los datos fueron recodificados en aceptable, deficiente y excelente, tomando como punto de corte los percentiles, de la siguiente forma:

Atención centrada en el paciente: preguntas de la 1 a la 3, puntaje de 3 a 9/15 se recodificó como deficiente, de 10 a 13 aceptable y de 14 a 15 excelente.

Proactividad de cuidados: preguntas de la 4 a la 6, puntaje de 3 a 9/15 se recodificó como deficiente, de 10 a 13 aceptable y de 14 a 15 excelente.

Planificación de metas: preguntas de la 5 a la 9, puntaje de 1 a 7/25 deficiente, 10 a 19 aceptable y de 20 a 25 excelentes.

Toma de decisiones compartidas: preguntas de la 12 a la 15, puntaje 1 a 8/20 deficiente, de 9 a 12 aceptable y de 13 a 20 excelentes.

Apoyo al autocuidado: preguntas de 16 a 20, puntaje 5 a 9/25 deficiente, 10 a 19 aceptable y 20 a 25 excelentes.

Impacto social de la enfermedad: preguntas 21 a 26, puntaje 6 a 13 deficientes, 14 a 23 aceptable y 24 a 30 excelentes.

Se determinó la relación entre la percepción de la calidad y edad y luego entre percepción de la calidad y hemoglobina glicosilada.

3.8.2.2 Percepción de los miembros del equipo de salud sobre la calidad de la atención

Toda la información obtenida a través de las encuestas fue examinada por el investigador, se digitalizaron los formularios examinados usando el programa Epi Info versión 3.5.1 y mediante Microsoft Excel, se verificó que las entradas no tuvieran errores; luego se examinó la mediana, porcentajes, valores mínimos y máximos. Posteriormente los datos fueron recodificados de la siguiente forma:

Entre 0 y 17 puntos= cuidados deficientes en diabetes mellitus

Entre 18 y 35 puntos= cuidados básicos en diabetes mellitus

Entre 36 y 53 puntos= cuidados buenos en diabetes mellitus

Entre 54 y 66 puntos= cuidados muy buenos en diabetes mellitus

CAPITULO IV

RESULTADOS

La muestra fue de 107 pacientes de ambos sexos y 6 profesionales de la salud (miembros del equipo de atención) pertenecientes a la clínica de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, para los pacientes se utilizó la escala de evaluación PACIC (por sus siglas en inglés Patient Assessment of Chronic Illness Care), la cual consta de seis secciones: Atención centrada en el paciente, Proactividad de cuidados, Planificación de metas, Toma de decisiones compartidas, Apoyo al autocuidado e Impacto social de la enfermedad, cada una de estas secciones se evaluaron con una escala de 1 a 5 puntos.

Para los miembros del equipo de atención se utilizó la escala de evaluación ACIC versión 3.5 (por sus siglas en inglés Assessment of Chronic Illness Care), la cual consta de 7 secciones: Organización del hospital hacia el cuidado de los pacientes del club diabetes, Relaciones del equipo con la comunidad, Apoyo al autocuidado, Apoyo en la toma de decisiones, Sistema de provisión de cuidados, Sistema de información clínica e Integración del modelo de atención en diabetes, con un total de treinta y cuatro dimensiones o componentes, cuatro niveles de respuesta (del nivel A al nivel D) y se califica con una escala de 0 a 11.

4.1 INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

Se incluyó los parámetros de edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y ocupación correspondientes a la muestra tomada:

4.1.1 Edad

El promedio de edad de los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba fue de 68.51 años, con una mediana de 69 años y un rango de 48 a 83 años. (Ver tabla No.1).

Tabla Nº1: Edad de los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Variable	N	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
Edad	101	68,51	69,00	48,00	83,00	6,91

Fuente: Encuesta realizada a pacientes del Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.1.2 Sexo

Más de las ¾ partes de los encuestados pertenecían al sexo femenino. (Ver tabla Nº2)

Tabla Nº2: Sexo de los pacientes del Club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	90	84,1%
Masculino	17	15,9%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.1.3 Estado civil

Cerca de las ¾ de los encuestados tuvieron pareja estable.

Tabla Nº3: Estado civil de los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	67	63,2%
Divorciado(a)	9	8,5%
Separado(a)	2	1,9%
Soltero(a)	6	5,7%
Unión libre	1	0,9%
Viudo(a)	21	19,8%
Total	**106**	**100,0%**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.1.4 Nivel de instrucción

La tabla Nº4 muestra que casi la mitad de los pacientes culminaron sus estudios secundarios.

Tabla Nº4: Nivel de Instrucción de los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	38	35,8%
Secundaria	48	45,3%
Técnico	1	0,9%
Universitario	19	17,9%
Total	**106**	**100,0%**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.1.5 Ocupación

Cerca de la mitad de los pacientes se encuentran jubilados y la otra mitad mayoritariamente se dedican a quehaceres domésticos, con una pequeña población de encuestados que laboraban en artesanías y comercio.

Tabla Nº5: Ocupación de los pacientes de la Club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Artesano	7	6,6%
Comerciante	2	1,9%
Empleado	4	3,8%
Jubilado	49	46,2%
Profesional	1	0,9%
Quehaceres domésticos	43	40,6%
Total	**106**	**100,0%**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes del Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.2 CONTROL METABÓLICO

Considerando los valores de hemoglobina glicosilada, ¾ de los pacientes presentaban un inadecuado control metabólico y ¼ presentaban un adecuado control metabólico.

Tabla Nº6: Control metabólico de los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Control metabólico	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	25	25,5%
Inadecuado	73	74,5%
Total	**98**	**100,0%**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la Club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

4.3.1 Atención centrada en el paciente

El promedio alcanzado por la dimensión opinión sobre tratamiento fue de 3.22 sobre 5 puntos posibles, en promedio de opciones de tratamiento fue de 2.84 y en efectos secundarios del tratamiento el promedio alcanzado fue de 3.02. El puntaje total del componente de atención centrada en el paciente obtuvo un promedio de 9/15 (Tabla No.7).

Tabla Nº7: Atención centrada en el paciente.

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P1.Opinión sobre tratamiento	3,22	4	1	5	1,83
P2.Opciones de tratamiento	2,84	2	1	5	1,86
P3.Efectos secundarios del tratamiento	3,02	4	1	5	1,89
Atención centrada en el paciente	9,0	10	3,00	15,00	4,7

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al re - agrupar la información en tres criterios, se obtuvo que la mayoría de los pacientes calificaron la atención centrada en el paciente como deficiente. (Tabla Nº 8).

Tabla Nº8: Frecuencia de la Atención centrada en el paciente del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	22	20,6%
Deficiente	53	49,5%
Excelente	32	29,9%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3.2 Proactividad de cuidados

El promedio alcanzado por la dimensión recomendaciones para mejorar la salud fue de 3.45 sobre 5.0 puntos posibles, para satisfacción por la organización de los cuidados el promedio fue de 3,72 y para enseñanza sobre la influencia del cuidado de la salud el promedio fue de 3,81. El promedio del puntaje total fue de 11/15. (Tabla No. 9).

Tabla Nº9: Proactividad de cuidados

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P4.Recomendaciones para mejorar la salud	3,45	5,0	1,0	5,0	1,80
P5.Satisfacción por la organización de los cuidados	3,72	5,0	1,0	5,0	1,66
P6.Enseñanza sobre la influencia del cuidado de la salud	3,81	5,0	1,0	5,0	1,69
Proactividad	11	12	1	15	4,2

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al reagrupar la información en tres categorías, se obtuvo que casi la mitad calificaron Proactividad como excelente (Tabla No.10).

Tabla Nº10: Frecuencia de la Proactividad de cuidados en los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	25	23,4%
Deficiente	37	34,6%
Excelente	45	42,1%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes de la club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3.3 Planificación de metas

Se evaluaron cinco dimensiones: objetivos respecto a la enfermedad, metas específicas en alimentación y ejercicio, copia de tratamiento, consejería sobre buscar red de apoyo y pregunta sobre hábitos de salud.

El promedio alcanzado por la dimensión objetivos respecto a la enfermedad fue de 3.38/5, para metas específicas en alimentación y ejercicio fue de 3.76, para copia de tratamiento fue de 2.35, el promedio para consejería sobre buscar red de apoyo fue 3.61 y el promedio alcanzado para pregunta sobre hábitos de salud fue de 3.46. El promedio del puntaje de todo el componente fue 16.5/25.

Tabla Nº11: Planificación de metas

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P7.Objetivos respecto a la enfermedad	3,38	4,00	1,00	5,00	1,73
P8.Metas específicas en alimentación y ejercicio	3,76	5,00	1,00	5,00	1,66
P9.Copia de tratamiento	2,35	1,0	1,0	5,0	1,79
P10.Consejeria sobre buscar red de apoyo	3,61	5,0	1,0	5,0	1,76
P11.Pregunta sobre hábitos de salud	3,46	5,00	1,00	5,00	1,81
Planificación de metas	16,50	17,00	5,00	25,00	6,16

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes de la Club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al reagrupar la información en tres categorías, más de un tercio consideraron que la planificación de metas fue aceptable. (Tabla No. 12)

Tabla Nº12: Frecuencia de la planificación de metas en los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	42	39,3%
Deficiente	29	27,1%
Excelente	36	33,6%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes de la Club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3.4 Toma de decisiones compartidas

Se evaluaron cuatro dimensiones: consideración de costumbres y valores al recomendar el tratamiento, ayudar a hacer un tratamiento realizable, planificación de acción ante complicaciones, pregunta cómo afecta la enfermedad su vida. El promedio alcanzado por consideración de costumbres y valores al recomendar tratamiento fue de 3.14/5, para ayudar a hacer un tratamiento realizable el promedio fue de 3.49, para planificación de acción ante complicaciones el promedio fue de 3.0, y cómo afecta la enfermedad su vida el promedio fue 3.61. (Tabla No.13).

Tabla Nº13: Toma de decisiones compartidas

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P12.Consideracion de costumbres y valores al recomendar tratamiento	3,14	4,00	1,00	5,00	1,88
P13.Ayuda a hacer un tratamiento realizable	3,49	5,00	1,00	5,00	1,82
P14.Planificación de acción ante complicaciones	3,00	4,00	1,00	5,00	1,92
P15.Pregunta sobre cómo afecta la enfermedad su vida	3,61	4,00	1,00	5,00	1,90
Toma de decisiones compartidas	12,8	12	4	20	6,13

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al reagrupar la información en tres categorías se obtuvo que casi la mitad de los pacientes calificaron la toma de decisiones compartidas como excelente. (Tabla No. 14).

Tabla Nº14: Frecuencia de la toma de decisiones compartidas en los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	19	17,8%
Deficiente	39	36,4%
Excelente	49	45,8%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3.5 Apoyo al autocuidado

Dentro de esta sección se evaluaron cinco dimensiones,: seguimiento vía telefónica, consejería sobre programas en la comunidad, referencia a otros profesionales, explicación de beneficios de visitar a otros médicos, pregunta sobre visita a otros médicos. El promedio alcanzado sobre 5 en seguimiento vía telefónica fue de 2.92, en consejería sobre programas en la comunidad fue de 3.63, en referencia a otros profesionales fue de 3.35, en explicación de beneficios de visitar a otros médicos el promedio fue 3.48 y en la pregunta sobre visita a otros médicos fue de 3.25. El puntaje total de apoyo al autocuidado obtuvo un promedio de 14.5/25. (Tabla No. 15).

Tabla Nº15: Apoyo al autocuidado.

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P16.Seguimiento vía telefónica	2,92	2,00	1,00	5,00	1,93
P17.Consejería sobre programas en la comunidad	3,63	4,00	1,00	5,00	1,90
P18.Referencia a otros profesionales	3,35	2,00	1,00	5,00	1,83
P19.Explicacion de beneficios de visitar a otros médicos	3,48	2,00	1,00	5,00	1,86
P20.Pregunta sobre visita a otros médicos	3,25	1,00	1,00	5,00	1,80
Apoyo al autocuidado	14,5	13	5	25	6,10

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al reagrupar la información en tres categorías se obtuvo que 1/3 de los pacientes calificaron el apoyo al autocuidado como aceptable y más de 1/3 lo calificaron como deficiente. (Tabla Nº16)

Tabla Nº16: Frecuencia de apoyo al autocuidado en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	37	34,9%
Deficiente	42	39,6%
Excelente	27	25,5%
Total	**106**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.3.6 Impacto social de la enfermedad

Dentro de esta sección se evaluaron seis dimensiones: pregunta sobre deseos de conocer mejor la enfermedad, preguntas sobre cómo le afecta su enfermedad, invitación a conseguir redes de apoyo, explicación sobre la importancia de lo que hace por su salud, meta conjunta sobre autocuidado, proporcionar libreta para anotar progreso.

El promedio alcanzado sobre 5 en la pregunta sobre deseos de conocer mejor la enfermedad fue de 3.13, en preguntas sobre cómo le afecta su enfermedad el promedio fue de 3.49, en invitación a conseguir redes de apoyo el promedio fue de 3.52, en explicación sobre la importancia de lo que hace por su salud el promedio fue 2.08, en meta conjunta sobre autocuidado el promedio fue de 3,44 y proporcionar

libreta para anotar progreso el promedio fue de 2.85. El puntaje total del componente impacto social de la enfermedad obtuvo un promedio de 17.5/30. (Tabla Nº 17).

Tabla Nº17: Impacto social de la enfermedad

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P21.Preguntas sobre Deseos de conocer mejor la enfermedad	3,13	1,00	1,00	5,00	1,77
P22.Preguntas sobre cómo le afecta su enfermedad	3,49	2,00	1,00	5,00	1,87
P23.Invitación a conseguir redes de apoyo	3,52	4,00	1,00	5,00	1,87
P24.Explicación sobre importancia de lo que hace por su salud	2,07	5,00	1,00	5,00	1,44
P25. Meta conjunta sobre autocuidado	3,44	3,00	1,00	5,00	1,85
P26.Proporcionar libreta para anotar progreso	2,85	1,00	1,00	5,00	1,69
Impacto social de la enfermedad	17,5	17	6	30	7,09

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Al reagrupar la información en tres categorías se obtuvo que cerca de la mitad de los pacientes calificaron impacto social de la enfermedad como deficiente. (Tabla Nº18).

Tabla Nº18: Frecuencia del Impacto social de la diabetes en los pacientes del club de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	33	30,8%
Deficiente	45	42,1%
Excelente	29	27,1%
Total	**107**	**100,0%**

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.4 RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD Y EDAD

No se encontró asociación entre edad y las diferentes dimensiones de la percepción de la calidad por parte de los pacientes (atención centrada en el paciente, Proactividad, planificación de metas, toma de decisiones compartidas, apoyo al autocuidado e impacto social de la enfermedad). (Tabla Nº19).

Tabla Nº19: Relación entre percepción de la calidad y edad

Componentes		Promedio	Valor mínimo	Valor máximo	p
Atención centrada en el paciente	A	67,61	54	79	0,7972
	D	*68,86*	*48*	*83*	
	E	68,56	54	83	
Proactividad	A	69,59	59	79	0,6740
	D	*67,91*	*55*	*83*	
	E	68,45	48	83	
Planificación de metas	A	68,00	48	79	0,1963
	D	69,00	55	83	
	E	68,67	54	83	
Toma de decisiones compartidas	A	65,63	48	81	0,1300
	D	69,13	54	83	
	E	69,22	54	83	
Apoyo al autocuidado	A	68,68	54	82	0,9371
	D	68,27	48	83	
	E	68,88	54	83	
Impacto social de la enfermedad	A	69,00	48	82	0,7649
	D	68,68	55	83	
	E	67,70	54	83	

Donde: **A** = Aceptable; **D** = Deficiente; **E** = Excelente.

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A

4.5 RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA

No se encontró asociación entre hemoglobina glicosilada y las diferentes dimensiones de la percepción de la calidad por parte de los pacientes (atención centrada en el paciente, Proactividad, planificación de metas, toma de decisiones compartidas, apoyo al autocuidado e impacto social de la enfermedad). (Tabla Nº20).

Tabla Nº20: Relación entre Percepción de la Calidad y Hemoglobina Glicosilada

Componentes		Promedio	Valor mínimo	Valor máximo	p
Atención centrada en el paciente	A	8,58	6	15,36	0,1624
	D	8,75	5,43	13,00	
	E	7,95	6,00	11,00	
Proactividad	A	8,55	6,00	15,36	0,8374
	D	8,33	5,40	12,20	
	E	8,56	6,00	13,00	
Planificación de metas	A	8,63	5,43	15,36	0,6445
	D	8,20	6,00	12,00	
	E	8,51	6,00	11,02	
Toma de decisiones compartidas	A	8,59	6,15	13,00	0,1963
	D	8,05	5,43	12,20	
	E	8,78	6,00	15,36	
Apoyo al autocuidado	A	8,70	5,43	15,36	0,2003
	D	8,05	6,00	13,00	
	E	8,78	6,00	11,00	
Impacto social de la enfermedad	A	8,98	6,00	15,36	0,0467
	D	7,96	5,43	12,20	
	E	8,70	6,00	11,02	

Donde: **A** = Aceptable; **D** = Deficiente; **E** = Excelente.

Fuente: Encuesta PACIC aplicada a los pacientes del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6 PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

4.6.1 Organización del Hospital hacia el Cuidado de Diabéticos

El promedio alcanzado sobre estrategia de mejora en cuidados fue de 6.3311 en Liderazgo del hospital fue de 7.17, en objetivos del hospital fue de 7.0, en estrategia de mejora de cuidados fue de 6.33, en incentivos y regulación de cuidados fue 6.0, en máximo responsable fue de 8.33 y en beneficios 7.83. El puntaje total de Organización del hospital obtuvo un promedio de 42.67/66. (Tabla Nº21)

Tabla Nº21: Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de diabéticos.

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P1.Liderazgo del Hospital del IESS	7,17	7,00	4,00	11,00	2,64
P2.Objetivos del Hospital	7,00	6,50	4,00	11,00	2,97
P3.Estrategia de mejora en cuidados	6,33	6,50	2,00	11,00	3,14
P4.Incentivos y regulación de cuidados	6,00	5,00	2,00	11,00	3,41
P5.Máximo responsable	8,33	8,50	6,00	11,00	1,75
P6.Beneficios	7,83	7,50	6,00	11,00	1,94
Organización del hospital hacia el cuidado de Diabéticos	42,67	41,00	24,00	66,00	15,84

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

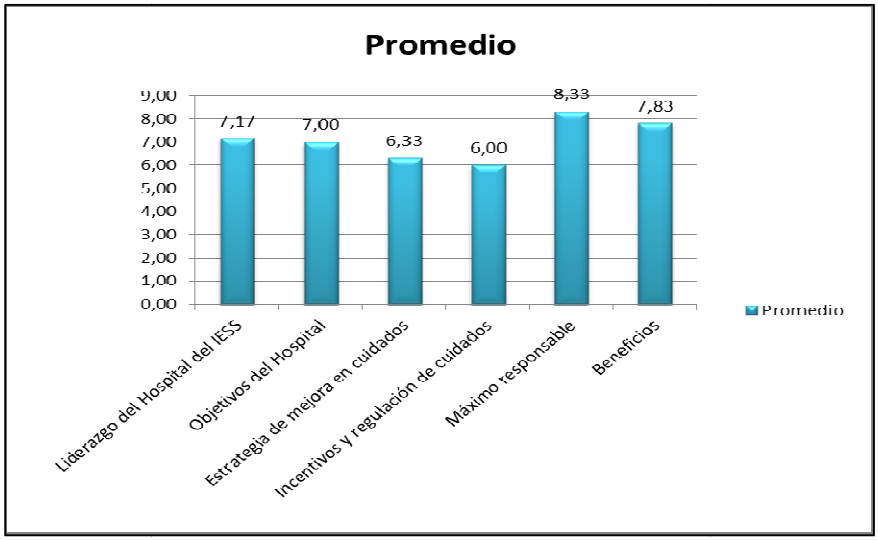
Al reagrupar la información en tres categorías se obtuvo que la mitad de los pacientes calificaron la organización del hospital como cuidados buenos. (Tabla Nº22).

Tabla Nº 22: Frecuencia de la Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de diabéticos.

Organización del hospital hacia el cuidado de diabéticos	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	2	33,3%
Cuidados buenos	3	50,0%
Cuidados muy buenos	1	16,7%
Total	**6**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº1: Organización del hospital hacia el cuidado de diabéticos



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.2 Relaciones del equipo con la comunidad

El promedio alcanzado sobre 32 en Información a pacientes sobre recursos externos fue de 7.0, en convenios con organizaciones y asociaciones el promedio fue de 7.5 y en guías actualizadas de manejo el promedio fue 6.17. El puntaje total del componente relaciones del equipo con la comunidad obtuvo un promedio de 20.67/32. (Tabla Nº23)

Tabla Nº23: Relaciones del equipo con la comunidad

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	DE
P7. Información a pacientes sobre recursos externos	7,00	8,00	1,00	11,00	3,85
P8. Convenios con organizaciones y asociaciones	7,50	8,00	4,00	11,00	3,02
P9. Guías actualizadas de manejo	6,17	6,50	0,00	10,00	3,54
Relaciones del equipo con la comunidad	20,67	22,50	5,00	32,00	10,41

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

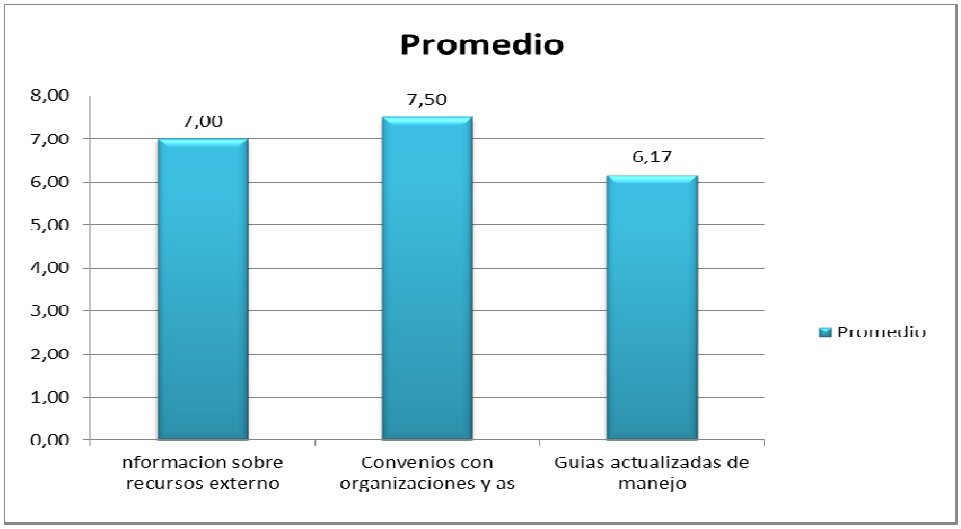
Al reagrupar la información en dos categoría se obtuvo que 4/6 miembros del equipo calificaron relaciones del equipo con la comunidad como cuidados básicos. (Tabla Nº24)

Tabla Nº24: Frecuencia de las Relaciones del equipo del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba con la Comunidad.

Relaciones del equipo con la comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	4	66,7%
Cuidados deficientes	2	33,3%
Total	**6**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº2: Relaciones del equipo con la comunidad



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.3 Apoyo al autocuidado

El promedio alcanzado sobre 43 en evaluación del autocuidado fue de 8.0, en formas de apoyo en autocuidado fue de 7.83, en intereses del paciente y la familia fue 8.17 en intervenciones de cambios de conducta de salud 8,67. El puntaje total del componente apoyo del autocuidado obtuvo un promedio de 30,67/43. (Tabla Nº25)

Tabla Nº25: Apoyo del autocuidado

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	D.E
P.10 Evaluación de autocuidado	8,00	8,00	4,00	11,00	2,45
P11.Formas de apoyo en autocuidado	7,83	8,00	4,00	10,00	2,32
P12. Intereses del paciente y la familia	8,17	8,00	5,00	11,00	2,23
P13. Intervenciones de cambios de conducta en salud	8,67	9,00	6,00	11,00	1,63
Apoyo del autocuidado	32,67	33,00	19,00	43,00	8,63

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

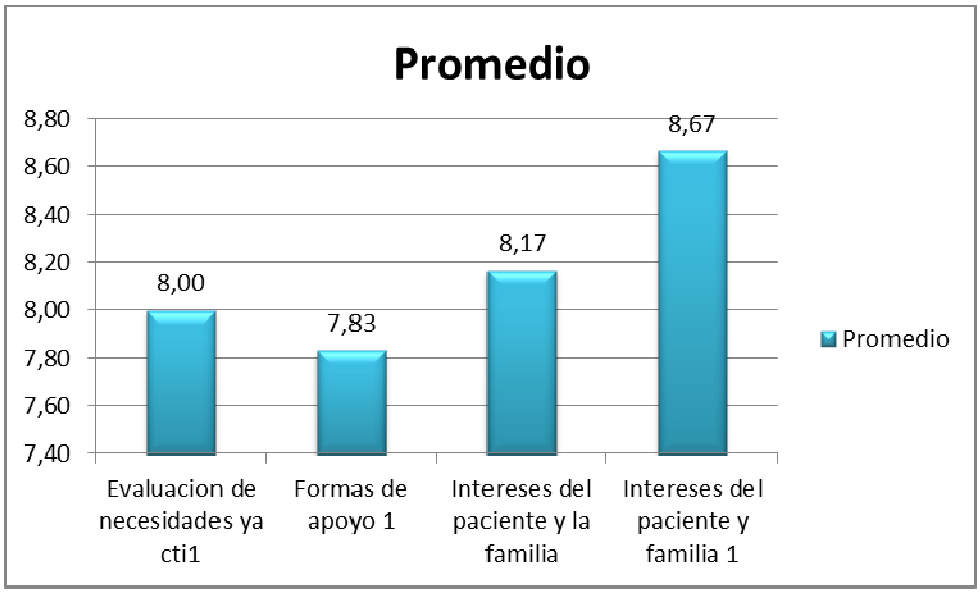
Al reagrupar la información en dos categorías se obtuvo que 4 de los miembros del equipo calificaron apoyo al autocuidado como cuidados básicos. (Tabla Nº26).

Tabla Nº26: Frecuencia del apoyo al autocuidado a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Apoyo al autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	4	66,7%
Cuidados buenos	2	33,3%
Total	**6**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº3: Apoyo del autocuidado



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.4 Apoyo en la toma de decisiones

El promedio alcanzado sobre 38 en Guías clínicas basadas en la evidencia fue de 4,67, en implicación de especialistas en la medicina primaria fue de 5.83, en educación del equipo en cuidados diabéticos fue 7.5 y en información al paciente sobre el uso de clínicas fue de 5,33. El puntaje total del componente apoyo en la toma de decisiones obtuvo un promedio de 23.33. (Tabla Nº 27).

Tabla Nº27: Apoyo en la toma de decisiones

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	D.E
P14. Guías clínicas basadas en la evidencia	4,67	5,50	1,00	8,00	3,01
P15. Implicación de especialistas en la medicina primaria	5,83	7,00	1,00	9,00	3,54
P16. Educación del equipo en cuidados del Diabético	7,50	7,50	4,00	11,00	3,15
P17. Información al paciente sobre el uso de guías clínicas	5,33	4,00	1,00	10,00	3,44
Apoyo en la toma de decisiones	23,33	24,00	7,00	38,00	

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

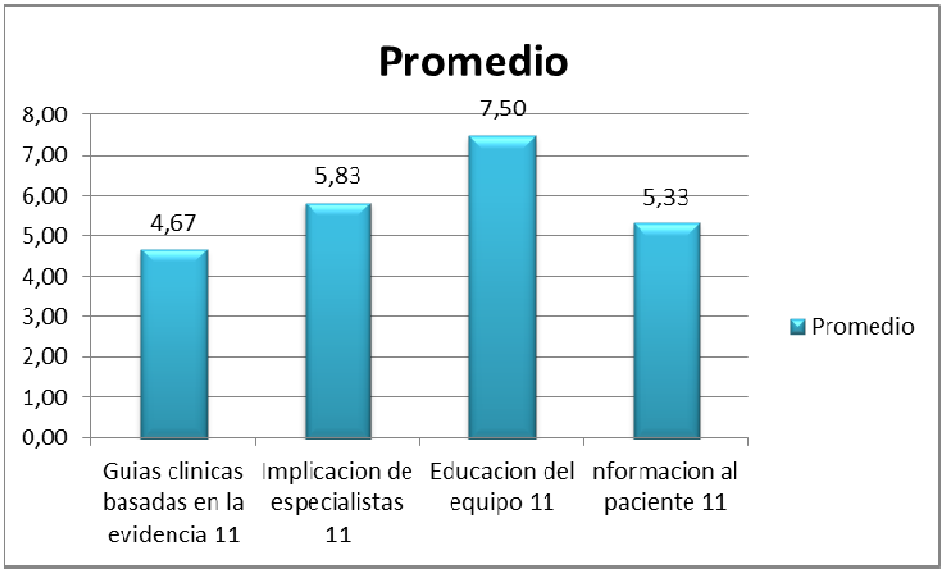
Al reagrupar la información en tres categorías, se obtuvo que la mitad de los miembros del equipo calificaron apoyo en la toma de decisiones como cuidados básicos. (Tabla Nº 28)

Tabla Nº28: Apoyo en la toma de decisiones a los pacientes del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba con la Comunidad.

Apoyo en la toma de decisiones	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	3	50,0%
Cuidados buenos	1	16,7%
Cuidados deficientes	2	33,3%

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº4: Apoyo en la toma de decisiones



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.5 Sistema de Provisión de cuidados

El promedio alcanzado sobre 62 en Funcionalidad del equipo fue de 7.67, en Liderazgo del equipo fue de 7.50, en Sistema de citas fue de 4.33, en Seguimiento fue de 5.33, en visitas programadas fue de 7,33 y en continuidad de cuidados fue de 7,33. El puntaje total del componente sistema de provisión de cuidados obtuvo un promedio de 39,50/62. (Tabla Nº29).

Tabla Nº29: Sistema de Provisión de cuidados

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	D.E
P18. Funcionalidad del equipo	7,67	8,50	4,00	11,00	2,66
P19. Liderazgo del equipo	7,50	7,00	5,00	11,00	2,17
P20. Sistema de citas	4,33	4,50	2,00	7,00	1,75
P21. Seguimiento	5,33	5,00	1,00	11,00	4,18
P22. Visitas programadas	7,33	8,00	3,00	11,00	3,27
P23. Continuidad de cuidados	7,33	7,00	3,00	11,00	2,88
Sistema de Provisión de cuidados	39,50	40,00	18,00	62,00	16,90

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

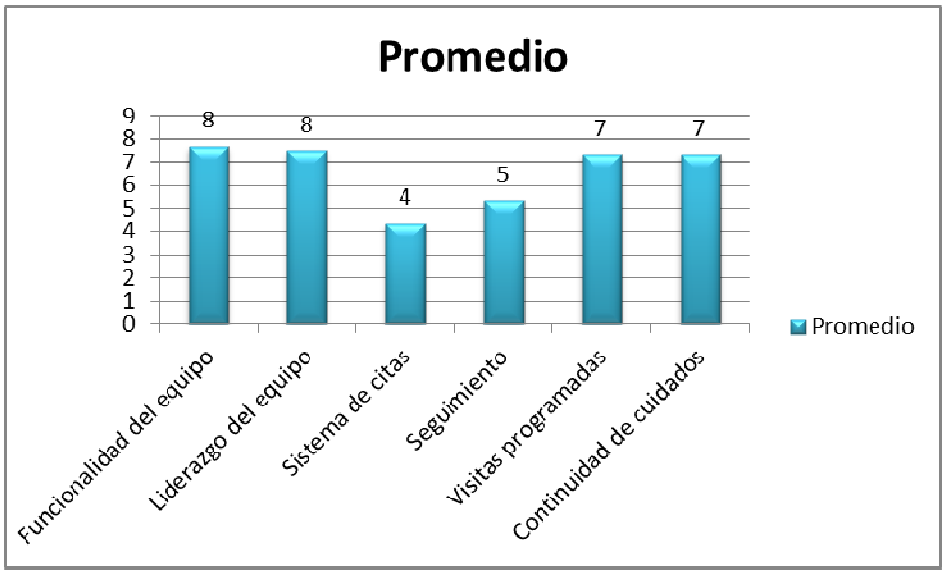
Al reagrupar la información en tres categorías, se obtuvo que la mitad del equipo calificaron sistema de provisión de cuidados como cuidados. (Tabla Nº30).

Tabla Nº30: Sistema de Provisión de cuidados a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Sistema de Provisión de cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	3	50,0%
Cuidados buenos	2	33,3%
Cuidados muy buenos	1	16,7%
Total	**6**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº5: Sistema de provisión de cuidados



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.6 Sistemas de Información clínica

El promedio alcanzado sobre 44 en registro (listado de pacientes diabéticos) fue de 4.17, en recuerdos al equipo fue de 3.33, en sistemas de evaluación fue de 6.67, en información sobre subgrupos con necesidades especiales fue de 6,833 y en planes individualizados de tratamiento fue de 5,50. El puntaje total del componente sistema de información clínica obtuvo un promedio de 26,5/44. (Tabla Nº31)

Tabla Nº31: Uso de Sistemas de Información Clínica en la atención a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	D.E.
P24.Registro (listado de pacientes con diabetes)	4,17	4,50	0,00	8,00	2,86
P25.Recuerdos al equipo	3,33	4,00	1,00	4,00	1,21
P26.Sistemas de evaluación	6,67	6,00	4,00	11,00	2,58
P27.Información sobre subgrupos con necesidades especiales	6,83	6,50	3,00	11,00	2,64
P28. Planes individualizados de tratamiento	5,50	4,50	1,00	10,00	3,73
Sistemas de Información clínica	26,50	25,50	9,00	44,00	13,02

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

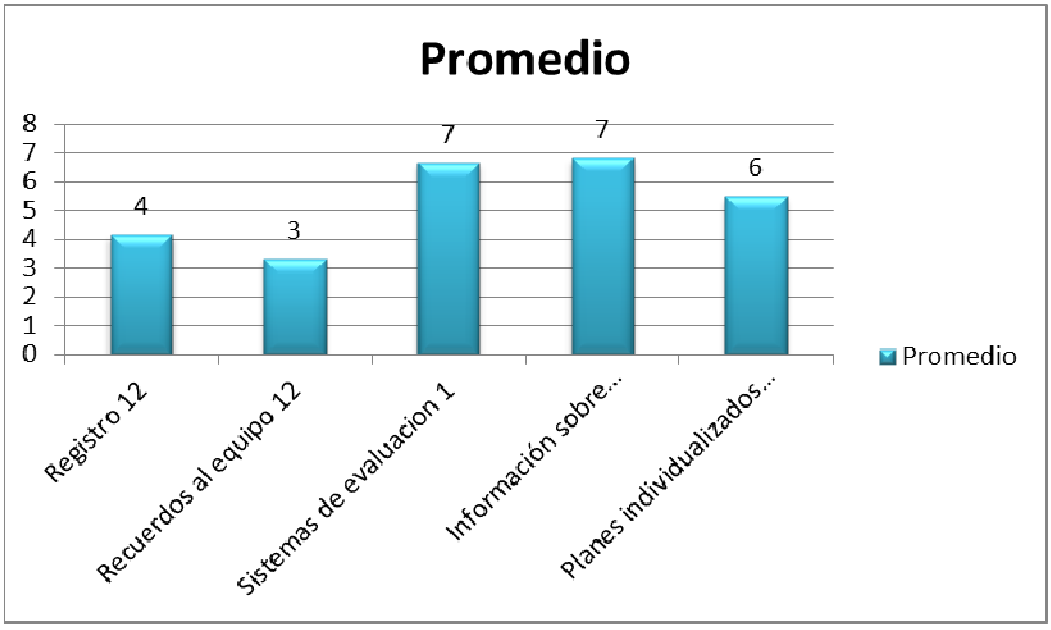
Al reagrupar la información en una categoría se obtuvo que todos los miembros del equipo consideran que se cumplen cuidados básicos (Tabla Nº32).

Tabla Nº32: Frecuencia del uso de Sistemas de información clínica en la atención

Grupo 6	Frecuencia	Porcentaje
Cuidados básicos	6	100,0%
Total	**6**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº6: Sistema de información clínica.



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.6.7 Integración del modelo de enfermedades crónicas adaptado a diabetes mellitus.

Tabla Nº33: Integración del modelo de enfermedades crónicas a la atención de pacientes diabéticos del club de Diabetes del Hospital del IESS de Riobamba.

Componente	Promedio	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	D.E
P29.Información a pacientes sobre guías clínicas	6,17	6,50	1,00	10,00	3,43
P30. Sistemas de Información y Registro	5,67	6,00	1,00	8,00	2,66
P31. Programas comunitarios	5,83	4,00	3,00	11,00	3,66
P32.Planificación basada en cuidados a diabéticos	4,50	3,50	1,00	10,00	3,39
P33. Seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos	4,80	5,00	1,00	10,00	3,35
P34. Guías para el cuidado del paciente diabético	5,33	6,00	1,00	9,00	3,27
Integración del modelo de enfermedades crónicas	32,30	31,00	8,00	58,00	19,75

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

El promedio alcanzado sobre 58 en Información a pacientes sobre guías clínicas fue de 6.17, en sistemas de información y registro fue de 5.67, en programas comunitarios fue de 5.83, en planificación basada en cuidados a diabéticos fue de 4.50, en seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos fue de 4.80 y en guías para el cuidado del paciente diabético fue de 5.33. El puntaje total del componente integración del modelo de enfermedades crónicas obtuvo un promedio de 32,30/58.

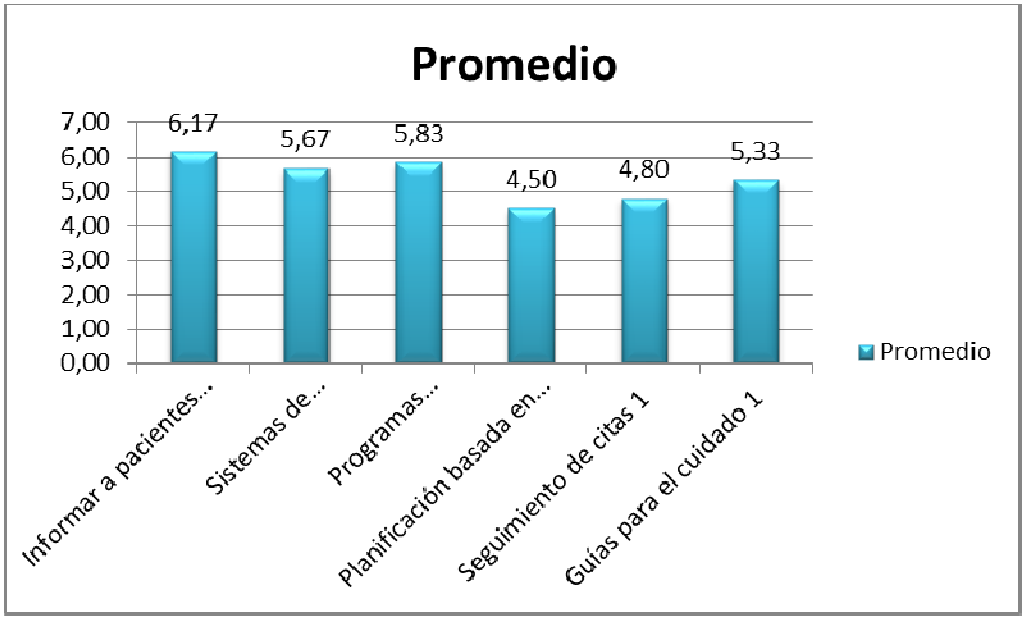
Al reagrupar la información en tres categorías, se obtuvo que la mayoría de los miembros del equipo califican Integración del modelo de atención de enfermedades crónicas como cuidados básicos. (Tabla Nº34)

Tabla Nº34: Frecuencia de la Integración del modelo de atención de enfermedades crónicas a la atención de pacientes diabéticos del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba.

Integración del modelo de atención de enfermedades crónicas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Cuidados básicos	3	60,0%
Cuidados buenos	1	20,0%
Cuidados deficientes	1	20,0%
Total	**5**	**100,0%**

Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

Gráfico Nº7: Integración del modelo de enfermedades crónicas



Fuente: Encuesta ACIC versión 3.5 aplicada a los miembros del equipo de salud del Hospital del IESS Riobamba – Ecuador.
Elaborado por: Edgardo Noriega A.

4.7 RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN CUALITATIVA DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

4.7.1 Comunicación entre el equipo de salud y los pacientes como elemento de la calidad de la atención

La paciente F.O. considera que durante las charlas se usa un lenguaje apropiado para que los pacientes logren captar el mensaje que se está transmitiendo, sin embargo admite que hay cosas que no logra entender, lo cual se constituye en una oportunidad

para ampliar sus conocimientos sobre su enfermedad, expresándolo el día 18/04/2012 de la siguiente manera:

> "*En un 90% si entiendo todo lo que los médicos imparten, pero en caso de no entender pregunto y por lo general nunca me quedo con ninguna inquietud".*

La paciente N.N. también refleja su opinión sobre la comunicación del médico con los pacientes e indica que la información que ella recibe sobre su estado de salud y la calidad de la atención podría ser mejorada si el médico se tomara más tiempo en examinarle, la paciente siente que un mejor examen físico le ayudaría a tener mayor credibilidad a lo que el médico le dice con relación al progreso de su enfermedad.

> *"Si entiendo lo que me explican. (La información) me ha ayudado para acercarme más al doctor y pedirle que me explique sobre cualquier duda que tengo. La información debe ser mejor, debe revisar todos los órganos del cuerpo, no solo la parte de la enfermedad, deben despejar cualquier inquietud que tenga."*

Los pacientes consideran que los médicos se encuentran bien preparados en el manejo de la diabetes, lo cual genera en ellos seguridad de que todo lo que se les indica con relación a su tratamiento va en el bienestar de su salud, sin embargo se pudo percibir que para algunos pacientes la calidad de la atención se percibía como buena o mala de acuerdo a la existencia o no de medicamentos en la institución, algunos decían que el médico era un buen profesional y lo asociaron con la disponibilidad de los medicamentos indicados:

> *"Son excelentes, sobre todo porque tenemos médicos que nos proporcionan medicinas, y además tenemos una médica que se dedica específicamente a nosotros, el apoyo de la licenciada R.V que nos ayuda con talleres, gimnasia y expresión corporal lo que hace que nosotros tengamos una mejor forma de vida. Esa clase de información ha hecho que mi diabetes mejora y sea más llevadera."*

Otros pacientes asociaron la comunicación con lo comprensivos que fueron los médicos, indicaron que a veces no es tan importante que tanto el médico sepa de la enfermedad, sino la capacidad que tiene para escucharles.

"…en su mayoría son comprensivos."

4.7.2. Accesibilidad del paciente a la atención, insulina, fármacos específicos, tiras reactivas y otros elementos necesarios para su control y tratamiento

La accesibilidad de medicamentos e insumos es un factor ligado con la adherencia al tratamiento médico:

> *"Si hay disponibilidad para acceder a los medicamentos, es rápido, el doctor me manda en cada cita la receta y la cantidad exacta de medicamentos hasta la otra cita"*
> *"… Antes no había nada en farmacia pero ahora si nos dan todos los medicamentos".*

Los pacientes requieren a menudo de tiras reactivas que les permitan realizarse un monitoreo en casa de sus valores de glucemia con lo cual puede hacerse un seguimiento adecuado e individualizado, estas tiras reactivas son provistas por el hospital para todos sus afiliados, sin embargo varios pacientes mencionaron que desconocieron la existencia de estas tiras reactivas:

> *"La falta de comunicación ha hecho que yo desconozca que existen tiras reactivas en el hospital y por otro lado tengo acceso a la Insulina, ese es el medicamento que nunca falta."*

4.7.3 Percepción de calidad de la atención

4.7.3.1 Percepción del trato recibido.

Los pacientes consideran que cuando se padece de una enfermedad que compromete tanto la calidad de vida es de suma importancia no solo las indicaciones que se reciben de parte de un profesional de salud competente, sino que es de igual importancia la empatía que el profesional muestra hacia un paciente que está acostumbrado a una cita médica mensual o bimensual donde todo se repite de una manera cíclica:

> *"Satisfecha, agradecida por la calidad de médicos que me han tratado"*
> *"La atención es excelente, ya que la mayoría de los profesionales son comprensivos".*

Los pacientes mencionaron lo valioso que fue para ellos experimentar una buena atención, recibir una palabra de ánimo para seguir haciendo las cosas bien y una palabra de felicitación por cuidar de sí mismo, lo cual indique que más que interesarle una enfermedad, al profesional de la salud le interesa una persona que atravesó por un evento del binomio salud – enfermedad que comprometió su bienestar.

Los pacientes indicaron que estuvieron muy alertas a la manera en que fueron tratados, prefirieron un trato cortés pero al mismo tiempo enérgico para tomar las medidas necesarias para cuidar por el bienestar de quien a ellos confían su salud.

> *"Fui enfermera y he trabajado así con el médico (hace un gesto que se percibe como de unidad y compañerismo), y sé cómo deben tratarme, mientras me atendía estaba hablando con otra persona, no me prestaba atención, me pregunta si traigo la faja y me dice vuelva con la faja, me trató mal y por eso no quiero volver"*

Algunos pacientes se sienten identificados por sus médicos de cabecera, debido a que durante muchos años han sido atendidos por los mismos y perciben esta atención como de muy buena calidad, así lo deja entrever la paciente M.V. el día 18/04/2012 al afirmar:

> *"No puedo ser mal agradecida, la doctora P.R nos atiende con mucha paciencia, y de igual forma si es que tenemos alguna otra dificultad ella se encarga de cogernos turnos para el doctor que se necesite. Me siento muy satisfecha de toda la medicina que nos dan".*

4.7.3.2 Confianza en decisiones tomadas por el Equipo de Salud

Los pacientes tienen gran confianza en lo que el equipo de atención hace por ellos, y pocos preguntan o cuestionan el por qué se toma una determinada conducta relacionada con su salud, así lo manifiestan varios de los entrevistados, como ejemplo se transcribe lo que dijo la paciente E.T.N. el día 18/04/2012:

> *"Los doctores toman la decisión de medicamentos y tratamientos y no hay dificultad"…"El doctor es quien toma la decisión sobre los exámenes, pero hace tres años el doctor no me ha enviado a realizarme exámenes y pienso hacérmelos fuera del IESS, los tratamientos me da el doctor M.O, me pregunta como estoy y como me siento y yo le sugiero que medicamento no deseo tomar porque me hace mal."*

4.7.3.3 Apoyo y liderazgo por el equipo de salud.

Los pacientes opinaron que el apoyo y liderazgo del equipo de salud es fundamental para el buen control de su enfermedad y consideraron que el tiempo que el equipo emplean en el acompañamiento durante cada una de las actividades les permitió tener

una mejor adherencia al tratamiento, lo cual ellos lograron ver reflejado en la mejoría subjetiva de su calidad de vida.

> *"… tenemos el apoyo de la licenciada R.V que nos ayuda con talleres, gimnasia y expresión corporal lo que hace que nosotros tengamos una mejor forma de vida. Esta clase de información ha hecho que mi diabetes mejora y sea más llevadera".*

4.7.4 Facilitadores para el cumplimiento del tratamiento

Los pacientes identificaron fortalezas y dificultades en el cumplimiento del tratamiento instaurado.

4.7.4.1 Apoyo familiar

Los pacientes consideran que el apoyo que reciben por parte de sus familiares es un pilar fundamental en el cumplimiento de su tratamiento, la diabetes mellitus es una enfermedad compleja que requiere de múltiples intervenciones, por lo que para ellos es importante tener la comprensión y el apoyo constante de sus familiares.

> *"La decisión sobre los exámenes y tratamientos me sugiere el doctor pero detrás de todo está mi familia con el apoyo para seguir un tratamiento y vivir más".*

Las personas que viven solas tienen dificultades en la consideraron que era un obstáculo para que se perciban cambios en el estado de salud luego de una cita médica, ya que no contaban en casa con alguien que les motive a que tengan una buena adherencia al tratamiento.

> *"Vivo sola, mis hijos están casados y viven en Quito, viene a visitarme cualquier fin de semana, por eso no me gusta estar en casa, procuro salir casi todo el día y cómo por donde esté, sé que eso no es bueno porque comer en la calle nunca es saludable como comer en su propia casa,*

pero por lo menos en la calle me distraigo y cuando llego descanso y ya no me siento tan sola".

"Al principio caí en depresión, de todas formas acepté la enfermedad tomándome pastillas lo que ocasioné que mi páncreas quedara totalmente seco, pero luego me sometí al tratamiento de insulina, en cuanto en lo familiar afectó a mis hijos, sobre todo a mi esposo, pero siempre tuve el apoyo moral de ellos, en lo laboral no afectó porque ya me jubilé."

La mayoría de pacientes indicaron que se presentan diferentes reacciones en el momento en que recibieron el diagnóstico e identificaron algunos factores que influyeron en estas reacciones, tales como: la manera en que se les comunicó la noticia, el hecho de estar o no acompañados en ese momento, las creencias personales y de forma muy especial la percepción que tienen sobre el apoyo por parte del equipo de salud y de sus familias:

"La enfermedad en un principio me afectó con depresión y con mi familia sufrimiento pero por el amor a Dios y a mi familia he ido manteniéndome y con los tratamientos he ido mejorando"… "La decisión sobre exámenes y tratamientos me sugiere el doctor pero detrás de todo está mi familia con el apoyo para seguir un tratamiento y vivir más."

4.7.4.2 Apoyo del grupo

Los pacientes consideraron que el apoyo grupal influye en la calidad de atención porque les permitió sentir el acompañamiento, cuidado y seguridad necesaria para participar de las actividades programadas, las cuales reconocieron que les ayuda a sentirse mejor.

"Es una ayuda, no me atendían en el seguro pero ahora ya tengo atención. Cuando hay caminatas entre los compañeros se cuidan".

En algunas ocasiones los pacientes no están de acuerdo con alguna conducta por parte del equipo de salud y allí juegan un papel importante sus redes de apoyo, quienes muestran preocupación y sugieren medidas opcionales.

> *"… Me hacen exámenes y sale que tengo la tiroides, otra amiga en el hospital me hace y que no tengo, hoy vuelta me hacen en la merced por dieciséis dólares y ni aquí ni allá hay la verdad, donde está la verdad aquí o allá, le conversé a una amiga y le conté lo que pasó y mi amiga me dice que si tengo me mande a hacer exámenes, de una manera tan fea me han tratado y me fui al puyo, no duró ni un minuto para atenderme, avisé, me quejé y no hay nada para eso no me atienden bien".*

4.7.5 Dificultades para el cumplimiento del tratamiento.

4.7.5.1 Existencia de comorbilidades

La diabetes mellitus se caracteriza entre otras cosas por las comorbilidades que le acompañan, lo cual según criterio de muchos pacientes no permite que se noten los cambios en su estado de salud en la manera en que ellos esperarían como efecto de los múltiples cuidados que reciben en el hospital. Cuando se le preguntó a la paciente F.O. ¿Qué le facilita / dificulta su asistencia a las citas recomendadas por el equipo del club de diabetes? Esta fue su respuesta:

> *"Conocer el estado de mi enfermedad, glucosa y hacerme atender de otras enfermedades que se presentan, y me afecta porque pierdo atención y me amonestan".*

4.7.5.2 Cambio constante de médico tratante

Los pacientes consideraron la importancia de que la atención sea continua y que el seguimiento sea realizado por el mismo médico, ya que lo contrario no les da la

suficiente apertura para que ellos proporcionen la información necesaria para un adecuado seguimiento, ellos manifestaron que cuando tuvieron un médico de cabecera percibieron que la calidad de la atención fue mejor y más ágil ya que al obviar datos que eran conocidos por su médico de cabecera existió un mejor manejo del tiempo, lo cual les permitió hacer preguntas que les ayudó a aclarar sus dudas.

> *"En general el servicio es bueno, quisiera que mejore que cuando yo pida el médico porque me da confianza en preguntarle no me manden a otro médico que parece que son nuevos y mal genios y a uno le da recelo de preguntar, me estaba tratando un médico, luego me cambiaron y luego otro que no me gusta pero ni modos me toca quedarme con él".*

4.7.5.3 Considerar que "sabe cómo manejar la enfermedad"

Considerar que los muchos años que llevan siendo diabéticos les da todo el conocimiento necesario para controlar la diabetes fue identificado por algunos pacientes como un obstáculo para que se pueda notar la mejoría en la salud luego de recibir atención por el personal del equipo.

> *"Tengo dieciocho años de diabetes, en este tiempo uno ya sabe manejar la enfermedad, sabe cómo prevenir algo que le viene, por ejemplo se me sube o se me baja y yo sé lo que tengo que hacer, porque ya soy advertido por el médico, se me disminuye en la madrugada y tomo agua azucarada, ahí me pasa, yo me siento bien, vengo acá me miden y estoy en 60-70, que eso es normal, yo me cuido mucho".*

4.7.5.4 Falta de permiso en los empleos para asistir a las conferencias

Algunos pacientes consideraron que no pueden beneficiarse de todas las actividades que la clínica planificó para ellos porque no contaron con la comprensión y colaboración necesarias en sus sitios de trabajo para permitirles asistir.

> "*Tengo dificultad en mi trabajo, la enfermedad no me permite trabajar como una persona normal, como es tractor que yo trabajo no puedo hacerlo bien, me duele todo .No me dan permiso para las conferencias, cuando tengo*

problemas ahí se me baja, me afecta a mi así como al 80% de los pacientes. No es que uno se desmande en la alimentación es que uno ya se conoce, hoy tengo 90, mañana 60, es porque tengo problemas, cada diabético ya se conoce su enfermedad, yo de repente tengo 150 pero no le tomo cuenta yo, porque sé que pasado mañana ya estoy bien".

4.7.5.5 Infraestructura inadecuada propia para el club de diabetes

La falta de estructura física propia para el club de diabetes es una de las preocupaciones de los pacientes, quienes consideran que es necesario que exista un lugar donde se reúnan todos los servicios que ellos reciben, lo cual consideran que les beneficiaría en gran manera porque ya no tendrían que ir de un lado a otro en busca de la atención, ya que un paciente en un día puede ser atendido por múltiples servicios.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. INFORMACIÓN SOCIO – DEMOGRÁFICA

5.1.1. Edad

La diabetes se presenta principalmente en los grupos poblacionales del adulto maduro (50 y 64 años de edad) y del adulto mayor de los 65 años en adelante, un estudio realizado en el municipio de Centla, Tabasco (México) encontró que en los adultos jóvenes y los adultos mayores se observaba el mayor número de personas con diabetes mellitus tipo II, encontrando la mayor frecuencia (514 casos de una población de 514 casos) en el grupo de edad de 45 a 59 años.(24) Otro estudio realizado en Costa Rica concluye que la diabetes se presenta más frecuentemente en adultos mayores de 60 años(71).

Un estudio realizado en la ciudad de Quito en el Hospital Vozandes y en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), muestra que ambas instituciones albergan un importante porcentaje de pacientes de 70 o más años, en este estudio se observó que el 49,6% de los pacientes pertenecieron a este grupo etario, por lo que se encontró datos acordes a los hallados en dos principales centros asistenciales de la ciudad de Quito, uno de ellos con características similares a la de la institución donde se realizó el presente estudio.(64)

Hay una fuerte relación entre la edad y el aumento de la prevalencia de la enfermedad, esto lo corrobora un estudio realizado en México, el cual indica que la prevalencia aumenta en relación directa con la edad, siendo de 2,3% antes de los 40 años y 21.2% después de los 60, en este estudio se encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 68.51 años, con una mediana de 69 años.(72)

5.1.2. Sexo

En este estudio 4 de cada 5 pacientes son mujeres, lo cual se relaciona con estadísticas internacionales.

El estudio "Factores asociados al control metabólico en diabéticos tipo 2" realizado en Costa Rica por Vergara Adriana, encontró que la diabetes se presentaba con una frecuencia casi 3 veces mayor en mujeres y el estudio "Diabetes Mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000 "realizado por Olaiz – Fernández et al. halló que la prevalencia de la enfermedad no mostraba diferencias significativas relacionadas con el sexo del paciente.(71) (72) (73)(74)

Una importante universidad de Etiopía mostró que la neuropatía y la retinopatía son dos de las complicaciones más frecuentes, las cuales se presentaron en casi 1 de cada 4 pacientes sin una diferencia significativa entre sexos.

La presencia y progresión de la Retinopatía Diabética es mayor en mujeres según un estudio realizado en Quito. (75),(11). Las mujeres tienen un 0,81 veces menos riesgo de tener falta de adherencia al tratamiento médico, comparado con los varones.(71)

5.1.3 Estado civil

Casi las ¾ de los pacientes encuestados eran casados lo que se correlaciona con un estudio realizado por la Universidad de Sao Paulo (Brasil).(76)

5.1.4 Nivel de instrucción

En el presente estudio se encontró que casi la mitad de los pacientes habían culminado sus estudios secundarios. Un estudio realizado en Guatemala halló que la diabetes afecta a las personas de más bajo nivel educacional, lo que supone una mayor carga a los más pobres.

Un estudio realizado en México mostró que los diabéticos de 60 y más años de edad tenían seis o menos años de escolaridad, demostrando que la diabetes es más frecuente en la población con menor escolaridad, siendo esta una variable asociada con la enfermedad.(77)

El promedio de años de instrucción de los pacientes diabéticos de la ciudad de Quito (Ecuador) pertenecientes al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es de 8.54.(64)

Una investigación realizada en Colombia encontró que 3/4 de los pacientes incluidos en ese estudio tenían un nivel educativo superior a la primaria, lo cual se ha asociado con un mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la diabetes. (14).

5.1.5 Ocupación

En este estudio se encontró que casi la mitad de los pacientes se hallaban jubilados, seguido muy de cerca por pacientes que se dedicaban a quehaceres domésticos, embargo se percibe que el porcentaje de jubilados es mayor ya que algunos pacientes indicaban que aunque eran jubilados, actualmente se dedicaban a quehaceres domésticos. En el estudio realizado en Sao Paulo (Brasil) sobre evaluación de la satisfacción del paciente diabético, se encontró que 42,6% de los pacientes eran jubilados, 33,3% se dedicaban a quehaceres domésticos y 24,1% eran empleados, datos que son bastante cercanos a los hallados en la presente investigación.

5.2 CONTROL METABÓLICO

Estudios como el UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) y el DCCT (The diabetes control and Complications trial - Estudio del Control de la Diabetes y de sus Complicaciones) han mostrado la relación lineal que existe entre la hemoglobina glicosilada estable y el riesgo de complicaciones(17),(25),(20),

Según los resultados del Estudio Prospectivo de la diabetes en el Reino Unido (United Kingdom Prospective Diabetes Study – UKPDS- por sus siglas en inglés) parece definitivo que le principal objetivo terapéutico en los pacientes diabéticos es conseguir un estricto control de la glicemia, ya que este estudio demostró que lograr una hemoglobina glicosilada de 7% reduce el riesgo de indicadores relacionados con la

diabetes en un 12% (p=0.030), indicadores macrovasculares en un 25% (p=0.010) e infarto de miocardio en un 16% (p=0.052)

Un estudio realizado en la ciudad de Quito (Ecuador) entre el 2004 y el 2008 evidenció los beneficios de un buen control metabólico sobre el desarrollo y progresión de la Retinopatía Diabética.(11).

Una revisión sistemática muestra la fuerte relación entre el nivel de hemoglobina glicosilada y el riesgo de desarrollar diabetes y apoyan el uso de la hemoglobina glicosilada para identificar a las personas con riesgo de desarrollar esta enfermedad.(16),(19)

En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social se puso en evidencia que sólo el 9% de los pacientes diabéticos tenían un control metabólico adecuado, lo cual aumentaba las probabilidades de complicaciones e incrementaba los costos económicos para la atención a dichos paciente.(78)

Un estudio publicado en mayo del 2010 buscaba encontrar una relación significativa entre los niveles de hemoglobina glicosilada y costos asociados a hospitalización en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2, encontrando que dicha relación se da cuando los niveles de hemoglobina glicosilada son iguales o superiores al 10%(79).

Una investigación realizada en Cartagena (Colombia) mostró que existe un inadecuado control metabólico en los pacientes objeto de ese estudio, el 42% presentó un control

inadecuado, 18% estuvieron en niveles de mal control, con cifras de Hemoglobina glicosilada que superan el 8%.(26).

En el presente estudio se encontró el valor de la hemoglobina glicosilada en 98 de los 107 pacientes, se halló que el 25,5% de los pacientes tenían un control adecuado y que un 74,5% tenían un inadecuado control metabólico, lo cual dista mucho de las recomendaciones internacionales (Asociación latinoamericana de diabetes).(17).

5.3 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Evaluar la calidad de la atención desde la percepción de los pacientes permite obtener información que beneficia al paciente, al equipo de salud y a la institución proveedora de salud, ya que permite implementar medidas de mejoramiento con un buen impacto en la población objeto de esas medidas. (32)

5.3.1 Atención centrada en el paciente

La mitad de los pacientes calificaron la atención centrada en el paciente como deficiente, un estudio realizado en Quebec – Canadá encontró que la atención centrada en el paciente requiere de una evaluación continua, la cual puede ser especialmente relevante en pacientes que sufren de enfermedades crónicas.

La evaluación de la atención centrada en el paciente requirió evaluación de la manera en que se coordinaron las actividades, la atención que se dio a involucrar a los pacientes en las actividades de prevención y promoción y las encuestas periódicas a los pacientes con el objetivo de conocer su percepción sobre la calidad de la atención recibida. El concepto de atención centrada en el paciente está principalmente relacionado con el enfoque y el comportamiento de los médicos de familia durante el proceso de atención a los pacientes. (80)

5.3.2 Proactividad de cuidados

Casi la mitad de los pacientes calificaron la Proactividad de cuidados como excelente, existe evidencia de la importancia de la motivación adecuada al paciente diabético para que él se involucre en actividades que fomenten el autocontrol y la participación activa en el autocuidado.(35)

5.3.3 Planificación de metas

Casi la mitad de los pacientes calificaron la planificación de metas como aceptable, la dimensión copia de tratamiento obtuvo la calificación más baja de esta sección (2.35/5 puntos posibles), un estudio mexicano muestra que el acuerdo entre el médico y los pacientes diabéticos se logra solo en un 40% de los casos, por lo que este estudio Mexicano recomendó implementar estrategias que busquen mejorar la relación médico – paciente.

5.3.4 Toma de decisiones compartidas

En este estudio se encontró que casi la mitad de los pacientes calificaron la toma de decisiones compartidas como excelente, un estudio realizado en Estados Unidos encontró que cuando se solicitó la opinión y se tomó en cuenta las necesidades, preferencias y deseos del paciente, se logró mejorar su participación activa con la consiguiente mejoría en la adherencia al tratamiento.(57)

Se logró demostrar que los pacientes que reportaron una mayor participación en la toma de decisiones fue más probable que participaran más activamente durante el encuentro con su médico, la participación activa estuvo relacionada con una mejor adherencia al tratamiento sugerido, lo cual se asoció con un mejor control metabólico, dado por disminución de la hemoglobina glicosilada.(81)

5.3.5 Apoyo al autocuidado

La tercera parte de los pacientes calificaron el apoyo al autocuidado como aceptable y otro 1/3 de los pacientes lo calificaron como deficiente.

Un estudio realizado en Canadá muestra el impacto que tiene el trabajo de una enfermera practicante encargada de la atención a los pacientes con condiciones crónicas, en ese estudió se demostró que la atención de alta calidad fue más probable cuando dentro del equipo se hallaba una enfermera practicante, el estudio indicó varias posibilidades para esos resultados y destacó que la enfermera podía hacerse cargo de

algunas funciones que normalmente realizaba el médico en sitios de atención tales como las clínicas de diabetes.(82)(74)

5.3.6 Impacto social de la enfermedad

Un tercio de los pacientes calificaron impacto social de la enfermedad como aceptable, un estudio publicado en el Reino Unido ha demostrado el efecto beneficioso de la alimentación adecuada y la realización de actividad física en los pacientes diabéticos. (83) (84)(85)

En un estudio realizado en Cuba se encontró que los pacientes diabéticos son enviados a otros profesionales de la salud en un 13,3% de los casos, en este estudio los pacientes calificaron la referencia a otros profesionales con 3,35/ 5 .(86) (87)

5.4 PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIABÉTICOS

En el presente estudio se valoró la percepción de la calidad de la atención por parte de los miembros del equipo de salud a través del cuestionario para evaluación de la atención de enfermedades crónicas (ACIC-Assessment of Chronic Illness Care).

5.4.1 Organización del hospital hacia el cuidado de pacientes diabéticos

Estudios realizados en cinco centros de salud de las ciudades de Veracruz y Xalapa, del estado de Veracruz (México), encontraron un promedio de 4,74 puntos sobre los 11 posibles, lo cual según la escala de evaluación empleada indica que los pacientes en su mayoría reciben cuidados básicos, mientras que en nuestro estudio la mitad de los pacientes reciben cuidados buenos, indicando esto que con relación a esta área de la evaluación el Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba presenta una buena organización enfocada hacia el cuidado de los pacientes diabéticos.(62)

5.4.2 Relaciones con la comunidad

En este estudio se encontró que con relación a esta área, la atención prestada corresponde principalmente a cuidados básicos (66,7%) y cuidados deficientes (33,3%). En un estudio Mexicano se encontró que los profesionales de salud que atendían a pacientes diabéticos consideraban que la atención prestada proporcionaba cuidados básicos, correspondiéndose este dato a los resultados obtenidos del presente estudio.(62)

5.4.3 Apoyo al autocuidado

En el estudio Mexicano antes enunciado se encontró que con relación a esta área se proporcionaban buenos cuidados a los pacientes diabéticos y en el presente estudio se halló que los cuidados proporcionados eran fundamentalmente básicos (66,7%), lo cual

indica que a pesar de las actividades que se realizan es necesario evaluar y coordinar actividades que mejoren el apoyo al autocuidado.

5.4.4 Apoyo en la toma de decisiones

En el presente estudio se encontró que los cuidados prestados a los pacientes eran predominantemente básicos (50%), lo cual se relaciona con los datos obtenidos en el estudio realizado en México.

5.4.5 Sistema de provisión de cuidados

Los cuidados provistos a los pacientes en esta área son principalmente básicos (50%), seguido de buenos en un 33,3% y muy buenos en un 16,7% de los casos, mientras que en el estudio Mexicano antes enunciado se halló que los profesionales consideraban que en su mayoría los cuidados proporcionados a los pacientes eran buenos, lo cual indica que el sistema de provisión de cuidados allá tiene una mejor percepción por parte de los profesionales.

Según diferentes estudios hay una fuerte asociación entre la continuidad de la atención y la satisfacción del paciente. Entre las características demográficas del paciente, el sexo femenino se asoció con una mejor satisfacción, al igual que un aumento de la edad hasta aproximadamente 70 años de edad, después de lo cual la satisfacción presenta una tendencia a la meseta o disminuye ligeramente. En este mismo estudio, sin embargo, no hay evidencia que la continuidad con un profesional de salud esté

asociado con un aumento de la confianza del paciente en su médico, mejor comunicación médico paciente y mejorar los resultados, incluyendo un mejor control de la glucemia en los diabéticos y menos frecuencia de hospitalizaciones.

5.4.6 Sistemas de información clínica

En el presente estudio se halló que en esta sección los profesionales del equipo de salud consideraban que los cuidados proporcionados eran básicos, lo cual se relaciona con la percepción del equipo de salud que participó en el estudio de México.

Un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que la implementación de un buen sistema de información clínica electrónica incrementa el número de pruebas de hemoglobina glicosilada realizadas por paciente por año, lo cual fue una herramienta útil en pro del cumplimiento de las metas de realizar 2 – 4 controles de hemoglobina glicosilada por paciente por año, ya que en el presente estudio se encontró que algunos pacientes no habían tenido un control de HbA_1c en los últimos años, con un elevado número de pacientes con valores por encima de 10% lo cual disminuye la percepción de la calidad e incrementa el riesgo de complicaciones.(88)

5.4.7 Integración del modelo de atención de enfermedades crónicas

El uso de los elementos del modelo de atención a crónicos se asocia con un menor valor de hemoglobina glicosilada, encontrándose que por cada unidad de aumento en el uso del modelo de atención a crónicos (por ejemplo de “rara vez” a “de vez en

cuando"), hubo una reducción de la hemoglobina glicosilada asociada a un 0.30%. (66)

En el presente estudio los miembros del equipo de atención a pacientes con diabetes consideraron que según la integración del modelo de atención de enfermedades crónicas, la calidad de la atención se refleja en un 60% en cuidados básicos, 20% en cuidados buenos y un 20% son cuidados deficientes, un estudio realizado en los Estados Unidos ha demostrado que el uso de elementos del Modelo de Atención a Condiciones crónicas está significativamente asociado con la disminución de los valores de hemoglobina glicosilada.(89)

5.5 RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN CUALITATIVA DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

5.5.1 Comunicación entre el equipo de salud y los pacientes como elemento de la calidad de la atención

Los pacientes consideran que durante las charlas se usa un lenguaje apropiado para que los pacientes logren captar el mensaje que se está transmitiendo, sin embargo admiten que hay cosas que no logran entender, lo cual se constituye en una oportunidad para ampliar sus conocimientos sobre su enfermedad.

5.5.2 Accesibilidad del paciente a la atención, insulina, fármacos específicos, tiras reactivas y otros elementos necesarios para su control y tratamiento

La disponibilidad de medicamentos e insumos es una oportunidad para que la institución demuestre sus proyectos en mejorar la calidad de la atención, ya que para muchos pacientes las posibilidades para obtener medicamentos e insumos por fuera de la farmacia institucional es bastante reducida y esto les lleva a realizarse su propia prescripción de medicamentos con el fin de que estos les duren la mayor cantidad de tiempo posible, durante nuestros tiempos de observación, encuestas y entrevistas se percibió que hay grandes adelantos en este sentido y que los pacientes están notando el avance que la institución hace a este respecto.

5.5.3 Percepción de la calidad de la atención

La percepción de la calidad es multifactorial, los pacientes asocian la calidad de la atención con el trato recibido, la confianza que les generen y el apoyo y liderazgo de los miembros del equipo de salud con relación a las decisiones tomadas en el mejoramiento de su calidad de vida.

De acuerdo al estudio “Calidad de la atención al paciente diabético en el policlínico 1 de Nueva Gerona, Isla de la Juventud en el 2006 - 2009” realizado en Cuba, existe un elevado nivel de satisfacción de la población por los servicios recibidos por el personal del equipo de salud (79.3%), lo cual fue superior a lo reportado por un estudio similar

en otros centros asistenciales (70%) e inferior a la satisfacción reportada en otro centro asistencial (80%).(86)

5.5.4 Facilitadores para el cumplimiento del tratamiento

El diagnóstico de Diabetes en uno de los miembros de la familia, la sitúa a esta en una situación nueva e inesperada, el diagnóstico trae consigo la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que precisa tratamiento de por vida, exige cambios en los hábitos de vida con reales dificultades de adaptación tanto a nivel individual como familiar y las futuras complicaciones que pueden ir surgiendo lo cual sobrecarga al sistema familiar.(35)

En el control del paciente Diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glicemia. El paciente Diabético percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y se requiere que su entorno familiar realice los cambios necesarios para apoyarle, porque de no darse estos cambios hay estudios que demuestran que gradualmente va a declinar el nivel de adherencia terapéutica con los consiguientes efectos negativos en el control del paciente.(90)

El apoyo familiar es un componente importante en la manera en que el paciente enfrenta su enfermedad, Bekker Moran et. al. Han demostrado que con relación a la modificación de los pensamientos negativos en los pacientes diabéticos, el apoyo social les ayuda a trabajar de forma más activa para obtener controles glucémicos adecuados. (91)

5.5.5 Dificultades para el cumplimiento del tratamiento

La presencia de otras patologías es una de las dificultades que presentan los pacientes diabéticos en el cumplimiento del tratamiento, debido a que la diabetes es una enfermedad compleja y usualmente acompañada de complicaciones, es importante que el paciente comprenda que no su cuidado no puede limitarse a sus contactos con los servicios de salud más o menos continuos, sino que requiere del apoyo de su grupo familiar y social.(42)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se halló que la edad promedio de los pacientes es de 68.51 años, el 84.1% de los cuales son mujeres frente a un 15,9% de varones, 63.2% del total de la muestra son casados, 45,3% con un nivel de instrucción secundaria, un 46.2% se encuentran jubilados y 40,6% se dedican a quehaceres domésticos.

2. El control metabólico es inadecuado en un 74.5% de los pacientes, un 24,48% de todos los pacientes presentan valores de Hemoglobina glicosilada por encima de 10%, presentando un alto riesgo de complicaciones.

3. El modelo de atención del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba es un modelo de educación Diabetológica.

4. Las relaciones del Equipo de atención del club de diabetes con la comunidad se considera básico en un 66.7% de los miembros del equipo participantes.

5. El equipo brinda apoyo básico a los pacientes en actividades de autocuidado en un 66,7% de los casos.

6. En un 50% de los casos el equipo siente que reciben un apoyo básico en la toma de decisiones en la atención de los pacientes.

7. Los miembros del equipo consideran que hay una disponibilidad de 50% de los recursos necesarios para proveer cuidados a los pacientes, quienes consideran que existen recursos suficientes pero que no están adecuadamente organizados, encontrando que el mayor obstáculo es la accesibilidad al sistema de citas a través del Call center, ya que el tiempo de espera para una cita oscila entre 1 y 3 meses, y que el sistema en muchas ocasiones cambia la hora de la cita sin una comunicación al paciente con la consiguiente pérdida de la posibilidad de una atención.

8. Todos los miembros del equipo consideran que existe una disponibilidad básica para un adecuado sistema de manejo de la información clínica de los pacientes, entre otras causas para esto se halla la ausencia de recuerdos sobre el grado de adherencia del paciente al tratamiento y la ausencia de información sobre subgrupos con necesidades especiales que permitan mantener planes individualizados de tratamiento.

9. No existe una implementación individualizada del modelo de atención de pacientes con condiciones crónicas.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la creación de una infraestructura física exclusiva para la atención a pacientes con Diabetes mellitus, con el fin de que desde allí se coordinen todas las actividades encaminadas a la continua y permanente búsqueda de mejoras en la calidad de la atención a los pacientes, con lo cual se busque potencializar el esfuerzo institucional y de los miembros del equipo de salud en pro de la activación – motivación (empoderamiento) de los pacientes.

2. Se recomienda que el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social realice la atención de pacientes diabéticos de acuerdo a guías clínicas basadas en la evidencia, las cuales se socialicen entre todos los miembros del equipo y se anime al cumplimiento de las mismas, las cuales incluyan la periodicidad con la cual se realice el control metabólico de los pacientes.

3. Ya que la evidencia demuestra que el modelo médico tradicional no es el más apropiado para la atención de pacientes diabéticos y debido a los altos índices de frustración que este produce entre pacientes y equipo de salud, se recomienda que se ponga en práctica un modelo de activación – motivación, donde el propósito de la educación Diabetológica sea asegurarse que las decisiones que el paciente tome a diario se basen en la información adecuada.

4. Se propone que el hospital a través del club de diabetes fortalezca sus convenios con organizaciones y asociaciones comunitarias con el propósito de desarrollar programas de apoyo mutuo enfocados en la prevención de complicaciones en los pacientes diabéticos y en la promoción de estilos de vida más saludables dentro de la comunidad en general.

5. Evaluar las necesidades y actividades de autocuidado de los pacientes con la participación periódica de ellos, sus familiares y representantes de la comunidad.

6. Fomentar el trabajo multidisciplinario mediante la implicación de los especialistas en la atención primaria, la formación continua del equipo en cuidados a pacientes diabéticos, el uso de un adecuado sistema de referencia- contra referencia y la información al paciente del uso de guías clínicas.

7. Revisar y actualizar las políticas de acción del Call Center de tal manera que exista mayor disponibilidad de citas médicas y mejorar los canales de comunicación con los pacientes mediante la creación de una coordinación de cuidados de enfermería al paciente diabético, lo cual se considera un pilar fundamental en el mejoramiento de la calidad de atención con la consiguiente disminución de las complicaciones y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

8. Mejorar el sistema de información clínica mediante la creación y constante actualización de sub grupos con necesidades especiales y la implementación de un sistema de recordatorio a los miembros del equipo sobre el grado de

adherencia de los pacientes al tratamiento, sus dificultades en el cumplimiento del mismo y el seguimiento telefónico y mediante visitas domiciliarias.

9. Implementar el modelo de atención de pacientes con condiciones crónicas, mediante un proyecto colaborativo que involucre a la institución, el equipo de salud, los pacientes y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vinaccia, Stefano. Orozco LM. la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. DIVERSITAS. 2005;I(2):125–37.

2. INEC. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2010 LISTA CORTA DE AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE (L . C . CIE-10) TOTAL DE DEFUNCIONES Número Tasa. 2010;

3. Número coordinado por Enrique Bernal Delgado Organización de la atención sanitaria , intervenciones para mejorar la práctica clínica Efectividad : tratamiento , prevención , diagnóstico , efectos adversos Calidad y adecuación de la atención sanitaria Eval. Economia. 41–5.

4. Alberto DLRI, E MFR. Control metabólico del paciente diabético tipo 2 después de una estrategia educativa en Medicina Familiar Metabolic control in the type 2 diabetic patients after an educational strategy in Family Medicine. Family Medicine. 2009;16(28):32–5.

5. Susana L. gestion de procesos en asistencia sanitaria.pdf. Revista de caidad asistencial. 1999;14(4):2–86.

6. Humet C, Suñol R. Calidad Asistencial. Revista De Calidad Asistencial. 2001;16(S1):1–76.

7. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. 2004;:1–104.

8. Unidas N. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION: HECHOS Y CIFRAS. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. 2002;

9. INEC. INEC Instituto nacional de estadística y censos. Población de quince anos y más que practica deporte a nivel nacional y por área según días al mes Octubre 1998 –septiembre 1999. 2007.

10. Nueva V. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermeddaes crónicas.

11. Herrera AF, Guano NJ, Rivera J. Niveles de hemoglobina glicosilada y velocidad de progresión de retinopatía diabética . Análisis de supervivencia en pacientes del Servicio de Oftalmología del Hospital General de las Fuerzas Armadas. Revista Médica Vozandes. 2010;21(-----):7–13.

12. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2003 Jan;81(1):19–27. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2572319&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

13. Mundial O, Salud DELA, Actividad LA, La FY. Consejo directivo 58. 2006;:25–9.

14. Manga UBA, Eps DC, Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. 2005;21:28–40.

15. Pons MB. Revisión del diagnóstico de la diabetes . ¿ Qué aporta la hemoglobina glucosilada ? Diabetes Práctica. 2010;01(03):66–9.

16. Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM, et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. Diabetes care [Internet]. 2010 Jul [cited 2012 Mar 10];33(7):1665–73. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2890379&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

17. Asociación latinoamericana de diabetes. GUIAS ALAD DE DIAGNÓSTICO , CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Diabetes.

18. Teoh H, Home P, Leiter L a. Should A1C targets be individualized for all people with diabetes? Arguments for and against. Diabetes care [Internet]. 2011 May [cited 2012 Mar 28];34 Suppl 2:S191–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21525454

19. Bonora E, Tuomilehto J. The pros and cons of diagnosing diabetes with A1C. Diabetes care [Internet]. 2011 May [cited 2012 Mar 8];34 Suppl 2:S184–90. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21525453

20. Diabetes N, Clearinghouse I. DCCT and EDIC : Health (San Francisco). 1993;

21. Diabetic Nephropathy. Endocrinology. (800):19106.

22. Seshasai SRK, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. The New England journal of medicine [Internet]. 2011 Mar 3;364(9):829–41. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21366474

23. Gagliardino JJ, Hera MD, Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. American Journal of Public Health. 2001;10(5):309–17.

24. Ávalos MI, Carlos G, De M, Gallardo C, Tirado C, García C, et al. Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla , Tabasco , México. Diabetes. 2007;13:625–39.

25. La I. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS).

26. Alayón AN. CONTROL METABOLICO EN DM COOMEVA - MANGA CARTAGENA. 2007;

27. Fuentes RJG, Fund E. Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria. Avances en Diabetología. 2002;18:84–93.

28. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WGW. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. BMC health services research [Internet]. 2005 Mar 21 [cited 2012 Mar 30];5(1):16. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=554106&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

29. Fernández N. Calidad de la atencion medica. :1–38.

30. Ramírez AM, Approach SRAS. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico : Un Modelo para la Realidad Mexicana A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care : A Model for Mexican Reality. Cad. Saúde Publ. 1995;11(3):456–62.

31. Es QUE, En C. Indicadores de calidad. 2000;:1–6.

32. Ramírez-sánchez TDJ, Enf L, C M. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios. Salud pública de México. 1998;40(1):1–10.

33. Ram D. Indicadores de calidad diabetes mellitus calidad asistencial en el paciente diabético Criterios de proceso. Diabetes. 79–84.

34. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. 2012.

35. Peralta G. Motivación de la persona con diabetes. Diabetes practica. 73–7.

36. Sabanayagam C, Liew G, Tai ES, Shankar A. Relationship between glycated haemoglobin and microvascular complications : Is there a natural cut-off point for the diagnosis of diabetes ? Diabetologia. 2009;:1279–89.

37. Hordern MD, Dunstan DW, Prins JB, Baker MK, Singh M a F, Coombes JS. Exercise prescription for patients with type 2 diabetes and pre-diabetes: A

position statement from exercise and sport science Australia. Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia. 2011 May;

38. Tabrizi JS, O'Rourke PK, Wilson a J, Coyne ET. Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. [Internet]. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2008 May;25(5):612–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18445176

39. Abdulhadi N, Al-Shafaee MA, Ostenson C-G, Vernby A, Wahlström R. Quality of interaction between primary health-care providers and patients with type 2 diabetes in Muscat, Oman: an observational study. [Internet]. BMC family practice. 2006 Jan;7:72. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1764013&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

40. Smith RJ, Nathan DM, Arslanian SA, Groop L, Rizza RA, Rotter JI. Individualizing Therapies in Type 2 Diabetes Mellitus Based on Patient Characteristics : What We Know and What We Need to Know. Diabetes Care. 2010;95(April):1566–74.

41. Abdulhadi N, Al Shafaee M, Freudenthal S, Ostenson C-G, Wahlström R. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. [Internet]. BMC health services research. 2007 Jan;7:162. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2174468&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

42. Solinís RN. Atención innovadora a las condiciones crónicas : más necesaria que nunca. 1927;:1–8.

43. Salud OM de la. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas. Salud Mental. 2005;

44. Chattopadhyay S. Cost of Illness of Diabetes Mellitus in Thailand. International Classification.

45. Predictors of Health Care Costs in Adults. Diabetes Care. 2005;28(1).

46. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jr LJ, et al. The Effectiveness of Disease and Case Management. American Journal of Preventive Medicine. 2002;22(02):15–38.

47. Paulo S. Simposio sobre economía y diabetes. North Carolina Medical Journal. 2010;:2002–4.

48. Gagliardino JJ, Olivera EM, Etchegoyen GS, González C, Guidi ML. [Evaluation and cost of the health care process of diabetic patients]. [Internet]. Medicina. 2000 Jan;60(6):880–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11436696

49. Randomized A, Trial D-blind, Testa MA, Simonson DC. Health Economic Benefits and Quality of Life During Improved Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes. 1998;

50. Cuidado Innovador para las condiciones crónicas . 2002;:1–98.

51. Estupiñán F AR. Empoderamiento del paciente diabético. In: Diabetes Mellitus. 2008. p. 1–16.

52. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jr LJ, et al. The Effectiveness of Disease and Case Management. 2002;22(02).

53. Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM, Baker R, Pearson WS. Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. American journal of public health. 2004 Jan;94(1):66–70.

54. Origen del MODELO DE ATENCION EN ENFERMEDDAES CRONICICAS.

55. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health affairs (Project Hope) [Internet]. 2009 [cited 2012 Mar 13];28(1):75–85. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19124857

56. Austin B. The Chronic Care Model in the New Millennium. Primary Care. 2009;

57. IMPROVING CARE FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS A r r a a m r e m e e v e w v i w o i e o r e w K a.

58. Enfermedades CON, Manuel OB, Domingo OB, Cristina DR, Pilar RS, Soto L, et al. Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas.

59. No DO. Estratégico. 2012;(328).

60. CURAR Y CUIDAR Innovación en la gestión de enfermedades crónicas : una guía práctica para avanzar.

61. Anual S, Sir DS, Banninster R. Atención Integrada : enseñanzas de evidencia y experiencia. 2008;

62. Aprendizaje SD. Proyecto VIDA en Veracruz Mexico. 2004;2:13–5.

63. Acic IC. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) Evaluación de la Atención a Enfermedades Crónicas. Diabetes. 2004;

64. Patricio P. “DIABETES MELLITUS - INDICADORES DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES PERTENECIENTES A PROGRAMAS DE MANEJO Y EDUCACIÓN.”Diabetes. 2000;

65. Care CI. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients. Diabetes Care. 2005;28(11).

66. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Medical care [Internet]. 2005 May;43(5):436–44. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838407

67. Carryer J, Budge C, Hansen C, Gibbs K. Modifying the PACIC to assess provision of chronic illness care: an exploratory study with primary health care nurses. Journal of primary health care [Internet]. 2010 Jun;2(2):118–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690301

68. Ulin P, Robinson E TE. Investigación aplicada en salud pública. Washington, EUA: OMS, OPS; 2006.

69. Roberto NS. Reinventando el modelo de provisión sanitaria ante la cronicidad. Primary Care. 2011;

70. Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. October. 2008;5(4).

71. Vergara A. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL METABOLICO EN DIABETICOS TIPO 2 EN COSTA RICA. Revista médica de Costa Rica y CentroAmérica. 2006;63(577):145–9.

72. Olaiz-fernández G, Rojas R. Diabetes mellitus en adultos mexicanos . Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. 2007;49.

73. Laclé-murray A, Jiménez-navarrete M. Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas : Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses. Acta médica Costarricense. 2004;46(3):139–44.

74. Hogg W, Lemelin J, Dahrouge S, Liddy C, Armstrong CD, Legault F, et al. Randomized controlled trial of Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care Recherche Essai randomisé portant sur l ’ Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care. Canadian Family Physician. 2009;55.

75. Gudina EK, Amade ST, Tesfamichael F a, Ram R. Assessment of quality of care given to diabetic patients at Jimma University Specialized Hospital diabetes follow-up clinic, Jimma, Ethiopia. BMC endocrine disorders [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 May 11];11(1):19. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3260211&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

76. Zanetti ML. DE EDUCACIÓN EN DIABETES SATISFACTION OF DIABETIC PATIENTS FOLLOWED UP IN A HEALTH. Online. 2007;15(4).

77. Olaiz-fernández, Gustavo. Rojas Rosalba. Aguilar-Salinas, Carlos. Rauda, Juan. Villalpando S. Diabetes Mellitus en adultos Mexicanos: resultados de la encuesta nacional de salud 2000. Salud pública de México. 2007;49(Suplemento 3):S331–7.

78. Hgz EL, No YMF, Colima I, Urueta M. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL " EVALUACION DEL MANEJO DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS EN. 2006;

79. Menzin J, Korn JR, Cohen J, Lobo F, Zhang B, Friedman M, et al. Relationship between glycemic control and diabetes-related hospital costs in patients with type 1 or type 2 diabetes mellitus. Journal of managed care pharmacy : JMCP [Internet]. 2010 May;16(4):264–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433217

80. Haggerty JL, Lambert M. Patient-Centered Care : A Systematic. Annals Of Family Medicine. 2011;:155–64.

81. Parchman ML, Palmer RF. Activation , Medication Adherence , and Intermediate Clinical Outcomes in Type 2. Annals Of Family Medicine. 2010;:410–7.

82. Russell GM, Primary CTL, Care H. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care : The Impact of Organiza- tional Factors. Annals Of Family Medicine. 2009;:309–18.

83. Sato Y. Diabetes and life-styles: role of physical exercise for primary prevention. The British journal of nutrition. 2000 Dec;84 Suppl 2:S187–90.

84. Harris SB, Petrella RJ, Lambert-Lanning A, Leadbetter W, Cranston L. Lifestyle management for type 2 diabetes. Are family physicians ready and willing? Canadian family physician Médecin de famille canadien. 2004 Sep;50:1235–43.

85. Yates T, Khunti K, Troughton J, Davies M. The role of physical activity in the management of type 2 diabetes mellitus. Postgraduate medical journal. 2009 Mar;85(1001):129–33.

86. Belkis D, Sánchez MV, Elodia D, Alpizar MR, Gisela D, Trujillo Z. Policlínico Docente Universitario Área V “ Manuel Piti Fajardo ”. Municipio Cienfuegos Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. Educación Médica. 2011;

87. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. Archives of Internal Medicine. 2000;320(February).

88. Connor PJO, Crain AL, Gutenkauf JJ, Duncan JE. Impact of an Electronic Medical Record on Diabetes Quality of Care. Annals Of Family Medicine. 2005;:300–6.

89. Nutting PA, Nelson CC, King DK. Is Associated With Higher-Quality Care. Annals Of Family Medicine. 2007;:14–20.

90. Jf G-romero, Rodríguez-morán M, Guerrero-romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Diabetes Care. 1997;39(1):1–4.

91. Morán j, Bekker H LG. Everyday use of patient - centred, motivacional techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. Counseling educational.

INDICE DE TABLAS

Tabla Nº1: Edad de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº2: Sexo de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº3: Estado civil de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº4: Nivel de Instrucción de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº5: Ocupación de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº6: Control metabólico de los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº7: Atención centrada en el paciente.

Tabla Nº8: Frecuencia de la Atención centrada en el paciente del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº9: Proactividad de Cuidados.

Tabla Nº10: Frecuencia de la Proactividad de cuidados en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº11: Planificación de metas.

Tabla Nº12: Frecuencia de la Planificación de metas en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº13: Toma de decisiones compartidas.

Tabla Nº14: Frecuencia de la toma de decisiones compartidas en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº15: Apoyo al autocuidado.

Tabla Nº16: Frecuencia de Apoyo al autocuidado en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº17: Impacto social de la enfermedad

Tabla Nº18: Frecuencia del Impacto social de la diabetes en los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Tabla Nº19: Relación entre percepción de la calidad y edad.

Tabla Nº20: Relación entre Percepción de la Calidad y Hemoglobina Glicosilada.

Tabla Nº21: Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de diabéticos.

Tabla Nº22: Frecuencia de la Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de diabéticos

Tabla Nº23: Relaciones del equipo con la comunidad

Tabla Nº24: Frecuencia de las Relaciones del equipo del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba con la Comunidad.

Tabla Nº25: Apoyo del autocuidado.

Tabla Nº26: Frecuencia del apoyo al autocuidado a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba con la Comunidad.

Tabla Nº27: Apoyo en la toma de decisiones.

Tabla Nº28: Apoyo en la toma de decisiones a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba con la Comunidad.

Tabla Nº29: Sistema de Provisión de cuidados.

Tabla Nº30: Sistema de Provisión de cuidados a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Tabla Nº31: Uso de Sistemas de Información Clínica en la atención a los pacientes del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Tabla Nº32: Frecuencia del uso de Sistemas de información clínica en la atención.

Tabla Nº33: Integración del modelo de enfermedades crónicas a la atención de pacientes diabéticos del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Tabla Nº34: Frecuencia de la Integración del modelo de atención de enfermedades crónicas a la atención de pacientes diabéticos del club de diabetes del Hospital del IESS de Riobamba.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico Nº1: Organización del hospital hacia el cuidado de diabéticos

Gráfico Nº2: Relaciones del equipo con la comunidad

Gráfico Nº3: Apoyo del autocuidado

Gráfico Nº4: Apoyo en la toma de decisiones.

Gráfico Nº5: Sistema de provisión de cuidados.

Gráfico Nº6: Sistema de información clínica.

Gráfico Nº7: Integración del modelo de enfermedades crónicas

ANEXOS

Anexo1: Hoja de Recolección de datos

Anexo2: Cuestionario para la Evaluación de Cuidados en Diabetes dirigido al Equipo del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Anexo 3: Cuestionario para la evaluación de cuidados en diabetes dirigido al cliente externo (paciente) del club de diabetes del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de Riobamba.

Anexo 4: Temas de la entrevista Semi – estructurada a los pacientes

Anexo5: Consentimiento Informado

ANEXO 1.

Evaluación de la calidad de la atención en pacientes con Diabetes Mellitus del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, en el periodo comprendido entre febrero y abril 2012.

Hoja de recolección de datos sobre características socio – demográficas y control metabólico.

CARACTERISTICAS SOCIO – DEMOGRAFICAS.

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADO ( ) SEPARADO ( ) DIVORCIADO ( ) VIUDO ( ) UNION LIBRE ( ).

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) TECNICO ( ) UNIVERSITARIO ( )

OCUPACIÓN: JUBILADO ( ) QUEHACERES DOMESTICOS ( ) EMPLEADO ( ) DESEMPLEADO ( ) ARTESANO ( ) COMERCIANTE ( ) PROFESIONAL ( ) ESTUDIANTE ( ) AGRICULTOR ( ) OTRA ( )

CONTROL METABOLICO.

PORCENTAJE DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA: _____

ANEXO 2.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE CUIDADOS EN DIABETES DIRIGIDO AL EQUIPO DEL CLUB DE DIABETES DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE RIOBAMBA

<table>
<tr><td colspan="2">Evaluación de Cuidados en Diabetes Mellitus - Cliente Interno
(basado en la versión de la escala ACIC 3.5)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Complete la siguiente información sobre usted y el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Esta información no será mostrada a nadie excepto al equipo del club de diabetes. Nos gustaría disponer de su teléfono y dirección de correo electrónico por si necesitamos contactar con usted en el futuro. Por favor, indique también los nombres de las personas del equipo que completan el cuestionario también. Más abajo se le preguntará que describa el proceso por el que rellenó este cuestionario.</td></tr>
<tr><td>Su nombre y apellidos:</td><td>Día: _____/_____/_____
Día Mes Año</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Organización y Dirección:</td><td>Nombre de otras personas que diligencian el cuestionario con usted:</td></tr>
<tr><td>1.</td></tr>
<tr><td>2.</td></tr>
</table>

	3.
Su número de teléfono (_____) __ __ __ - __ __ __ __	Su dirección de correo electrónico:
Instrucciones para rellenar el cuestionario	

Este cuestionario está diseñado para ayudar a la Clínica de Diabetes a mantenerse al día en el manejo de esta enfermedad. Los resultados pueden ser usados para ayudar al equipo sanitario a identificar oportunidades de mejora. Las instrucciones de cumplimentación son las siguientes:

1. Responda cada cuestión desde la perspectiva del sitio físico, desde el que usted provee servicios de salud para pacientes con Diabetes Mellitus.

2. Escriba el nombre de su sitio específico de trabajo (por ejemplo: consulta, Enfermería, Nutrición, Psicología, Terapia física).

3. Responda cada cuestión en relación a cómo el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba está funcionando respecto a la Diabetes Mellitus.

4. Para cada fila, haga un círculo sobre la puntuación que mejor describe el nivel de cuidados que actualmente existe en su sitio de trabajo para la Diabetes Mellitus. Cada fila representa un aspecto clave en el cuidado de la Diabetes Mellitus. Cada aspecto está dividido en niveles según fases en la mejora de los cuidados del paciente Diabético. Estas fases están representadas por puntos que oscilan de 0 a 11. La puntuación más alta indica que la acción descrita en ese punto es la que se realiza de forma más plena.

5. Sume los puntos en cada sección (Por ejemplo, total de parte 1), calcule la puntuación media (total/nº de cuestiones), e introduzca los resultados en el espacio del final de cada sección. Entonces sume el total de cada sección y obtenga la puntuación final del Programa dividiendo esta cantidad entre 6.

Para más información en cómo rellenar el cuestionario, contactar con:

Edgardo Noriega A. Telf. celular: 098154641 Movistar / 093595631 Claro
E-mail: edgardonoriega1@hotmail.com
Residente de Medicina Familiar - Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Evaluación Cuidados en Diabetes. Cliente Interno. (ECCCI 1.0)

Sección.1: Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de los pacientes pertenecientes a la Clínica de Diabetes: **Los Modelos de Atención en Diabetes son más efectivos si el Hospital está orientado en el cuidado de los pacientes.**

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Liderazgo del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba **Puntos**	…no existe o hay poco interés 0 1 2	Existe una planificación pero no se crean recursos específicos para llevar a cabo el trabajo 3 4 5	…existe un liderazgo y se dotan recursos específicos (económicos y de personal) 6 7 8	Existe una estrategia a largo plazo, se reciben los recursos y hay personas dedicadas. 9 10 11
Objetivos del Hospital del Instituto	…no existen o están limitados a una condición.	…existen pero no se revisan de forma	…son medibles y se monitorizan	…son medibles, se monitorizan, y se

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba **Puntos**	0 1 2	activa 3 4 5	6 7 8	incorporan a planes de mejora 9 10 11
Estrategia de mejora en cuidados **Puntos**	…Se da circunstancialmente pero no se apoya de forma consistente 0 1 2	…usa enfoques específicos para problemas seleccionados cuando estos surgen 3 4 5	…usa estrategias de mejora probadas para problemas seleccionados 6 7 8	…existe una estrategia y se busca que coincida con los objetivos del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba 9 10

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
				11
Incentivos y regulación de los cuidados **Puntos**	…no se usan para conseguir objetivos de mejora de la calidad en la clínica 0 1 2	…sirven para influir en el uso y en los costes de los cuidados para Diabetes Mellitus 3 4 5	…se usan para apoyar los objetivos de cuidados del paciente 6 7 8	…se usan para motivar y capacitar a los médicos y alcanzar los objetivos 9 10 11
Máximo responsable **Puntos**	…desaconseja la admisión de los pacientes con Diabetes Mellitus	…no considera una prioridad la mejora de los cuidados en la Diabetes Mellitus	…alienta esfuerzos de mejora en los cuidados de pacientes Diabéticos	…participa de forma visible en esfuerzos de mejora en los cuidados de pacientes con Diabetes Mellitus

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Beneficios **Puntos**	…desaconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el modelo de atención 0 1 2	…ni aconseja ni desaconseja el autocuidado o los cambios en el modelo de atención 3 4 5	…aconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el modelo de atención 6 7 8	..diseño específico para promover unos mejores cuidados en pacientes Diabéticos 9 10 11

Organización del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba hacia el cuidado de los pacientes pertenecientes a la Clínica de Diabetes: Total: _____ Puntuación Promedio (Total / 6): _____

Sección 2: Relaciones del Equipo con la Comunidad. Las asociaciones entre el Equipo y los recursos comunitarios juegan un papel muy importante en el manejo de la Diabetes Mellitus

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Informar a los pacientes de los recursos externos Puntos	…no se hace de forma sistemática 0 1 2	…se limita a un listado de recursos disponibles en la comunidad 3 4 5	Se promueve el uso de los recursos comunitarios por pacientes y personal sanitario 6 7 8	Hay una coordinación activa entre la Clínica de Diabetes, la comunidad y los pacientes 9 10 11
Convenios con organizaciones y asociaciones Puntos	…no existen 0 1	…se consideran pero no se implementa	…se realizan, para desarrollar programas de apoyo y medidas legislativas	Programas de apoyo y legislativos que abarcan a todo el sistema en sentido amplio

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
	2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Guías actualizadas de manejo Puntos	…no existen guías de cuidados para enfermos Diabéticos 0 1 2	Existen guías pero no se evalúan ni se implementan los cambios 3 4 5	Existen guías actualizadas, con medidas de evaluación, que incluyen 1 o 2 complicaciones 6 7 8	Existen guías actualizadas y medidas de evaluación en la mayoría de complicaciones de la Diabetes Mellitus 9 10 11

Relaciones con la comunidad: Total: _____ Puntuación Promedio (Total / 3): _____

Sección 3: Aplicación en la práctica clínica: Algunas características de los cuidados se han demostrado que producen mejorías en la salud de los Diabéticos. Estas características son: apoyo del autocuidado, cambios en diseño y organización de los servicios, apoyo en la toma de decisiones por el paciente, y uso de los sistemas de información

Sección 3a: Apoyo del autocuidado: la educación en el autocuidado ayuda al paciente y a su familia a afrontar los cambios que suponen en su vida el vivir con Diabetes Mellitus, con mejoría en los síntomas y disminución de complicaciones

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Se evalúan las necesidades y actividades de autocuidado **Puntos**	…no se planifica ni se hace 0 1 2	…se planifica pero no se hace 3 4 5	…se realizan de acuerdo a unos estándares 6 7 8	...se realizan de acuerdo a unos estándares según un plan de cuidados disponible para el Equipo y pacientes 9 10 11

Formas de apoyo en autocuidado **Puntos**	…se limita a distribución de información escrita (folletos, libros.) 0 1 2	…se añade la derivación a clases de autocuidado o a entrevistas con educadores 3 4 5	…existe una organización en cada servicio, en la derivación a educadores especializados 6 7 8	…los educadores ven a la mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus 9 10 11
Intereses del paciente y la familia *Puntos*	..no se suelen preguntar 0 1 2	…se preguntan a algunos pacientes 3 4 5	..se aconseja y hay programas de opinión de pacientes 6 7 8	..existe una sistemática para tener en cuenta la opinión de los pacientes 9 10 11

Intervenciones de cambio de conductas en salud Puntos	…no disponibles 0 1 2	…se limitan a la distribución de folletos u otro material escrito 3 4 5	Disponibles sólo por derivación a servicios sub - especializados 6 7 8	…disponibles de forma sistemática como una rutina en los cuidados de salud 9 10 11

Autocuidado. Total: Puntuación Promedio (Total / 4) :) _____

Sección 3b: Apoyo en la toma de decisiones: Para ello el Equipo debe seguir guías de práctica clínica, los especialistas deben estar implicados en la mejora de la medicina primaria, se debe recibir formación continuada en Diabetes Mellitus, y se ha de informar a los pacientes sobre las guías y protocolos seguidos

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Guías clínicas basadas en la evidencia Puntos	…no disponibles 0 1 2	…disponibles pero no incorporadas a los cuidados primarios 3 4 5	…disponibles y apoyadas por la educación del Equipo 6 7 8	…además existen sistemas de recuerdo al Equipo para conseguir cambios en su práctica clínica 9 10 11
Implicación de especialistas en la medicina primaria **Puntos**	…mediante la derivación clásica	Se consigue mediante el liderazgo de los especialistas en la implementación de las guías	…existe liderazgo y especialistas específicos que dan formación a médicos de atención primaria 6 7	…los especialistas están implicados en la mejora de la cuidados primarios de salud 9 10

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
	0 1 2	3 4 5	8	11
Educación del Equipo en cuidados del paciente Diabético Puntos	…de forma esporádica 0 1 2	…de forma sistemática mediante métodos habituales 3 4 5	…se incluye en la formación académica 6 7 8	…La formación incluye el enfoque poblacional y el de autocuidado 9 10 11
Informar al paciente sobre el uso de las guías clínicas	…no se hace	…se hace si el paciente lo pide o mediante publicaciones informativas	…se hace mediante publicaciones específicas para pacientes sobre	…se informa al paciente para conseguir un aumento de la

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Puntos	0 1 2	cada guía 3 4 5	6 7 8	adherencia a la guía 9 10 11

Apoyo en toma de decisiones. Total_____ Puntuación Promedio (Total / 4): _____

Sección 3c: Sistema de provisión de cuidados. Para atender al paciente Diabético, se requieren cambios en el sistema de organización de los cuidados, tradicionalmente centrados en el paciente agudo.

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Funcionalidad del equipo	…no se plantea 0 1	…hay personal preparado en las fases clave del cuidado del paciente diabético	…hay reuniones periódicas para hablar sobre guías clínicas, funciones y problemas del paciente diabético	…funciones definidas como educación en el autocuidado, seguimiento activo, coordinación de recursos, etc.

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Puntos	2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderazgo del equipo Puntos	…No reconocido 0 1 2	Asumido por el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba para determinadas funciones 3 4 5	Hay un representante del equipo pero no están definidas las funciones del equipo 6 7 8	El representante define las funciones y responsabilidades del equipo en cuidados a pacientes diabéticos 9 10 11
Sistema de citas	…se programan visitas agudas, de seguimiento, y	…se asegura el seguimiento programado del paciente diabético	Se incorporan visitas flexibles en el tiempo y visitas grupales	Se facilitan las visitas de múltiples consultas en el mismo día

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Puntos	preventivas 0 1 2	**3 4** **5**	6 7 8	9 10 11
Seguimiento Puntos	Se programa por el paciente o por el médico según cada caso 0 1 2	Se programa por la consulta según las guías clínicas 3 4 5	Se programa por la consulta y se monitoriza la frecuentación 6 7 8	Se adecua a las necesidades del paciente, varía en el método (teléfono, email, en persona) y sigue las guías de seguimiento 9 10 11
Visitas	…no se usan	Se usan ocasionalmente	…son una opción para	A todos los pacientes,

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
programadas Puntos	0 1 2	para pacientes complicados 3 4 5	pacientes interesados 6 7 8	incluyen chequeos periódicos, prevención y autocuidado 9 10 11
Continuidad de cuidados Puntos	No es una prioridad 0 1 2	Depende de la comunicación escrita entre Atención primaria y Atención especializada 3 4 5	Es una prioridad pero no se implementa de forma sistemática 6 7 8	Coordinación activa entre primaria-especializada-salud pública y otros grupos 9 10 11

Sistema de provisión de cuidados. Total_____ Puntuación Promedio (Total / 6):) _____

Sección 3d: Sistemas de información clínica. La información sobre pacientes y poblaciones con Diabetes Mellitus es clave en los programas de manejo de esta enfermedad

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Registro (listado de pacientes con Diabetes Mellitus) **Puntos**	…no disponible 0 1 2	…se incluye nombre, diagnóstico, datos de contacto y última cita, en papel o en formato electrónico 3 4 5	Permite consultas sobre subpoblaciones según prioridades clínicas 6 7 8	Se asocia a guías que informan sobre servicios necesarios para esa subpoblación 9 10 11
Recuerdos al Equipo	no	Incluye solo la notificación	Se añade la indicación del	Incluye información

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Puntos	disponibles 0 1 2	general de existencia de Diabetes Mellitus 3 4 5	servicio necesario para esa subpoblación mediante mensajes periódicos 6 7 8	sobre el grado de adherencia a la guía clínica en el momento de la visita del paciente 9 10 11
Sistemas de evaluación **Puntos**	no disponible 0 1 2	…disponible ocasionalmente y de forma impersonal 3 4 5	Ocurre a intervalos suficientes para la monitorización de la población específica a estudio 6 7	Un representante de prestigio supervisa la tarea realizada y mejora la ejecución del equipo 9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
			8	
Información sobre subgrupos con necesidades especiales **Puntos**	No disponible 0 1 2	Se puede obtener solo por esfuerzos especiales o programación adicional 3 4 5	Se obtiene bajo demanda pero no de forma rutinaria 6 7 8	Se facilita al personal sanitario de forma rutinaria para ayudarles en la planificación 9 10 11
Planes individualizados de tratamiento **Puntos**	No disponible 0 1 2	Se consigue mediante un sistema estandarizado 3 4 5	Se consigue mediante la coordinación de cuidados e incluye objetivos de autocuidado 6 7 8	Incluye autocuidado, manejo de situaciones clínicas y de seguimiento activo 9 10 11

Sistemas de información clínica. Total:_____ Puntuación Promedio (Total / 5):) _____

Sección 3e. Integración del modelo de atención en Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Un sistema de cuidados efectivo asociará los elementos del modelo de cuidados en Diabetes a los objetivos de autocuidado del paciente y a los sistemas de registro e información clínica

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Informar a pacientes sobre las guías clínicas Puntos	No se hace 0 1 2	Se hace bajo demanda o mediante publicaciones 3 4 5	Hay publicaciones específicas para pacientes para cada guía clínica 6 7 8	Se incluye el papel del paciente en la adherencia al tratamiento 9 10 11
Sistemas de información y registro	No incluye objetivos en autocuidado	Incluye resultados de evaluaciones (estado funcional, disponibilidad al	Incluye además objetivos en autocuidado para el Equipo y el paciente	Además se usan sistemas de recuerdo en el seguimiento y en

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
Puntos	0 1 2	autocuidado) pero no objetivos 3 4 5	6 7 8	la reevaluación de objetivos para pacientes y Equipo 9 10 11
Programas comunitarios Puntos	No hay sistemas de evaluación sobre el progreso de los pacientes en el programa 0 1 2	Hay sistemas de evaluación ocasionales comunidad/Clínica de Diabetes 3 4 5	Sistemas de evaluación regulares usando medios como informes de progreso del paciente mediante internet 6 7 8	Se tiene en cuenta el input del paciente en la modificación de los programas, adecuados a sus necesidades 9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Planificación basada en cuidados a Diabéticos **Puntos**	Se basa en un enfoque poblacional 0 1 2	Usa datos de los sistemas de información clínica para planificar los cuidados 3 4 5	La planificación incluye el desarrollo de programas de autocuidado y de coaliciones con recursos comunitarios 6 7 8	Se incluye un sistema de modificación y evaluación del éxito del programa en el tiempo 9 10 11
Seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos **Puntos**	No se plantean 0 1 2	Se hace esporádicamente, mediante citas 3 4 5	Se asignan responsabilidades específicas (ejemplo enfermera para pacientes diabéticos) 6 7	El personal usa el registro y los sistemas de recuerdo para coordinarse con los pacientes y el Equipo 9 10 11

Componentes	**Nivel D**	**Nivel C**	**Nivel B**	**Nivel A**
			8	
Guías para el cuidado del paciente Diabético **Puntos**	No se comparten con el paciente 0 1 2	Se dan a los paciente con interés en el autocuidado de su enfermedad 3 4 5	Se dan a todos los pacientes para ayudarles en el autocuidado y en la modificación de conductas 6 7 8	Las revisan el medico en unión con el paciente para planificar objetivos y acotar disponibilidad para cambiar del paciente 9 10 11

Integración del Modelo de Atención en Diabetes. Total:_____

- Puntuación Promedio (Total / 5): _____

Resumen de puntuaciones

(Apunte aquí los Totales de cada sección de arriba)

Total Organización Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba _____

Total Relaciones con la Comunidad _____

Total Apoyo del autocuidado _____

Total Apoyo en la toma de decisiones _____

Total Sistema de Provisión de Cuidados _____

Total Sistemas de Información Clínica _____

Total Integración con el modelo de enfermedades crónicas _____

Puntuación total del Programa (Suma de totales) _____

Puntuación promedio (Total del Programa /7) _____

¿Qué significa esto?

El ACIC se organiza de forma que la puntuación más alta (un 11) se refiere a cuidados óptimos en enfermedades crónicas y la más baja (un 0) corresponde a unos cuidados crónicos deficientes. Es decir:

Entre “0” y “2” = cuidados deficientes en enfermedades crónicas

Entre “3” y “5” = cuidados básicos en enfermedades crónicas

Entre “6” y “8” = cuidados buenos en enfermedades crónicas

Entre “9” y “11” = cuidados muy buenos en enfermedades crónicas

Lo habitual en una Colaboración será comenzar con puntuaciones por debajo de 5 en casi todas las áreas del ACIC. Con frecuencia los equipos e puntúan inicialmente por encima de los cuidados que en realidad están dando. Por ello, conforme comienza la aplicación de los cambios, puede parecer que las puntuaciones disminuyen, lo que suele significar un mejor entendimiento del sistema de cuidados descrito en cada sección. Con el tiempo los totales mejoran de forma clara, gracias a la implantación de medidas correctoras.

Instrucciones para rellenar el cuestionario. Lea las preguntas del cuestionario. Abajo viene el número de cada pregunta. Si alguna pregunta no la entiende márquela en la cuadrícula. Debajo tiene un espacio para indicar la sección, el tipo de acción (1, 2, 3…) y el nivel de mejora (de A a D).

Sección y acción	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
1.1				
1.2				
1.3				

1.4				
1.5				
1.6				
2.1				
2.2				
2.3				
3a-1				
3a-2				
3a-3				
3a-4				
3b-1				
3b-2				
3b-3				
3b-4				
3c-1				
3c-2				
3c-3				
3c-4				
3c-5				
3c-6				
3d-1				

3d-2				
3d-3				
3d-4				
3d-5				
3e-1				
3e-2				
3e-3				
3e-4				
3e-5				
3e-6				

ANEXO 3.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE CUIDADOS EN DIABETES DIRIGIDO AL CLIENTE EXTERNO (PACIENTE) DEL CLUB DE DIABETES DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE RIOBAMBA

Encontrarse bien puede ser difícil cuando usted tiene Diabetes Mellitus. Nos gustaría tener información sobre cómo es la asistencia que usted recibe por su enfermedad por parte del Equipo del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba (médico de familia, enfermera, especialistas). Sus respuestas son confidenciales y no se facilitarán a ninguna persona

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad, yo fui:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
1. Preguntado por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Se me dieron varias	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

opciones de tratamiento para que pensara					
3.. Se me preguntó por si tenía algún problema con los efectos de mis medicinas	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7.. Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad, yo fui:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
8. Me ayudaron a tener metas específicas para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Me dieron una copia de mi tratamiento	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Me preguntaron cosas sobre mis hábitos de salud	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

12. Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenían en cuenta mis valores y costumbres cuando me recomendaban algún tratamiento	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
13. Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14. Me ayudaron a planificar por anticipado para poder afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
15. Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba a mi vida	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

16. Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado	☐1	☐2	☐3	☐5

En los últimos seis meses, al recibir asistencia sanitaria por mi enfermedad, yo fui:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
17. Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc.) que pudieran ayudarme	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18. Me enviaron a un dietista, educador sanitario o consejero	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
19. Me explicaron cómo el visitar a otros médicos, como el oftalmólogo o el cirujano, me ayudaría en mi tratamiento	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

20. Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
21. Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
22. Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia o mi situación social al cuidado de mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
23. Me animaron a conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

24. Me explicaron la importancia de las cosas que hago (por ejemplo ejercicio) para mi salud	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
25. Nos pusimos una meta juntos respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
26. Me dieron una libreta o cuaderno en el que yo pudiera escribir el progreso que iba haciendo	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

ANEXO 4. TEMAS DE LA ENTREVISTA SEMI – ESTRUCTURADA A LOS PACIENTES:

1. ¿Qué opina sobre la información que le brindaron sobre los cuidados que debía tener a causa de su enfermedad? ¿de qué manera esta información le ha ayudado?
2. ¿Quién (o quienes) y cómo se toma la decisión sobre los exámenes y tratamientos que usted debe realizarse?
3. ¿Cuáles son los problemas que usted tiene que enfrentar para realizarse su tratamiento?
4. ¿Cómo le ha afectado su enfermedad en lo personal, familiar y laboral?
5. ¿Qué opina de la forma en que usted es atendido en la Clínica de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba? ¿Por qué?
6. ¿Logra entender todo lo que le dice el médico, la enfermera y los otros miembros del equipo de la clínica? ¿Quedan cosas sin entender? ¿Que hace cuando no logra entender algo que le están diciendo?
7. ¿Cuál es la disponibilidad para acceder a una cita médica?
8. ¿Cómo considera que es la disponibilidad para que usted obtenga Insulina, otros medicamentos que necesita y las tiras reactivas para hacerse sus exámenes de glicemia?
9. ¿Qué le facilita / dificulta su asistencia a las citas recomendadas por el equipo del club de diabetes?
10. ¿Cómo considera que es su cumplimiento de las recomendaciones que recibe por parte del Equipo del club de diabetes? ¿Qué le facilita o le dificulta el poder mejorar su cumplimiento? ¿Qué es lo que se le hace más fácil y más difícil de cumplir? ¿Por qué?

ANEXO 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: **Evaluación de la calidad de la atención en pacientes con Diabetes Mellitus del club de diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, en el periodo comprendido entre febrero 2012 y abril 2012.**

Investigador: Edgardo Noriega Acuña

Lugar donde se realizará el estudio: Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

Nombre del participante _____

A usted se le ha invitado a participar de este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme o esta forma de consentimiento (o coloque se huella).

1. **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:** En el Ecuador hay un aumento en la prevalencia de la Diabetes Mellitus y su asociación con complicaciones macro y micro vasculares y existe una comprobada relación entre la calidad de la

atención que se presta a los pacientes diabéticos y el control que se logra de su enfermedad, por lo que se hace necesario valorar la calidad de la atención que se presta con el ánimo de mejorar cada día este servicio.

2. **OBJETIVOS DEL ESTUDIO:** A usted se le está invitando a participar en un estudio que tiene como objetivos: Evaluar la calidad de la atención en los pacientes que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba.

3. **BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** Este estudio permitirá conocer la percepción del equipo de Salud y de los pacientes sobre la calidad de la Atención y de esta forma hacer sugerencias que permitan u constante mejoramiento de dicho servicio

4. **PROCEDIMIENTO:** Se trata de un estudio Cuantitativo y Cualitativo, la parte Cuantitativa se realizará mediante encuestas a los miembros del equipo de salud y a los pacientes y la parte Cualitativa mediante entrevistas a los pacientes que permitan conocer su percepción sobre la calidad de la atención que reciben.

5. ACLARACIONES:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de o aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite -, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.
- si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, colocar su huella dactilar o firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia fechada y firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Fecha

He explicado al Sr (a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; he contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

CARTA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el participante).

Si el participante así lo desea, podrá solicitar que se le entregue toda la información que se haya obtenido sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante