

Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS,
UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE
GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD”**

Lic. en Enfermería Marcelo Tenesini

Director de Tesis

Mgr. José Luis Aguirre

Año 2016

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Dedicatoria

A mi esposa María Angélica.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Agradecimientos

Expreso mi sincero agradecimiento a mi familia, a mi director de tesis Mgr. José Luis Aguirre, al cuerpo docente de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte, a las autoridades y personal del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario, quienes me brindaron su valioso aporte en las distintas instancias del proceso de realización del presente trabajo.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Resumen y palabras claves

Resumen (Abstract)

El presente trabajo consiste en una investigación sobre el proceso de gestión de atención en la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en un efector de salud pública municipal de la ciudad de Rosario.

El objetivo general del estudio se enfoca en describir el impacto que tienen los factores inherentes a la gestión en la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el servicio de endocrinología del efector. Por su parte, los objetivos específicos se orientan a identificar y describir diversos aspectos referentes a dicho proceso.

La investigación incluye un Marco conceptual teórico, donde se exponen el estado y conocimientos del tema, con material seleccionado para el presente trabajo a fin de aportar sustentabilidad, de contextualizar los datos y brindar las referencias apropiadas a las situaciones relacionadas a la problemática planteada.

La metodología empleada en el desarrollo de la investigación fue la cualitativa descriptiva con un diseño transversal, un muestreo no probabilístico, intencional; la unidad de análisis está constituida por los pacientes diabéticos atendidos en el servicio de endocrinología del efector de salud, en cuanto a la técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista.

Los resultados permitirán acceder a una descripción de diversos aspectos que se corresponden con el proceso de gestión de atención implementado en la institución.

En conclusión, la observación y comprensión de la multiplicidad de factores intervinientes en dicho proceso permitirán contribuir a dimensionar la problemática y optimizar las estrategias de abordaje planteadas.

Palabras Claves

Adherencia al tratamiento. Diabetes. Autocuidado. Accesibilidad a educación sobre diabetes. Relación equipo de salud - paciente diabético. Sistema de Red en salud.

Introducción

A partir de mi trabajo en el CEMAR en la gestión de la atención de la problemática de la diabetes, he observado reiteradamente los problemas que traen los pacientes en relación a la adherencia a los tratamientos indicados. En general, los profesionales actuantes en el proceso de atención vinculan esa escasa adherencia al tratamiento a una falta de comprensión y compromiso del paciente con su problemática. Sin embargo esta explicación queda exigua a la hora de explicar una multiplicidad de fenómenos que se presentan, a saber, que hay pacientes con muy buena predisposición al tratamiento y a las indicaciones médicas pero que no llegan a cumplir con el programa de tratamientos por razones ajenas a su voluntad. Estas razones se pueden ubicar, por ejemplo, en la organización del servicio de atención, en la capacidad de los profesionales de comprender la situación objetiva de vida de los pacientes, sus límites y posibilidades, a las relaciones vinculares entre pacientes y profesionales y sobre todo a las condiciones de accesibilidad de los servicios de salud. Nos interesa observar toda la red de relaciones entre actores, para poder identificar las razones de las dificultades para la adherencia a los tratamientos, superando representaciones sociales de los profesionales con respecto a los efectos de sus intervenciones, lógicas, ideologías, y prejuicios, en las acciones de los pacientes.

Problema de Investigación

El CEMAR fue inaugurado el 31 de julio de 1999, durante la intendencia del Dr. Hermes Juan Binner. Es un efector de Salud Pública Municipal que brinda atención médica ambulatoria de manera gratuita. Depende de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, pertenece al segundo nivel de atención y forma parte de la red de salud municipal.

El CEMAR se dedica a la resolución de problemáticas que requieren cierto grado de especialización y tecnología, desarrollando modalidades de atención no centradas en la internación hospitalaria y nuevos modelos de gestión de salud tales como la satisfacción de consultas y prácticas especializadas clínico-quirúrgicas ambulatorias en adultos, y prestaciones

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

ambulatorias de diagnóstico. Se implementa el sistema de referencia y contrarreferencia, lo que permite establecer una relación fluida entre profesionales de la red, así como afianzar la continuidad de la atención y el cuidado de la salud de los usuarios, quienes son derivados al efector con turno programado desde los centros de salud de atención primaria y hospitales que conforman la red de salud municipal. De este modo contribuye a sustentar la propuesta consistente en realizar un trabajo integrador, aportando a la descentralización hospitalaria y la articulación de los tres niveles de atención, a fin de optimizar la calidad en la gestión de salud a nivel municipal. Dicha organización tiene como Misión: *“Garantizar servicios de salud de calidad con cierto grado de especialización y tecnología sin recurrir a internación, a la población de Rosario”* Y como Visión: *“Crear un efector líder que impacte en la transformación del sistema de Salud aplicando políticas concretas que expresen los valores básicos en los cuales se encuadra la Secretaría de Salud Pública, los cuales son: equidad, justicia, accesibilidad y solidaridad”*

En cuanto a la estructura de la organización, se trata de una burocracia profesional basada en mecanismos de coordinación con estandarización de habilidades y conocimientos aplicados por los diferentes operadores del efector. Dicha estandarización se define por fuera de la organización, por ejemplo en la universidad.

Con respecto a los actores externos al CEMAR pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, se observan tres niveles de atención. El Primer Nivel de Atención se encuentra constituido por 52 Centros de Salud distribuidos en los 6 Distritos Municipales: 7 en el Distrito Norte, 13 en el Distrito Noroeste, 11 en el Distrito Oeste, 13 en el Distrito Sudoeste, 7 en el Distrito Sur y 1 en el Distrito Centro. En el Segundo Nivel de Atención, el Hospital Juan Bautista Alberdi, el Hospital Roque Sáenz Peña, el Hospital Intendente Carrasco, el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR), la Maternidad Martín y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). En el Tercer Nivel de Atención, el Hospital de Niños Víctor J. Vilela y el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

El edificio del CEMAR posee una infraestructura de veinte mil metros cuadrados, cuenta con ocho plantas, dos de ellas (5° y 6° Piso) compartidas con la Maternidad Martin, dotada con equipamiento de alta tecnología (áreas de internación, pre-parto, parto, servicio de neonatología). En el primer piso del edificio se ubica la Secretaría de Salud Pública y sus direcciones.

En relación a los actores internos del CEMAR, se encuentran: (Anexo N°1)

- El ápice estratégico de la institución se encuentra constituido por la Dirección (Director y Subdirectora) y el Equipo de Gestión conformado por las Coordinaciones de Servicios Generales, Atención al Ciudadano, Asistencial y Soporte Técnico.
- Consultorios externos de especialidades médicas: Gastroenterología, Dermatología, Endocrinología, Genética Clínica, Ginecología, Obstetricia, Cardiología, Cirugía, Oncología, Urología, Hematología, Infectología, Flebología, Neurología, Reumatología, Neumonología, Traumatología.
- Area de Enfermería. Se implementa la consulta de enfermería, prácticas ambulatorias, participación en equipos interdisciplinarios, talleres, campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, actividades relacionadas a la sustentabilidad del trabajo en red.
- Consultorios de prácticas ambulatorias: espirometría, electrocardiografía, ergometría, Holter, electromiografía, electroencefalografía
- Area de Atención al Ciudadano: El recurso humano perteneciente a esta área se ubica en los diferentes pisos de la institución, conformado por personal administrativo capacitado para la recepción de pacientes, manejo de sistema informático, documentación, historias clínicas, proceso de gestión de agendas con turnos programados y cuporizados, derivados de los diferentes efectores de la red, así como la

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

permanente comunicación con los diversos actores internos y externos a la organización.

- Laboratorio de Análisis Clínicos: funciona en el primer subsuelo del edificio del CEMAR. Es el de mayor complejidad de la red de laboratorios de análisis clínicos de la Municipalidad de Rosario. Es el primer laboratorio público de análisis clínicos del país en contar con la distinción consistente en la certificación de su Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2008.
- Area de Diagnostico por Imágenes: Se realizan estudios diagnósticos tales como: radiografías, ecografías, ecodoppler.
- Área Cirugía Ambulatoria: Inaugurada en el año 2003, se encuentra en el primer subsuelo del edificio, se atiende a pacientes derivados de efectores de la red de salud municipal, dotada con los recursos humanos y materiales necesarios para resolver aquellas patologías quirúrgicas que no requieren internación, de modo tal que los pacientes sean dados de alta en el mismo día de la intervención.
- Area de Central de Materiales. En esta área se realiza la preparación y el envío de material estéril a todos los efectores de la red de APS y varios Hospitales Municipales.
- En el Hospital de Día de oncología, se asiste a los pacientes enfermos de cáncer en forma integral, a través de sus áreas de quimioterapia, cirugía oncológica, cuidados paliativos y tratamiento del dolor; articulando el proyecto de atención entre los distintos niveles de complejidad. En la Unidad de Fluidos Endovenosos se fraccionan las drogas complejas en su dosis exacta, paciente por paciente, que son distribuidas en la red de salud donde y cuando el paciente, niño o adulto, la necesita.
- Areas que comparten el edificio: Estadística e Informática, Auditoría, Banco de Sangre, Endoscopía, Rehabilitación, Fisiatría, Kinesiología, Farmacia, Centro de la Audición, ART, Reconocimiento Médico, Registro Civil, Archivo.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

En el CEMAR se implementa el modelo matricial, se evidencia el desarrollo de un modelo de gestión participativa en el que intervienen el equipo de gestión y los equipos de salud en el diseño de estrategias y toma de decisiones referentes al abordaje de las problemáticas cotidianas que se generan, tanto al interior del efector como en su vinculación con los diversos actores de la red de salud. Se observa el modelo de gestión por procesos en el cual se adjudica prioridad al usuario sobre las actividades de la organización. Cabe destacar que los usuarios no tienen una representación formal en la organización, sin embargo pueden expresar sus inquietudes, quejas y propuestas, mediante el diálogo con el personal o en el libro de quejas disponible en el efector, en todos los casos se establece la comunicación con el usuario para proceder a la resolución del tema planteado.

La calidad se encuentra institucionalizada en toda la organización. El ambiente habilitador interno favorece el desarrollo de los procesos de trabajo, lo cual a nivel organizacional se orienta a la institucionalización de la calidad.

Las políticas de calidad se instrumentan en todas las áreas de la organización. Se aplica una perspectiva integral de las problemáticas de salud orientando el desarrollo y articulación de actividades cotidianas a mejorar la calidad de vida de los usuarios. Entre los factores inherentes a la producción de atención de calidad en el CEMAR, se encuentran la accesibilidad al efector desde los diferentes sectores de la ciudad, la infraestructura, ya que el edificio resulta confortable, luminoso, amplio, con buena señalización para facilitar la circulación interna de los usuarios, el equipamiento de avanzada tecnología y la atención al usuario mediante turnos programados desde el efector derivante. El liderazgo se halla representado por el equipo de gestión, específicamente por los integrantes de cada área de la organización que conforman dicho equipo, orientado a desarrollar y articular procesos de trabajo que deriven en la atención de calidad al usuario. Cabe destacar que la actual gestión expresa el compromiso de generar y estimular el liderazgo, lo que conlleva a sustentar la institucionalización de la calidad.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Con respecto a los valores e intereses compartidos que tributan a la institucionalización de la calidad cabe mencionar la accesibilidad, solidaridad, inclusión, equidad, derecho a la salud, participación de la comunidad, diseño de estrategias y toma de decisiones con intervención de los equipos de salud, funcionamiento multidisciplinario, comunicación fluida, horizontalidad, trabajo en red, compromiso de los actores con la sustentabilidad del sistema de salud.

Area de Enfermería.

Mi posición como actor institucional y más específicamente en el área de Enfermería es de responsabilidad en el cumplimiento de la actividad profesional y compromiso con las políticas de calidad implementadas, promoviendo valores de solidaridad, participación, integración, respeto, información, enfoque en el usuario, equidad y trabajo en equipo.

En la consulta de enfermería se brinda educación e información al usuario sobre diversos aspectos referentes a promoción de la salud, autocuidado, prevención de enfermedades y complicaciones, estudios diagnósticos, tratamientos indicados, entre otros.

Area de Endocrinología

En el área de endocrinología, con respecto al tema diabetes el equipo de salud desarrolla actividades referentes a la promoción de la salud, autocuidado, prevención de la mencionada enfermedad así como sus complicaciones y tratamiento de la misma.

El trabajo se realiza en forma interdisciplinaria, aplicando estrategias de atención conjunta mediante la integración al sistema de red en salud municipal, de modo tal que la articulación APS, Hospitales, CEMAR permita el abordaje integral de la problemática, donde se brinda educación e información al paciente y familiares sobre diabetes, su etiología, controles, autocuidado, tratamiento e importancia de detectar y prevenir complicaciones y riesgos.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

En los procesos de trabajo desarrollados en el CEMAR mediante el accionar conjunto de los equipos de salud orientados a producir una mejor calidad de vida de los usuarios, se producen situaciones problemáticas tanto al interior de la organización como en su vinculación con los efectores que conforman la red de salud.

Con respecto a los problemas observados en el trabajo cotidiano de los actores institucionales involucrados en situaciones problemáticas, acorde al modelo de burocracia profesional implementado en el CEMAR, podemos destacar los siguientes:

- Se observan situaciones tales como falta de cobertura de puestos de trabajo para optimizar la respuesta a la demanda planteada.
- Se advierte un horizonte temporal extenso entre la solicitud de turno desde el efector derivante y la fecha en que dicho turno es otorgado. Derivación de usuarios para realizar estudios diagnósticos sin la preparación pertinente. Ausentismo de pacientes derivados al CEMAR sin previo aviso.
- Dificultad para concretar la reparación o reemplazo de equipamiento e instrumental deteriorado, perteneciente a diversas áreas de la institución debido al retraso en la amortización de los mismos.
- Existe un período prolongado en cuanto al proceso de información de resultados de estudios realizados en el CEMAR y analizados en determinados hospitales de la red municipal.
- Ausentismo del personal que desarrolla actividades en el efector.

Considerando lo expuesto, se observa la existencia de una brecha entre lo que debe ser tal como lo plantea la Misión y objetivos institucionales y los hechos que acontecen en el devenir concreto del trabajo cotidiano y sus diversas problemáticas.

De tal modo que ante la multiplicidad de situaciones que surgen diariamente en la organización, los equipos de salud de las diferentes áreas desarrollan estrategias de accionar conjunto y llevan a la práctica procesos de toma de decisiones compartidas para el abordaje y resolución de las problemáticas planteadas.

En tal situación podemos plantear nuestro problema como:

¿De qué manera la gestión de la atención, desde el Servicio de Endocrinología del CEMAR, del proceso de salud/enfermedad tiene impacto en la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos?

Con respecto al presente trabajo de investigación, se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las barreras de acceso que condicionan la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del CEMAR?
2. ¿Cómo es la relación equipo de salud - paciente diabético y su impacto en la adherencia al tratamiento?
3. ¿Las indicaciones sobre el tratamiento son comprendidas por el paciente?
4. ¿La dieta indicada a los pacientes resulta accesible para ellos?
5. ¿El paciente necesita apoyo psicológico para realizar el tratamiento?
6. ¿Se establece el vínculo terapéutico adecuado entre el paciente y el equipo de salud?
7. ¿El paciente cuenta con apoyo de su grupo familiar para realizar el tratamiento indicado?
8. ¿Se presentan inconvenientes para realizar actividad física?
9. ¿Realiza los controles periódicos adecuados?

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

10. ¿El paciente necesita concurrir a un grupo de apoyo, a fin de sentirse comprendido y acompañado?
11. ¿Se producen Programas de capacitación y orientación al paciente sobre diabetes y prevención de complicaciones?
12. ¿Existe la articulación apropiada entre los efectores de la red de salud municipal para efectuar el control y seguimiento del paciente diabético?
13. ¿Se generan Programas de capacitación destinados al equipo e salud para trabajar el tema diabetes con el paciente que concurre al servicio de endocrinología?

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Objetivos

Objetivo General

Describir el impacto que tienen los factores inherentes a la gestión, en la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario.

Objetivos Específicos

- Describir el nivel de conocimientos sobre adherencia al tratamiento que poseen los profesionales del Servicio de Endocrinología del CEMAR.
- Identificar los aspectos que limitan el proceso de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del CEMAR.
- Describir el nivel de seguimiento de pacientes diabéticos por parte del Equipo de Salud del Servicio de Endocrinología del CEMAR.
- Identificar las barreras de acceso que condicionan el proceso de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del CEMAR.
- Describir la relación equipo de salud - paciente diabético atendido en el Servicio de Endocrinología el CEMAR y su impacto en la adherencia al tratamiento.
- Describir el nivel de comunicación e información establecido por el equipo de salud hacia los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del CEMAR.
- Indagar sobre la opinión (representaciones) de los pacientes sobre la atención recibida y sobre el tratamiento.

Estado y conocimientos del tema

Para analizar la brecha entre lo que debe ser, tal como lo plantea la Misión y objetivos institucionales y el devenir concreto del trabajo cotidiano y sus problemáticas es que planteamos la pregunta: ¿De qué manera la gestión de la atención, desde el Servicio de Endocrinología del CEMAR, del proceso de salud/enfermedad tiene impacto en la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos?

En este sentido podemos enlazar entre los conceptos de gestión de la atención y proceso de salud enfermedad y atención, una serie de conceptos mediadores que van a articular la relación que hace posible el encuentro entre un paciente diabético y un proceso de trabajo por parte de un equipo para su atención. Estos conceptos mediadores son los referidos a:

Accesibilidad, según Wojtczak. A(2002) se denomina así a la medida de la facilidad con la que un grupo específico de población puede obtener los servicios sanitarios apropiados y utilizar los recursos del sistema de salud. Este concepto se utiliza para detectar la falta de igualdad en la disponibilidad de los servicios sanitarios por parte de los diferentes grupos de población definidos en términos geográficos, sociales, raciales, de género o clínicos.

La definición del Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud (2006) sobre el *Autocuidado*, refiere a todo aquello que las personas hacen por sí mismas, con el propósito de restablecer y preservar la salud o, prevenir y tratar a las enfermedades. Es un término amplio que abarca a la higiene (general y personal), la nutrición (tipo y calidad de alimentos), el estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre), los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales), los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales) y la automedicación.

En relación a la *Calidad asistencial*, Wojtczak (2002) lo define como el nivel de resultados o de logros que caracteriza a la asistencia sanitaria. En última instancia, la medición de la calidad asistencial depende siempre de los resultados clínicos o de los juicios de valor, aunque existen ingredientes y determinantes de la calidad que se pueden medir de manera objetiva como la estructura, los procesos o procedimientos y los resultados. De igual manera el autor anteriormente citado define a la *Calidad de vida* como el grado con el que las personas

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

perciben su capacidad de realizar funciones físicas y su grado de desarrollo emocional y social. En términos generales, es lo que hace que valga la pena vivir. En un sentido más cuantitativo se refiere a los períodos de la vida durante los que la persona permanece sin enfermedad ni incapacidad.

Según la OPS (2009) se llama *Cetoacidosis diabética* a una condición grave provocada por la falta de insulina o por una elevación en las hormonas de la tensión y está marcada por los niveles altos de glucosa en la sangre y cetonas en la orina y ocurre casi exclusivamente en las personas con diabetes Tipo I. Entre sus síntomas pueden incluirse la boca seca, exceso de sed, pérdida de apetito, exceso de orina, piel reseca y roja, respiración pesada o dificultosa, posibles vómitos, dolor abdominal, aliento con olor a frutas (olor de alguna bebida alcohólica), pérdida del conocimiento y muerte.

La OMS (2011) define a las *Complicaciones de la diabetes* como los daños a corto plazo (aguda) o a largo plazo (crónica) que afectan los vasos sanguíneos microvasculares o macrovasculares de las personas con diabetes, como: (aguda) hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico; (crónica) deficiencias visuales, nefropatía diabética, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y neuropatía diabética.

Para la OMS (1998) *Comunicación para la salud* es el proceso a través del cual las personas comparten la información y los sentimientos a través de un intercambio de mensajes verbales y no verbales. En el contexto de la educación médica, su función principal es el establecimiento de una relación entre el paciente y el médico. En un ambiente de comunicación efectiva, los pacientes mejoran más rápidamente, superan mejor el dolor postoperatorio, requieren menos medicación psicotrópica y experimentan otros numerosos efectos beneficiosos sobre su salud.

La *Prevención de la enfermedad* abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

El *Empoderamiento para la salud* es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

Para la OMS (2011) la *Diabetes* es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Se define a la *diabetes de tipo 1* (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. La *diabetes de tipo 2* (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. La *diabetes gestacional* es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

El *Control metabólico*, según Alayón, Alicia N, & Mosquera-Vásquez, M. (2008)., se puede determinar midiendo niveles de glucemia en ayunas o por medio de la cuantificación de la hemoglobina glicosilada A1C (HbA1C). Este último indicador ha sido considerado como el

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

mejor para el pronóstico de complicaciones y como el que actualmente mejor da cuenta de los niveles próximos pasados de glucemias.

En relación a *Dislipemia* el Ministerio de Salud de Argentina (2009) expresa que es la alteración en los niveles de lípidos (grasas) en sangre (fundamentalmente colesterol y triglicéridos).

El exceso de colesterol en sangre produce la acumulación del mismo dentro de las arterias, fenómeno que se conoce con el nombre de placa. Esto hará que las arterias disminuyan su calibre y endurezcan, comprometiendo la llegada de oxígeno y nutrientes al órgano al cual irrigan, (corazón, cerebro, miembros inferiores), con la consecuente afectación del mismo.

Está demostrado que la combinación de niveles elevados de colesterol con otros factores de riesgo cardiovascular (Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Diabetes) aumenta notablemente el riesgo de daño arterial y por ende el riesgo cardiovascular global (posibilidad de sufrir un ataque cardíaco o cerebral).

Comer saludablemente y realizar actividad física en forma regular han demostrado bajar el nivel de colesterol en sangre. La toma de medicamentos para disminuirlo dependerá, no sólo del valor total en sangre, sino fundamentalmente de la sumatoria de factores que aumenten el riesgo cardiovascular global.

La Educación Diabetológica, según lo expresado por Mendoza, Torres, Herrera y Colina, (2012) es un proceso participativo y estimulante donde las necesidades del paciente diabético y el equipo de salud convergen para que las respuestas permitan una correcta toma de decisiones, implica estar más allá de un nivel puramente informativo, pues debe lograr cambios de conducta los cuales juegan un papel determinante en la eficacia del tratamiento.

En relación a la *Dieta y actividad física*, la OMS (2004) en el trabajo Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, expresa que la dieta saludable y la actividad física suficiente y regular son los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida. Además refiere que las dietas malsanas y la

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

inactividad física son dos de los principales factores de riesgo de hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad y de las principales enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes.

La mejora de los hábitos dietéticos es un problema de toda la sociedad, y no solo de cada uno de los individuos que la componen. Por consiguiente, requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

La OPS (2008) define la *Promoción de la salud* como el proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas. Y en relación al los *Equipos de Salud*, refiere que el trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

Ramos, M., et al. en el trabajo *Calidad de la atención de salud* (2004) definen que la *Calidad de la atención o calidad asistencial* es el conjunto de actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

Calidad en Salud no significa atención exclusiva o sofisticada, pero sí está relacionada con la satisfacción total de necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores.

Según Wojtczak A. (2002) se denomina *Efectividad* a una medida del grado con el que una intervención, procedimiento, régimen o servicio específicos permiten obtener los resultados esperables cuando se aplican en circunstancias habituales sobre una población

específica. En el campo sanitario es una medida del resultado de la aplicación de los servicios sanitarios que contribuyen a disminuir la dimensión de un problema o a mejorar una situación insatisfactoria. Este autor llama *Eficacia* a la capacidad para conseguir el resultado necesario o deseado. Denomina *Eficiencia* a la capacidad de realizar adecuadamente una función o conseguir un resultado concreto sin malgastar energía, recursos, esfuerzos, tiempo o dinero. La eficiencia se puede medir en términos físicos (eficiencia técnica) o en términos de coste económico (eficiencia económica). Se consigue una mayor eficiencia cuando se presta el mismo tipo y cantidad de servicios con un coste económico menor, cuando una actividad poco útil es sustituida por otra más útil con el mismo coste económico, y cuando se eliminan actividades innecesarias. *Equidad*: es el estado de justicia distributiva. La equidad en el ámbito sanitario implica el ideal de que todas las personas deben tener la oportunidad de alcanzar su nivel máximo de salud. Desde el punto de vista práctico, implica que nadie debe tener obstáculos para conseguir este objetivo. El término de inequidad o desigualdad se refiere a las diferencias en términos de salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que además, se consideran inadecuadas e injustas. Se denomina *Factor de riesgo*: al aspecto del comportamiento personal o del estilo de vida, de exposición ambiental o de características hereditarias de una persona, que según la evidencia epidemiológica, se asocia a estados de salud no favorables y que se considera importante prevenir, si es posible. Se utiliza como indicador del incremento de la probabilidad de un acontecimiento de salud concreto, como la aparición de una enfermedad, aunque no necesariamente es un factor causal. El término de factor de riesgo también se utiliza para indicar un determinante que se puede modificar con una intervención reduciendo con ella la probabilidad de aparición de la enfermedad. *Gestión sanitaria* se conceptualiza como la aplicación sistemática de toda la gama de recursos humanos, técnicos y económicos del sistema sanitario mediante la planificación, organización, dirección y control del trabajo de los miembros del sistema para conseguir los objetivos establecidos y prestar el servicio óptimo con el coste económico mínimo. Los gestores sanitarios alcanzan los objetivos establecidos dirigiendo e influyendo en sus subordinados y organizando los para que realicen las tareas esenciales que garantizan que el sistema se está moviendo en la dirección adecuada para alcanzar su objetivo de mejorar la salud.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Con respecto a las *Enfermedades Crónicas No Transmisibles* (ECNT) el Ministerio de Salud de Argentina (2009), define que son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.

En su conjunto son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las principales ECNT son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal, y se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: tabaquismo, mala alimentación, falta de actividad física, consumo excesivo de alcohol. Se cuenta, en la actualidad, con medidas eficaces para prevenir estas enfermedades, interviniendo sobre estos factores de riesgo.

Según el Manual de vigilancia epidemiológica, Lemus, et al. OPS (1996), *Incidencia* indica la tasa a la cual las personas sin padecimiento desarrollan la enfermedad durante un lapso específico de tiempo. Es el número de casos nuevos de una enfermedad (o evento relacionado con la salud) en una población en un período determinado, y con respecto a *Prevalencia*: Proporción de casos de una cierta enfermedad (o evento relacionado con la salud) en una población delimitada, en un tiempo determinado. Mide la existencia de problema de salud.

Con respecto a Indicadores, para la OMS (1998) en promoción de la salud un *Indicador de Salud* es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo). Por su parte Jiménez Paneque (2004) refiere que los *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. Los *Indicadores de Proceso* miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente. Y los *Indicadores de Resultados* miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Revisión Bibliográfica.

En la actualidad se cuenta con una importante producción científica con respecto al tema diabetes, sin embargo la adherencia al tratamiento de dicha enfermedad continúa siendo un tema de difícil resolución, ya que se requiere que el paciente desarrolle continuidad y disciplina en relación a los hábitos de vida saludables.

De este modo, la adherencia al tratamiento de diabetes constituye un aspecto prioritario en el ámbito de la salud pública, ya que incide directamente en la calidad de vida del paciente con repercusión en su grupo familiar, así como en el gasto sanitario ocasionado por las potenciales complicaciones que pueden surgir.

En los procesos de gestión para el abordaje de esta enfermedad crónica, se plantean estrategias orientadas a destinar los recursos necesarios para incrementar la calidad de atención, generando vínculos terapéuticos basados en el compromiso entre los actores y la responsabilidad mutua, fortalecidos por la continuidad temporal y un enfoque integral de la problemática.

Granados y Escalante (2010) en el trabajo Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus, expresan que la adherencia terapéutica es definida como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

En el trabajo Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad (2003), Martín Alfonso expresa que la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación.

Raquel Bialik de Shkurovich (2002) explicó que la salud y la enfermedad casi siempre están moldeadas por el contexto social. Cada persona, reforzada por su entorno— familia, amigos, su ámbito laboral, escolar – explica los distintos estados físicos, mentales y sociales que le son normales y, cuando se llegan a presentar signos de desviación o desequilibrio, éstos se reconocen como anormales y entonces cuando se busca darles primero, una explicación causal y luego, una solución, entre otras, asistir a la consulta médica (con quién, dónde, cuándo), todo esto, dependiendo de la percepción e información iniciales con las que cuente. Salud y enfermedad se vuelven “constructos culturales” dentro de los cuales se interpreta la sintomatología y condiciona las respuestas alternativas que se identifican para contender y resolver el problema derivado de la enfermedad. Son los patrones culturales de cada quien y los estilos de vida los que definen cómo la enfermedad es detectada y percibida; cómo se expresa (formas de manifestarse; los comportamientos que se esperan y se admiten del paciente); qué condiciones se reconocen como patológicas y, qué personas y roles están autorizados para tratarla.

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) en el Documento Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción; el autocuidado implica que el paciente vigila y responde activamente a las condiciones ambientales y biológicas cambiantes mediante los ajustes adaptativos que requieran los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes, para mantener el control metabólico adecuado y reducir la probabilidad de complicaciones.

En dicho trabajo la OMS le otorga gran relevancia al problema del incumplimiento de los tratamientos. Se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres.

En Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, Ortiz, Ortiz, Gatica, y Gómez, (2011) expresan que el estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante, pues se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50%. En el caso de la DM2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglucemia) y largo plazo (complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal) (Gallegos, Cárdenas & Salas, 1999; García & García de los Ríos, 1992). Además, impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impacta negativamente en la calidad de vida del paciente (Martín & Grau, 2005), ocasiona al Estado altos costos económicos por pérdida de productividad, recursos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez.

Según García González y Suárez Pérez, en el artículo Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas (2001), la educación en salud, interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. Es ante todo el conjunto de acciones comunes de participación, para transformar los procesos individuales que amenazan la salud o para reforzar aquellos que disminuyen los problemas de enfermedad [...] La promoción de salud es aún más amplia. Se dirige a animar procesos para remover limitantes del bienestar humano, facilitar que las personas logren todo su potencial en cuanto a la salud y disfruten de la máxima calidad de vida que esté a su alcance. Los programas de promoción y de educación para la salud, resultan imprescindibles para afrontar el desafío de la prevención de las ENT en poblaciones de riesgo y en aquellas acciones dirigidas a fortalecer a la población supuestamente sana para verificar, acrecentar y mejorar su estado de salud.

Con respecto a enfermedades no transmisibles (ENT), dichos autores expresan que ante una ENT, todo enfermo debe ser capaz de participar activa y responsablemente en su plan terapéutico, de adiestrarse para los ajustes necesarios según las diferentes situaciones de la vida diaria, además de saber identificar los signos de alarma que anuncian la posible aparición

de una descompensación o situación aguda y actuar en consecuencia, lo cual implica otros desafíos que involucran a varios elementos y acciones del Sistema de Salud.

Desde el punto de vista de la promoción y de la educación para la salud, ambas pueden ser desarrolladas desde cualquiera de los diferentes puestos de trabajo y perfiles profesionales en el campo de la salud, pero imponen el desafío de lograr la comunicación interdisciplinaria e intersectorial programada desde y hacia la comunidad, pues allí donde el hombre vive y trabaja es donde desarrolla salud o enferma. El diagnóstico de la situación de salud de la comunidad se constituye en el elemento idóneo, tanto para identificar los principales problemas, riesgos, comportamientos y creencias de salud como para evaluar la eficiencia de las estrategias de intervención introducidas.

Araneda (2009) explicó que una vez diagnosticada la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), el tratamiento se pondrá en marcha de forma urgente; en un comienzo llevado a cabo por el equipo de salud, pero rápidamente incorporando a la familia y al paciente en su ejecución. Durante este período, se realizará una primera "educación terapéutica", que "tiene por objetivo formar al enfermo para que él pueda adquirir un saber-hacer adecuado, para llegar a un equilibrio entre su vida y el control óptimo de su enfermedad" (OMS, 1998). La educación terapéutica estará destinada a enseñar una serie de procedimientos, hábitos y actitudes que buscan permitir al paciente reemplazar, por medio de su conducta consciente y voluntaria, una función biológica extremadamente compleja, que hasta el momento se realizaba en forma involuntaria y silenciosa.

Para el paciente, la toma de consciencia de que su cuerpo ha dejado de asegurar una función fundamental, y que es a través de una conducta voluntaria que él deberá asemejar esta función desaparecida, es un proceso extremadamente delicado desde el punto de vista psicológico.

Menéndez, Lamana, Escalada, Iriarte, Anda y Argüelles, en su trabajo: Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

insulinodependientes con mal control metabólico.(2004).refieren que una característica que diferencia la diabetes del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, tomando el máximo de responsabilidades que, con seguridad van a implicar decisiones sobre aspectos del tratamiento. La falta de adhesión de los pacientes a los programas terapéuticos prescritos plantea numerosos problemas en una enfermedad como la diabetes caracterizada por su complejidad y cronicidad.

De acuerdo al trabajo Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (2001) de Duran-Varela, Rivera-Chavira, y Franco-Gallegos, se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí.

En el trabajo Adherencia al tratamiento en el paciente anciano, Palop Larrea y Martínez Mir, (2004) mencionan que Haynes et al. describían el incumplimiento terapéutico en 1976 como el grado en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación del estilo de vida, coinciden con la prescripción médica. La falta de eficacia del tratamiento por incumplimiento hace que el médico, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad del tratamiento y piense que el diagnóstico y/o el tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede condicionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente.

Según Bolaños y Sarría – Santamera (2003) la diabetes tipo 2 representa uno de los retos más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud. Esta enfermedad no sólo está asociada a una notable utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tiene un importante impacto en las personas que la padecen. Varios

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar, social y laboral pueden verse afectados, así como su capacidad funcional y calidad de vida. Los cuidados y cambios que estas personas deben llevar a cabo para el control de la enfermedad dependen directamente del compromiso y la responsabilidad que asuman con su enfermedad. Un factor clave para su compromiso en el autocuidado es su relación con el sistema sanitario.

Ginarte Arias (2001) señala que el grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. El incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

Sotoca-Momblona y Codina-Jané (2006) se refieren a la necesidad e importancia de desarrollar programas de educación sanitaria para mejorar el cumplimiento terapéutico. La utilización de estrategias educativas que aumenten la adherencia al tratamiento permitirá la disminución de la morbilidad y, a su vez, una reducción de los costes sanitarios derivados. Hay que huir del concepto más paternalista de cumplimiento, en el que el profesional sanitario decide qué medidas son las más adecuadas para el paciente, y el paciente debe obedecer las órdenes o instrucciones del profesional sanitario, sin cuestionarlas. En los últimos años se ha percibido un alejamiento del concepto tradicional de cumplimiento hacia un concepto de adherencia asociado a la toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional sanitario, orientada a que el individuo adopte voluntariamente la conducta que sea más beneficiosa para su salud. Los pacientes toman sus propias decisiones acerca de su medicación en función de sus creencias y de la información de que disponen, adaptándola a sus circunstancias particulares. Los profesionales sanitarios deben aprender a contribuir

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

eficazmente a la toma de decisiones de sus pacientes, por ejemplo, adaptando sus consejos de modo que encajen en las creencias y expectativas existentes de éstos, y teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por la vida diaria de los individuos. La implantación de estrategias educativas orientadas a mejorar el cumplimiento debe integrarse en un marco más amplio que el meramente educativo, que englobe objetivos de salud, como la mejora de la calidad de vida de los pacientes, así como de la calidad de la asistencia prestada.

Basterra Gabarró (1999) señala que a pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas, los problemas relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico persisten. Así, aunque hoy disponemos de medicamentos altamente seguros y eficaces y aunque conocemos cada vez mejor la etiología y la patogenia de numerosas enfermedades muy prevalentes (hipertensión, dislipemias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, etc.), sin embargo, el grado de control conseguido en ellas es, con mucha frecuencia, escaso. Este hecho suele atribuirse precisamente a una falta de cumplimiento terapéutico. Son numerosos los aspectos relacionados con la estructura sanitaria que pueden influir en la buena observancia de los tratamientos. Los largos tiempos de espera en las consultas, la burocracia asistencial, los cambios de médico que atiende al enfermo, las largas distancias y la dificultad de acceso a los centros sanitarios, etc. son factores molestos, que desmotivan al paciente y que, sin lugar a dudas, contribuyen al incumplimiento de los tratamientos.

Un trabajo de Facchini M., (2004) plantea que las enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial, entre otras, requieren de tratamientos prolongados. El establecimiento de un vínculo básico se constituye en la piedra fundamental de toda acción terapéutica. En el enfoque centrado en el paciente se busca entrar en su mundo para comprender la vivencia subjetiva de la enfermedad en un marco más amplio. Es relevante integrar al paciente como un participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio. La manera en que se prescribe es tan valiosa como el tratamiento mismo; el objetivo es enseñar al paciente a seguirlo, las recaídas no deben ser vistas como fracasos sino como una oportunidad más de aprender. Los pacientes necesitan encontrar sus propias soluciones y motivaciones, y hacerse responsables de su salud; los profesionales de la salud necesitamos

darles el poder para hacerlo. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia al mismo y en el autocuidado.

Artola Menéndez, Sara, et al (2010) propone que la diabetes tipo 2 (DM2) constituye el paradigma de la enfermedad crónica. Se trata de un proceso que afecta a varios órganos y sistemas, se acompaña de otros procesos y disminuye la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes diabéticos presentan complicaciones microvasculares y un incremento de riesgo en la morbimortalidad cardiovascular, relacionadas, entre otras, con la calidad asistencial de la atención que se les presta. La calidad de la gestión del proceso asistencial va íntimamente relacionada con el grado de control que se hace del proceso, la calidad de la atención recibida, la calidad de vida y, en definitiva, con el grado de responsabilización que hace el diabético de su propia enfermedad (...) Para realizar las actividades de un control adecuado de la enfermedad, así como para detectar sus complicaciones, es necesaria una intervención multidisciplinaria integrada que garantice la continuidad de la atención entre los diferentes niveles asistenciales (...) Corresponde a los planificadores y gestores la elaboración y la implantación de planes y programas de atención al paciente con DM basados en la integración de las actividades a ejecutar por diversos profesionales integrantes de un mismo equipo multidisciplinario y que trasciendan al fraccionamiento de los niveles asistenciales.

Alleyne, George. (1996) propone que a nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico con objeto de prevenir el inicio de la diabetes no insulino dependiente. A nivel de los servicios sanitarios, debe mejorarse la calidad de la asistencia para prevenir complicaciones en las personas con diabetes y velar por que haya acceso a la insulina. La diabetes por sí misma es una causa importante de morbilidad y mortalidad; al mismo tiempo, es causa subyacente de enfermedades cardiovasculares. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, así como sobre el sistema de asistencia sanitaria que debe sufragar los costos de las complicaciones y la discapacidad. (...) Gracias a los conocimientos y la tecnología actuales, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control

de la glucemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Con relación a lo que ahora se conoce acerca de las posibilidades de prevenir esta enfermedad y la eficacia del tratamiento clínico, lo que se hace actualmente para su manejo en todos los países dista mucho de lo que sería posible lograr. Lamentablemente, muchas personas con diabetes no son atendidas. Por otra parte muchos de quienes tienen acceso a la asistencia no reciben la calidad de atención que sería posible prestar aun cuando los recursos sean modestos. Hay oportunidades para reorientar los recursos que ya se han asignado a este problema creciente, de manera que se reduzca la tasa de aumento y la frecuencia de las complicaciones y se mejore la calidad de vida para todas las personas con diabetes y sus familias. También hay oportunidades para mejorar la asistencia y al mismo tiempo bajar el costo por paciente, prestando atención al desarrollo y la utilización más adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria. Igualmente importante es la necesidad de incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia sanitaria para que logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida.

La adherencia a tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido, Peralta, M. L., y Carbajal, P. (2008), como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológico.

El fortalecimiento de las relaciones en torno a un proyecto común (Dabas; Perrone, 1999) abren una brecha para la construcción de un campo interdisciplinario, el cual requiere del desarrollo de redes conceptuales y un alto grado de prácticas interactivas. En este proceso lo que se pone fundamentalmente en relación son primeramente, las personas y luego, las disciplinas. Requiere para su afianzamiento, de la colaboración y de la cooperación. Y éstas

serán posibles en la tarea de construcción de un nuevo campo de conocimientos cuando estas conductas formen parte de la lógica de las relaciones en la cotidianidad de la vida organizacional.

El cumplimiento de los tratamientos (Jansá, M.; Vidal, M. 2009), en las enfermedades crónicas es un problema de gran magnitud debido al aumento observado en su prevalencia en los últimos años. Diferentes estudios han demostrado que en los países desarrollados el cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos se sitúa entre el 50 y el 75%. Pero la magnitud de este problema es aún más notoria en los países en vías de desarrollo, dada su escasez de recursos sanitarios y la falta de equidad en el acceso a la atención de la salud por parte de los usuarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento terapéutico como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones pactadas entre un profesional de la salud y un paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución de los estudios basados en medidas indirectas, como los cuestionarios autoadministrados.

Numerosos estudios (Escudero-Carretero, M. J., et al., 2006) concluyen que la relación que los médicos establecen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos más puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad y decidiendo unilateralmente, en función de sus conocimientos. No obstante, se constata que este enfoque centrado en la enfermedad y en los intereses de las instituciones sanitarias ya no es válido y que, en estos momentos, es necesario centrar las actuaciones en las personas y no sólo en sus enfermedades, proporcionando una atención integral. Los problemas de comunicación en la consulta constituyen una barrera al tratamiento efectivo de la diabetes.

La educación (Otero, L., et al. 2008), como un aspecto fundamental del tratamiento del paciente diabético, viene siendo preconizada desde 1975 por Bouchardat; su importancia es

demostrada en diversos estudios, realizados en comunidades con diferentes características socioeconómicas, y culturales. En esa perspectiva, para obtener una efectiva educación en diabetes es necesario: entrenamiento, conocimiento, habilidades pedagógicas, capacidad de comunicación y de escuchar, comprensión y capacidad de negociación del equipo multiprofesional de la salud. La necesidad de desarrollar actividades de enseñanza o prácticas educativas de la salud dirigidas al paciente diabético y su familia, está relacionada a la prevención de complicaciones a través del auto manejo de la enfermedad, el que posibilita al paciente convivir mejor con ella. La educación para el auto manejo de la diabetes mellitus, es el proceso de enseñar a los pacientes a administrar su enfermedad.

La prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas debe ser una prioridad para el sector salud. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud (...) El control de las ECNT se fundamenta en principios distintos en relación con los padecimientos transmisibles. Implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad. (Córdova-Villalobos, J., et. al. 2008).

En el artículo “Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2” Ampudia-Blasco y Rosenstock, (2008) expresan que el tratamiento con insulina requiere un reforzamiento de la educación diabetológica y una monitorización de las glucemias, si ésta no era ya realizada por el propio paciente.

Resulta conveniente advertir en forma positiva a los pacientes, incluso al inicio de la enfermedad, que la diabetes es una entidad progresiva que puede requerir tratamiento con insulina en caso de disminución de la función beta pancreática, para que acepten así que la insulina es parte de la historia natural de la enfermedad.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Tanto los pacientes como los profesionales no deben contemplar la insulino terapia como una condena sino como la mejor opción terapéutica para recuperar una buena calidad de vida. El objetivo del tratamiento con insulina es la reducción de la hiperglucemia hasta los objetivos de control glucémico sin incrementar en exceso el riesgo de hipoglucemia. Finalmente, un factor considerable por parte del equipo de salud consiste en lo actitudinal, el acercamiento y el abordaje integral, expresando al paciente la comprensión sobre su situación brindándole una actitud tranquilizadora y disposición a despejar sus dudas y temores.

Metodología

El presente trabajo se realizó en el Servicio de Endocrinología del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). Se enfoca en la gestión del proceso de salud a fin de investigar cómo impacta dicha gestión sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en dicho efector.

Se aplicó un enfoque cualitativo descriptivo, empleando un diseño transversal en el que se produce la recolección de datos en un momento determinado, a fin de captar los aspectos esenciales que motivaron esta investigación y que el proceso resulte factible,

La población estuvo constituida por pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del CEMAR.

En cuanto a la muestra, la misma es de tipo no probabilística. Se implementó un muestreo intencional o de conveniencia, en el cual se seleccionó intencionadamente a cinco pacientes diabéticos de la población.

Con respecto a técnicas de recolección de datos, específicamente sobre el aporte de fuentes de información primarias, se realizaron en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario, entrevistas semiestructuradas y en profundidad a pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología de dicho efector de salud, ya que las mismas representan un medio adecuado para la interacción entre el investigador y el sujeto de estudio, con la finalidad de obtener respuestas válidas a los interrogantes efectuados en relación al problema de gestión planteado. (Anexo N°2)

Por otra parte, se relevaron y analizaron los datos aportados por las fuentes de información secundarias, en este caso constituidas por los registros de Historias Clínicas de pacientes diabéticos atendidos en el mencionado efector de salud.

Se entrevistaron además, a los integrantes del equipo de salud del CEMAR para obtener sus opiniones sobre el proceso de trabajo y gestión que realizan en la atención de estos pacientes.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

En consideración a la recolección de datos mediante la técnica empleada, las entrevistas permitieron profundizar sobre la opinión y la perspectiva que tienen los pacientes diabéticos respecto de su problemática y de la consecuente demanda de respuesta, así como de su visión sobre el proceso de atención teniendo en cuenta el contexto de experiencias, creencias y valores de los pacientes entrevistados. Las entrevistas fueron realizadas desde marzo a noviembre de 2014.

En el presente trabajo se han considerado aspectos éticos tales como privacidad, consentimiento informado y confidencialidad, respetando los derechos de decisión y anonimato, con el correspondiente resguardo de la información aportada por los pacientes entrevistados y la aceptación voluntaria de los mismos para su participación en la investigación una vez conocida su finalidad. (Anexo N°3)

Resultados

A partir de las entrevistas realizadas en el presente trabajo a los pacientes diabéticos, se obtuvieron respuestas que contribuyen a dimensionar la diversidad de aspectos que inciden en el proceso de adherencia al tratamiento.

En relación a este tema cabe destacar que cada caso difiere de los demás teniendo en consideración el nivel de comprensión del paciente y su grupo familiar, la relación que se establece entre el paciente y el equipo de salud, las incidencias en la vida cotidiana con sus particularidades, las necesidades educativas de quienes son atendidos en el efector, la predisposición de cada paciente a realizar los controles y el tratamiento pertinentes y en acordar las acciones para trabajar en conjunto los diferentes aspectos relacionados a su enfermedad.

En relación a la pregunta N°1 los pacientes entrevistados expresaron la percepción de un buen nivel de información por parte del equipo de salud, lo que les permite acceder al conocimiento sobre la enfermedad, algunos de ellos conocen el tema por tener antecedentes familiares.

Con respecto a la pregunta N°2 los pacientes se refieren en forma unánime a la construcción de una buena relación con el equipo de salud, orientado a establecer un vínculo participativo, pero expresan lo dificultoso que resulta poner en práctica los conceptos surgidos en las consultas por diferentes razones de la vida cotidiana.

Así observamos que el paciente Antonio expresa: *“Acá me atienden bien, me escuchan, hablamos sobre lo que me conviene hacer, me orientan sobre los cuidados de la enfermedad tengo buen trato con todos, médicos, enfermeros, administrativos, el problema es que cuesta seguir el tratamiento porque hay que tener mucha voluntad y mantenerse firme todos los días.”*

Por su parte Carlos quien tiene antecedentes familiares, opina al respecto: *“Tengo buena relación con los médicos y enfermeros, charlamos sobre lo que me pasa, lo que tengo que*

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

hacer para seguir el tratamiento, me dan las indicaciones pero reconozco que a veces es complicado seguir adelante por problemas de trabajo, económicos o anímicos.”

En relación a la pregunta N° 3 los pacientes refieren conocer los valores de referencia de los análisis de sangre, la utilidad de los mismos para el control y seguimiento de la enfermedad, así como la accesibilidad a las extracciones de sangre para los respectivos análisis tanto en el Centro de Salud de referencia como en el laboratorio del CEMAR, asimismo se destaca la expectativa de contar con los medidores de glicemia y tiras reactivas para la realización del autoanálisis.

Con respecto a la pregunta N° 4, la mayoría de los pacientes son insulino dependientes, éstos refieren que en el Centro de Salud de referencia le entregan insulina y el material correspondiente para su administración, además destacan la educación brindada sobre procedimientos para la administración de insulina, y su almacenamiento. Por su parte, la paciente Miriam señala que momentáneamente no requiere la utilización insulina y que lleva a cabo el tratamiento con antidiabéticos orales.

En la pregunta N°5 se observa que la mayoría pacientes respondió que no tiene hábitos nocivos para la salud, la información obtenida por sus propios medios y la aportada por el equipos de salud obra como una herramienta favorable para la comprensión de lo perjudicial que resulta el consumo de tales sustancias para las personas diabéticas, además pueden posibilitar la aparición de complicaciones de dicha patología.

Por su parte, la paciente Miriam refiere conocer los perjuicios que causa un hábito muy arraigado como el tabaquismo *“Soy fumadora, sé que eso me perjudica pero me cuesta mucho dejar el cigarrillo, es un hábito muy fuerte, me explicaron los problemas que causa a la salud, voy a tratar de dejarlo, sino voy a ir a algún grupo de apoyo”*.

En la pregunta N°6 los pacientes refieren tener la información apropiada sobre la importancia del desarrollo de la actividad física en el tratamiento de diabetes, la reconocen como uno de sus pilares, sin embargo expresan que la practican en menor medida de lo

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

conveniente por diversos motivos, familiares, cansancio, falta de constancia, de voluntad, por cuestiones climáticas, inseguridad. La paciente Elda expresa: *“Voy poco a caminar, tengo miedo por la inseguridad que hay. Cuando salgo a caminar por mi barrio siento que me hace bien. Voy a ver si alguien de mi familia me acompaña así me da más ganas de ir y además para sentirme más segura.”*

Por su parte, la paciente Miriam expresa en relación a este tema *“En realidad estoy caminando poco, a veces porque me siento cansada, otros días por el clima; sé que tengo que caminar más y que los resultados de los análisis me den bien para tener la diabetes controlada. Tengo que poner voluntad, me dan más ganas de ir a caminar si voy acompañada, por ejemplo con mi esposo o con alguna amiga.”*

En relación a la pregunta N°7 los pacientes expresan que llevan los registros relacionados con su enfermedad, aquellos datos significativos que contribuyan a mantener el control y seguimiento de la misma y a hacer los ajustes correspondientes en caso de ser necesario.

A modo de ejemplo observamos las expresiones de la paciente *María* *“tengo una carpeta con todos los registros de análisis de sangre, medicamentos, las indicaciones que me dieron, me explicaron que esto sirve para hacer un seguimiento y ver cómo marcha el tratamiento.”*

En relación a la pregunta N°8 la totalidad de los entrevistados refieren tener conocimientos sobre la dieta indicada, dado que la misma constituye un pilar básico en el tratamiento de dicha enfermedad, sin embargo la mayoría de los pacientes expresa dificultades para el cumplimiento de una alimentación saludable y adecuada a sus necesidades por motivos económicos, la imposibilidad en relación a la adquisición de alimentos adecuados constituye una barrera en el plano nutricional, ya que se destinan los recursos monetarios disponibles a la cobertura de necesidades familiares a las que se le otorga prioridad por sobre la dieta personal.

Algunos pacientes plantean alteración de horarios de alimentación y cantidades establecidos debido a sus actividades laborales, además refieren momentos de disminución de voluntad debido a que el proceso de autocuidado se torna rutinario, reconocen preferencias y

tentaciones relacionadas a la ingesta de alimentos no recomendados y el incumplimiento de la dieta en reuniones sociales.

Las expresiones de paciente Miriam constituyen un ejemplo de la comprensión con respecto a mantener una alimentación apropiada y a su vez el reconocimiento de que se requiere voluntad y esfuerzo para el logro cotidiano de los objetivos propuestos.

“Trato de hacer la dieta pero me cuesta, hay que ser muy constante y comer lo que está indicado, mantener las cantidades y los horarios para no tener problemas, pero reconozco que me tiento con algunos alimentos, sin dudas que la dieta es difícil y hay que poner voluntad para cumplirla.”

Las respuestas de los pacientes entrevistados permiten observar en el plano nutricional la intervención de factores de diversa índole - personal, motivación, información, conocimiento, social, familiar, económico, laboral - en el proceso de adherencia al tratamiento.

Con respecto a la pregunta N° 9 la mayoría de los de los pacientes diabéticos respondió que considera favorable la posibilidad de recibir apoyo psicológico, el cual se aprecia como un recurso válido que contribuye al abordaje de aspectos relacionados a la adherencia al tratamiento y es aplicable en función de las demandas de la enfermedad.

En relación a la valoración positiva sobre la accesibilidad del paciente a consultas con psicología en el proceso de atención, la paciente Miriam expresa: *“El apoyo psicológico en mi caso me parece necesario, creo que ayuda a que una hable sobre sus preocupaciones y problemas, además me puede servir para entender mejor la enfermedad, cómo encarar el tema y poder hacer el tratamiento lo mejor posible, sobre todo para sentirme bien.”*

Por otra parte con respecto a los grupos de apoyo, la mayoría de los entrevistados a pesar de no concurrir a dichos grupos, los percibe como un espacio de participación y contención, lo que representa una herramienta válida en el proceso de gestión de diabetes.

En relación a la pregunta N° 10 se observa que la totalidad de los pacientes expresa que para realizar el tratamiento cuenta con apoyo familiar, el cual representa un valioso aporte tanto en lo anímico como en la sustentabilidad de aspectos prácticos. En tal sentido el paciente Carlos expresa: *“mi esposa y mis hijas siempre me cuidan, me ayudan, en ese sentido no me puedo quejar, para mí son lo más importante que tengo en la vida, estoy agradecido por la familia que tengo.”*

El grupo familiar es valorado y considerado por el paciente como su grupo de pertenencia con el cual abordar las diversas situaciones que se presentan en su cotidianidad, en tal sentido se lo percibe como un pilar fundamental que le aporta apoyo y contención.

En relación a la pregunta N°11 el diagnóstico de diabetes impacta a cada persona de diferente manera desde una perspectiva emocional ya que implica asumir una enfermedad caracterizada por la cronicidad y su respectivo abordaje, algunos pacientes entrevistados expresan preocupación y otros temor ante los diversos aspectos referentes al tema. Por ejemplo se observa lo expresado por el paciente Antonio: *“Hace más de un año me dieron el diagnóstico de diabetes, me sentí preocupado porque no conocía bien de qué se trataba esta enfermedad, en mi familia nunca se habló de este tema, no tengo antecedentes familiares, por eso trato de cuidarme para que no haya complicaciones.”*

Por otra parte los pacientes expresan el reconocimiento al apoyo y contención recibidos de parte de sus respectivos grupos familiares, lo que representa una fortaleza para afrontar las vicisitudes cotidianas, un ejemplo de esto lo constituyen las expresiones de la paciente María: *“Al principio, cuando me dijeron que tenía diabetes sentí temor porque no sabía de qué se trataba. A medida que tuve más información sobre la enfermedad, me fui sintiendo más tranquila. Yo hago las tareas en mi casa y las compras, la relación con la gente que conozco es buena, espero que me ayuden para seguir adelante cada día, yo trato de hacer el tratamiento lo mejor que puedo pero es difícil mantenerse firme.”*

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Por otra parte ante la existencia de antecedentes familiares de diabetes se pone de manifiesto la preocupación ante el diagnóstico de dicha enfermedad, tal como lo expresa la paciente Miriam: *“Hace algunos meses me dieron el diagnóstico de diabetes me sentí preocupada porque tengo antecedentes familiares, conozco los cuidados que hay que tener y sobre todo la continuidad en el tratamiento, eso me preocupa porque sé que es difícil mantener una línea de conducta para que no haya complicaciones.”*

Las personas necesitan un tiempo de adaptación a esta nueva situación en la que se encuentran como pacientes en cuanto a estilo de vida, autocuidado, las exigencias del tratamiento y las implicancias propias del proceso de gestión de diabetes.

En relación a la pregunta N° 12, se observa que con frecuencia se plantea un problema esencialmente de índole motivacional, a pesar de que los pacientes que concurren a las consultas expresan su comprensión con respecto al arduo camino que supone la continuidad en cuanto a la terapéutica apropiada y la prevención de complicaciones, el dinamismo propio de la realidad conduce a una variación en el nivel de motivación con respecto al proceso de adherencia al tratamiento, dado que intervienen diversos factores como los psicológicos, económicos, familiares, culturales, laborales, que obedecen a cuestiones particulares, donde la continuidad del tratamiento implica un esfuerzo considerable.

En el desarrollo de las respuestas se evidencian las dificultades que se presentan debido a las exigencias propias de la adherencia al tratamiento, aparecen aspectos tales como la percepción de sí mismo que tiene el paciente, la información con la que cuenta sobre la enfermedad, las posibilidades de continuar un plan de acción favorable en cuanto al desarrollo de hábitos de vida saludables, la contención tanto de familiares como de un grupo de apoyo, la relación con el equipo de salud, entre otros. Por ejemplo el paciente Antonio expresa: *“Yo trato de cumplir con lo que me indican, sé que hay que hacer el tratamiento pero cuesta un poco porque hay que poner mucha voluntad, sobre todo con la dieta, hay que seguir una rutina con los horarios, las cantidades, las comidas y además está la parte económica...”*

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

El paciente en su condición de ser integral que transita el camino hacia la adherencia al tratamiento de su enfermedad, basa las estrategias para la motivación en su propio comportamiento y en la receptividad a los estímulos externos como la contención y el afecto que le brinda el entorno, así como la atención aportada por el equipo de salud.

Se observa lo expresado por Elda *“hay que hacer muchas cosas para sentirse bien, las comidas, los horarios, caminar, la insulina, los análisis, ir al médico, además de atender las cosas de la casa y trabajar, la verdad es que hay que tener mucha voluntad porque hay que hacerlo siempre...”*

Los pacientes entrevistados perciben que hay períodos en que la motivación disminuye por diferentes circunstancias implícitas en alguno de los factores antes mencionados, esto dificulta el desarrollo del proceso de atención, lo cual constituye un problema de difícil resolución que conlleva a encauzar la intervención profesional hacia una instancia superadora consistente en profundizar el proceso de trabajo interdisciplinario, fortalecer los vínculos y acordar acciones conjuntas que contribuyan a mejorar la gestión referente a diabetes y calidad de vida del paciente.

.....

Con respecto al abordaje de la diabetes desde la perspectiva de gestión de la atención de dicha enfermedad, a partir de entrevistas, reuniones y la observación realizada con los integrantes del equipo de salud, se plantean problemas tales como la escasa información suministrada sobre los pacientes derivados desde los diferentes efectores, por lo que se evidencia la necesidad de mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia así como de consensuar y validar los criterios de derivación entre los diversos actores intervinientes.

En cuanto a interconsultas solicitadas, se originan problemas de accesibilidad a ciertas especialidades como por ejemplo nutrición, oftalmología, psicología, dada la relación entre la oferta profesional y la demanda planteada, ya que las mismas constituyen importantes pilares que contribuyen al fortalecimiento del proceso de atención, lo que conlleva a realizar las

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

gestiones pertinentes en relación a la disponibilidad de recursos necesarios a fin de optimizar la respuesta en tal sentido.

Además se percibe la dificultad existente con respecto al proceso de adquisición y entrega al paciente de insumos para facilitar el autoanálisis de glicemia, los que constituyen una herramienta válida en cuanto al aporte de información para la valoración y seguimiento, ya que el autocontrol es considerado un aspecto esencial de los programas de educación en diabetes.

Por otra parte se observa un insuficiente nivel de respuesta del paciente diabético en cuanto al desarrollo de conductas relacionadas al autocuidado, prevención de complicaciones, adherencia al tratamiento, lo cual implica la necesidad del fortalecimiento de la estrategia de comunicación y de afianzar el vínculo terapéutico, la aplicación del criterio de responsabilidad compartida por los diferentes actores que intervienen en dicho proceso, además de revisar el curso de la información y educación aportada por los profesionales del equipo de salud mediante una línea de trabajo superadora en cuanto a la lógica de atención y tratamiento, así como el compromiso para su cumplimiento, a fin de mejorar dichos niveles de gestión referentes a la enfermedad tratada.

Conclusiones

La diabetes como enfermedad crónica requiere la continuidad de prácticas de autocuidado, hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, entre otros aspectos relevantes en la vida del paciente que presenta dicha enfermedad.

En relación a la accesibilidad, el paciente diabético es atendido por el equipo de salud del CEMAR al que acude mediante una derivación producida en algún efector de la red o a través de una interconsulta solicitada por un profesional de la propia institución, esto conduce a la revisión de aquellos aspectos organizativos referentes a la articulación del accionar de los diversos actores abocados al abordaje integral en la gestión de diabetes, ya que se presenta un escenario con cierto grado de complejidad propia del entramado que se conforma en el proceso de atención.

En tal sentido se observa un modelo cuyas directrices se orientan a la implementación del enfoque centrado en el paciente, que propone un accionar superador en cuanto a la comprensión integral del sujeto y su situación particular, a tal efecto se destaca la necesidad de realizar las correcciones pertinentes para el mejoramiento de la calidad del abordaje con respecto al fenómeno de adherencia al tratamiento.

Finalmente en cuanto al nivel de respuesta por parte del paciente diabético, se aprecia que las cuestiones exteriorizadas desde el sector de la demanda brindan la oportunidad de poder dimensionar el contexto y profundizar en la multicausalidad de aspectos que se relacionan e inciden en el desarrollo del proceso de adherencia al tratamiento, lo que conlleva a replantear estrategias de abordaje del problema a fin de optimizar los resultados obtenidos.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Bibliografía

- Alayón, Alicia N, & Mosquera-Vásquez, Mario. (2008). Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 777-787.
- Alleyne, George. La diabetes: una declaración para las Américas Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 1996;121:461–466.
- Ampudia-Blasco, F. J.; Rosenstock, J. Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. *Av Diabetol*, 2008, vol. 24, no 1, p. 7-20.
- Araneda, Marco. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia: Una Perspectiva Psicológica. *Rev. chil. pediatr.* 2009, vol.80, n.6, pp. 560-569.
- Artola Menéndez, Sara , Rovira Loscos, Adela y Ricart, Wifredo. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Clínica*. 2010;135 (Supl 2):27-32.
- Bastera Gabarró, Miguel. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*. 1999; 1: 97-106.
- Bialik de Shkurovich, Raquel. Aspectos antropológicos en la adherencia terapéutica. *Revista CONAMED*, 2002, vol. 7, no 3, p. 61-65.
- Bolaños, E. y Sarría – Santamera, A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003;32(4):195-202.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

- Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas Peralta M, Hernández Ávila M, de León-May M E, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México* 2008;50(5):419-427.
- Dabas, Elina; Perrone, Néstor. *Redes en salud*. Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 1999, vol. 3.
- Duran-Varela, Blanca Rosa; Rivera-Chavira, Blanca y Franco-Gallegos, Ernesto. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001;43:233-236.
- Escudero-Carretero, M. J., Ángeles Prieto-Rodríguez, M., Fernández-Fernández, I., & March-Cerdà, J. C. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Atención primaria*, 2006; 38(1), 8-18.
- Facchini, Mónica. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: Relación médico- paciente. *Medicina (Buenos Aires)* . 2004; vol.64, n.6 pp. 550-554.
- Farao, M. y cols. (2006). Automedicación, autocuidado y autoprescripción. *Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud*. Año 11, N°50.
- García González, Rosario y Suarez Pérez, Rolando. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev. Cubana Endocrinol.* 2001 Dic; 12(3): 178-187.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

- Ginarte Arias, Yurelis. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001, vol.17, n.5, pp. 502-505.
- Granados, Elodia Elisabeth y Escalante, Eduardo. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. jul./dic. 2010, vol.16, no.2 p.203-216.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DJ, editores. *Compliance in heart care.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976, 516.
- Jansà, Margarida; Vidal, Mercè. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Av Diabetol*, 2009, vol. 25, p. 55-61.
- Jiménez Paneque, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004;30(1).
- Lemus, Jorge; Tigre, Clovis; Ruiz, Patricia; Dachs, Norberto. *Manual de vigilancia epidemiológica.* H. de Moraes Novaes (Ed.). Organización Panamericana de la Salud. Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos. PALTEX.1996. 4(10).
- Martín Alfonso, Libertad. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281.
- Mendoza, Irenia; Torres, José; Herrera, Ana; Colina, Wilmer. Educación diabetológica y su proyección a la comunidad. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo.* 2012; 10 (1). pp. 138-142.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

- Menéndez, E.; Lamana, C.; Escalada, M. S.; Iriarte, A.; Anda, E.; Argüelles, I. Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 1999; 22: 239-244.
- Ministerio de Salud. República Argentina. Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades No transmisibles; 2009.
<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son>.
- Nutbeam Don. Glosario de Promoción de la Salud. Universidad de Sydney, Australia. OMS. 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva N° 312. Ginebra: OMS; 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos. Diabetes. Qué es la Diabetes. Complicaciones de la Diabetes. Ginebra: OMS; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Panamá. Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus. OPS, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS, 2008

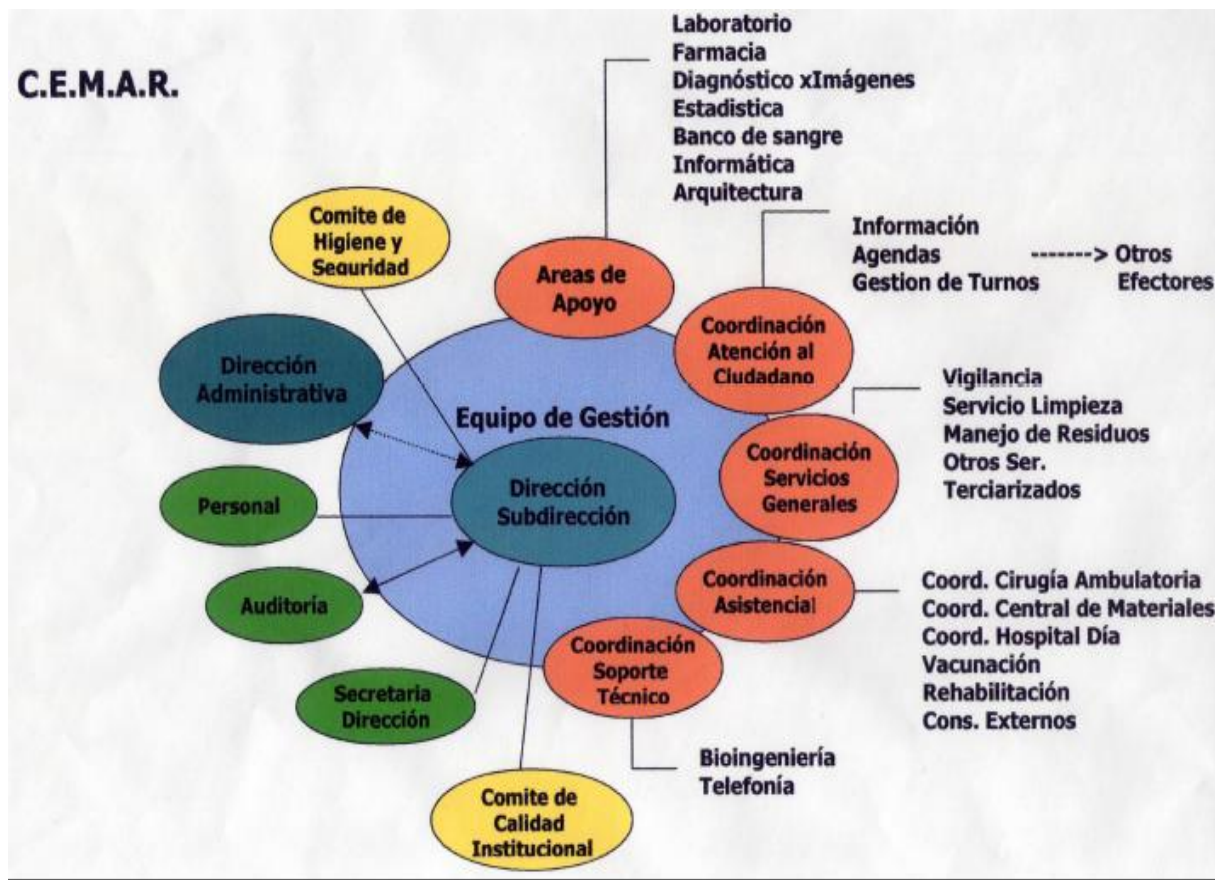
“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

- Ortiz, Manuel; Ortiz, Eugenia; Gatica, Alejandro; Gómez, Daniela. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*. 2011, vol. 29, n.1, pp. 5-11.
- Otero, Luzmila Miyar; Zanetti, María Lucía; Ogrizio, Michelle Daguano. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 2008; 16(2), 231-237.
- Palop Larrea, Vicente; Martínez Mir, Inocencia. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 2004, vol. 28, no 5, p. 113-120.
- Peralta, María. Luisa; Carbajal, Patricia. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2008, vol. 17, no 3, p. 84-8.
- Ramos, M., Pratts, M. F., González, M. D. L. C. B., Bernal, L. D. C. C., Jiménez, E. V., Flores, G. L., & Gutiérrez, R. C. (2004). Calidad de la atención de salud. *La Habana: Editorial de Ciencias Médicas*.
- Sotoca-Momblona, J.M.; Codina-Jané, C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano*, 2006, vol. 1605, p. 39-40.
- Wojtczak, Andrzej. Glosario de términos de educación médica. *Educación médica*, 2003, vol. 6, p. 21-56.

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.

Anexos

Anexo N°1. CEMAR. Organigrama de la Unidad



Anexo N°2. Instrumento de recolección de datos: Entrevista a pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario.

1. Tiene conocimientos sobre diabetes. Le informaron de qué se trata esta enfermedad, su prevención, complicaciones, tratamiento, controles, etc.?
2. Qué opinión tiene sobre la relación que se establece entre usted y el equipo de salud que lo atiende con respecto a diabetes?
3. Conoce los valores de referencia de los análisis de sangre y la utilidad que tienen. Le hacen análisis de sangre periódicamente?
4. Le entregan al el material correspondiente para administración de insulina (agujas, jeringas)?
5. Tiene hábitos nocivos para la salud, tales como alcohol, tabaco, drogas?
6. Con respecto a actividad física, practica ejercicios habitualmente, como caminatas, bicicleta u otros. Se presentan inconvenientes para realizar dicha actividad?
7. Realiza registros sobre consultas realizadas, administración de la medicación indicada, alimentación, controles periódicos, fecha de análisis de laboratorio, resultados, anotaciones que considere importantes, dudas, preguntas, temas para ser tratados en las consultas?
8. Puede cumplir con la dieta indicada. Se presentan dificultades para acceder a la misma, cuáles son?
9. Considera necesario concurrir a un grupo de apoyo, recibir apoyo psicológico, o ambos, para sentirse contenido a fin de lograr adherencia al tratamiento?
10. Cuenta con apoyo y contención de su grupo familiar para realizar el tratamiento indicado?
11. Necesita ayuda para movilizarse, realizar su higiene personal, alimentación, actividades cotidianas?
12. El diagnóstico de diabetes le produce temor, ansiedad, o alguna sensación que influya en la relación con su grupo familiar, laboral o social?
13. Se siente motivado para continuar el tratamiento indicado?

Anexo N°3. Consentimiento informado del paciente.

Yo,consiento libre y voluntariamente ser entrevistado por el Licenciado en Enfermería Marcelo Tenesini, a fin de aportar datos personales en la investigación descriptiva referente a cómo impacta la gestión del proceso de salud sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos atendidos en el Servicio de Endocrinología del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario.

Declaro que he sido debidamente informado sobre los aspectos del mencionado trabajo de investigación y se me ha permitido preguntar ampliamente sobre ellos.

Permito que el Lic. Tenesini utilice la información en dicho trabajo sin dar a conocer mi identidad, permaneciendo la misma en el anonimato.

He sido informado sobre la posibilidad de mi retiro voluntario en cuanto a la colaboración, ya sea previamente o durante la entrevista.

Firma..... Aclaración..... DNI.....

Rosario,

Indice

Pág. 4. Resumen y palabras claves

Pág. 5. Introducción

Pág. 14. Objetivos

Pág. 15. Estado y conocimientos del tema

Pág. 34. Metodología de la investigación

Pág. 36. Resultados, comentarios y discusión

Pág. 44. Conclusiones

Pág. 45. Bibliografía

Pág. 50. Anexos

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, UNA PROBLEMATIZACION DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTION DE LA ATENCION EN UN EFECTOR DE SALUD” Lic. Marcelo Tenesini. 2016.