

Cumplimiento de las normas de la calidad de atención establecidas por el compromiso de gestión en los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, en el periodo de enero a julio de 2007

Achivement of Patient Care Standards established by the Agreement on Management for Diabetic Patients in the Alajuelita Health Center from January to July, 2007.

Raj Chapagain K

Resumen

Justificación y objetivo: este trabajo evalúa el nivel del cumplimiento de las normas de la calidad de atención a los usuarios diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, y los factores determinantes en del incumplimiento, para proponer sugerencias con el fin de mejorarla.

Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal tipo descriptivo, basado en los datos de los expedientes de los pacientes diabéticos. Mediante un muestreo consecutivo se analizaron 500 expedientes clínicos de los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, para determinar el nivel del cumplimiento de las normas de calidad de atención de diabéticos entre enero y julio de 2007. La recolección de los datos se efectuó mediante una hoja precodificada, diseñada con base en la utilizada para el control de los pacientes diabéticos, en el marco del compromiso de gestión a nivel nacional. Se entrevistó a los 40 trabajadores del Área, directamente relacionados con el cumplimiento de las normas del compromiso de gestión.

Resultados: se detectó que no se indicó el nivel de glicemia a un total de 14 pacientes, (2,8%). Del total de pacientes estudiados, 197 (39,4%) tuvieron el nivel de glicemia entre 101-150mg/dl; solo 50 (10%) tuvieron la glicemia < de 100. Además, 14 pacientes (2,8%) tuvieron un nivel de glicemia en ayunas entre 201-300 mg/dl. De los 500 pacientes, 63 tuvieron la glicemia en ayunas >300, lo que representa un 12,6%, de pacientes mal controlados. Solo un 25% de los pacientes tuvo la HbA1c igual o menor al7%. Un 26,3% de los diabéticos tuvo este indicador entre el 7 y el 9,9%, y un 7,8% la tuvo mayor al10%. En cuanto a la planta física, se determinó que el 32,5% de los funcionarios opina que la del Área de Salud de Alajuelita es buena; el 22,5% opina que es muy buena, y el 20% la considera regular.

Conclusión: únicamente un 25% de los diabéticos calificó como adecuada la atención en el Área de Salud de Alajuelita, conforme los parámetros del compromiso de gestión.

Descriptor: compromiso de gestión, diabetes mellitus, normas de calidad, calidad de atención, HbA1c, glicemia en ayunas.

Abstract

Rationale and objective: This study evaluates the level of compliance with quality of care standards for patients with diabetes who attend the Alajuelita Health Center and the determinant factors for non-compliance, to propose suggestions aimed at improving it.

Materials and methods: This is an analytical observational cross-sectional study based on the data in the medical records of the diabetic patients. Consecutive sampling was used to analyze the medical records of 500 diabetic patients of the Alajuelita Health Center, in order to establish the level of compliance with quality standards of care for diabetic patients, between January and July 2007. The data collection was performed by a precoded sheet, whose design was based on the one used for the control of diabetic patients under the national management commitments. Forty health workers from the Area, directly related to the fulfillment of the rules of Management Commitment, were interviewed.

Results: The study identified that blood sugar level was not indicated to a total of 14 patients (2.8%). From the total of patients studied, 197 (39.4%) had a blood glucose level between 101-150mg/dl; only 50 patients (10%) had a blood glucose level <100. In addition, 14 patients (2.8%) had a fasting level between 201-300 mg / dl. 63 of these 500 patients had a fasting glucose level >300, which represents a 12.6% of inadequately controlled patients. Only 25% of the patients had the HbA1c at or below 7%. A 26.3% of diabetic patients maintained this indicator between 7 and 9.9% and 7.8% above 10%. In regard to the physical plant, 32.5% of staff thinks that the physical plant of ASA is good, 22.55 think it is very good and 20% believes it is regular.

Conclusion: Only 25% of diabetic patients assessed as adequate the attention received at the Alajuelita Health Area, according to the parameters of the management commitment.

Key words: Management commitment, Diabetes Mellitus, quality standards, quality of care, HbA1c, fasting glucose level.

Fecha recibido: 22 de octubre de 2010

Fecha aceptado: 21 de mayo de 2012

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) funciona bajo los principios de la solidaridad y la universalidad de la cobertura en el país, sin discriminación alguna, independientemente del origen, la raza o la nacionalidad. Sin embargo, los factores internos, como el fallo en el sistema de recaudación del fondo, el incremento del gasto y el problema estructural, han generado la tendencia al desfinanciamiento y la no sostenibilidad de la institución, desde comienzos de los años noventa.^{1,2}

Debido a esto, los organismos internacionales comenzaron a cuestionar los proyectos de inversión de la CCSS, por lo cual, se determinó establecer un proceso de modernización en cuanto a la estructura y las funciones institucionales y de asignación de recursos, basado en la eficiencia, que estimulará la satisfacción de los usuarios y mejorará la calidad de la atención.^{1,2}

Como instrumento regulador se creó el “compromiso de gestión” (CG), el cual establece las normas, las reglas, los incentivos, las sanciones, así como las evaluaciones y ajustes en el período de ejecución, según la planificación y control de gestión para detectar desviaciones en el cumplimiento de los objetivos y las metas, y la reorientación de los recursos, en procura de ajustarlos a las necesidades de una población determinada. A partir del desfinanciamiento, los organismos financieros internacionales han recomendado al sector público trabajar con más eficiencia y eficacia en su gestión organizacional.

A inicios de los años noventa, el Estado comienza a hablar de la reforma del sector social, y dentro de este, la del sector

salud, con una nueva dirección: fortalecer la atención primaria. A su vez, el Ministerio de Salud se convierte en un ente rector y vigilante de la salud a nivel nacional. La CCSS asume la parte de atención primaria, la preventiva; se establece los tres niveles de atención en salud, según el nivel de complejidad; se promueve el sistema de referencia y contrarreferencia entre niveles, para disminuir la duplicidad de los servicios, y se refuerza la visión de reducir el alto costo hospitalario mediante el descongelamiento de los servicios de especialidades en los distintos niveles.³

Se implementa un nuevo mecanismo de control de gasto institucional, al introducir el nuevo instrumento de CG, que señala las normas de la calidad de atención a los usuarios por grupo etario, por tipo de morbilidad, y por la agrupación según las características clínicas –lo que se convierte en un modelo de control de gasto sanitario-, y la calidad de atención de la CCSS (información obtenida de Cerdas Angulo, Manuel, “Efectos provocados por la evaluación del compromiso de gestión en los primeros seis meses, en el Hospital Monseñor Sanabria”, Puntarenas; tesis de maestría en Administración en Salud Sostenible, SEP, UNED, Costa Rica, 1997).

Una forma de determinar el cumplimiento de la calidad de atención en el nivel primario, consiste en estudiar directamente el cumplimiento de las normas de la calidad de atención en un grupo etario o en un grupo de la misma morbilidad. En este caso se desarrolló un estudio transversal de los pacientes diabéticos de un área de salud, ya que por su alta prevalencia nacional y por su alto costo de atención, es un tema relevante.

Cumplimiento de normas de atención de diabéticos/ Chapagain K

Este trabajo pretendió estudiar el cumplimiento de las normas de la calidad de atención a los usuarios diabéticos del Área de Salud de Alajuelita (ASA), y los factores determinantes en el incumplimiento, para proponer sugerencias, con el fin de mejorarla. Se trató de demostrar cómo la estructura física, la falta de capacitación y de equipo del personal de salud, contribuyen a incumplir las normas establecidas en el CG, para la atención de los pacientes diabéticos en el Área de Salud de Alajuelita, de enero a julio de 2007.

Materiales y métodos

Se efectuó un estudio observacional analítico de corte transversal tipo descriptivo, basado en los datos de los expedientes de los pacientes diabéticos del ASA,⁴ en la comunidad de Alajuelita, ubicada al sur de San José, que es una zona urbano-marginal.

El universo de análisis es la población de los diabéticos que llevan su control médico en el ASA. La población meta estuvo constituida por los pacientes diabéticos con sus expedientes clínicos del ASA, en total: 3088. Mediante un muestreo consecutivo se analizó 500 expedientes clínicos de los pacientes diabéticos del Área para examinar el nivel del cumplimiento de las normas de la calidad de su atención, entre enero y julio de 2007. La muestra incluyó a pacientes diabéticos que asociaban el diagnóstico de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. La recolección de los datos se efectuó mediante una hoja precodificada diseñada con base en la utilizada para el control de los pacientes diabéticos, en el marco de CG a nivel nacional.

De manera complementaria, se entrevistó a los 40 trabajadores del Área de Salud, directamente relacionados en el cumplimiento de las normas de CG. Se repartió a los 40 funcionarios (técnicos, médicos, enfermeros y ATAP), el cuestionario acerca de la planta física, la ventilación e iluminación, el espacio y la distribución de los servicios en el Área de Salud de Alajuelita.

Las variables que se incluyeron acerca de los pacientes diabéticos fueron: edad, sexo, morbilidades asociadas, IMC, control de glicemia en ayunas, HbA1c, niveles de colesterol y triglicéridos, pie diabético -que se evaluó con el Patona- y educación. La información se recolectó a partir de las consultas médicas en el periodo de enero a julio de 2007.

Resultados

La distribución de la muestra de diabéticos evaluada por grupo etario y sexo se presenta en la Figura 1. Un 29,6% de los diabéticos son hombres, y el 79,4%, mujeres. Las diabéticas con mayor prevalencia son del grupo etario entre 61-70 años (21%), mientras en los hombres prevalece el grupo de >70 años, que constituye un 9,2%.

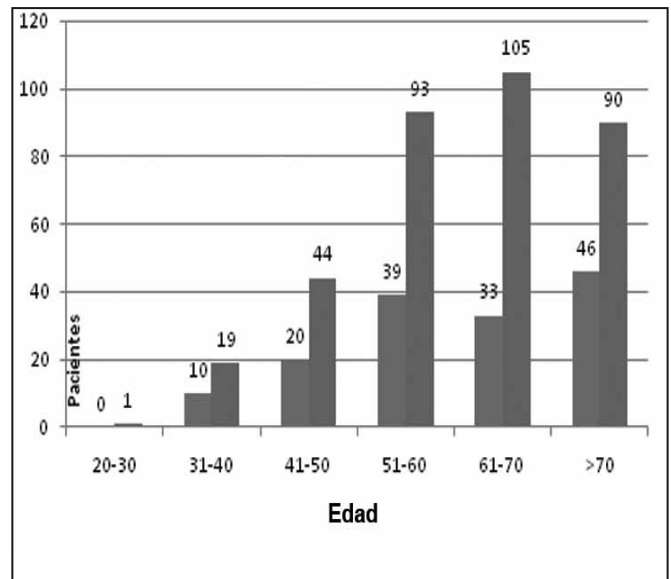


Figura 1. Distribución por edad y sexo de los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, estudiados entre enero y junio de 2007
Se deduce que la mayor prevalencia de DM en ambos sexos incide entre los 50 y 70 años, y que aumenta por la edad, con más frecuencia en el género femenino

En cuanto al comportamiento de los niveles de glicemia en los diabéticos del ASA, se reveló que a un 2,8% de la muestra no se le indicó el examen del todo; a un 14,4% se le indicó, pero no se encontró un resultado en el expediente; un 39,4% tuvo el nivel de glicemia entre 101-150mg/dl; solo 50 pacientes tuvieron la glicemia < de 100, lo que constituye un 10%. Además, 14 pacientes (2,8%) presentaron un nivel de glicemia en ayunas entre 201-300 mg/dl. De estos 500 pacientes, 63 tuvieron una glicemia en ayunas >300, lo que constituye un 12,6% de personas mal controladas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de los niveles de glicemia en ayunas encontrados en una muestra de diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, enero-junio, 2007

Glicemia mg/dl	Total	Porcentaje
No indica	14	2.8
Sí indica	72	14.4
< 100	50	10
101-150	197	39.4
151-200	90	18
201-300	14	2.8
> 300	63	12.6
Total	500	100%

Fuente: REMES, Área Salud Alajuelita, 2007

Cuadro 2. Distribución de los niveles de colesterol total encontrados en los expedientes de los pacientes diabéticos estudiados, Área de Salud de Alajuelita, enero - junio, 2007

Niveles mg/dl	Total	Porcentaje
No indica	149	29.8
Sí indica	60	12
< 150	38	7.6
151-200	119	23.8
201-300	119	23.8
> 300	15	3
Total	500	100

Fuente: REMES, Área Salud Alajuelita, 2007

La distribución de los niveles de colesterol total en los diabéticos estudiados muestra que a un 29,8% de los pacientes no se le indicó del todo el examen (Cuadro 2). Un 47,6% de estos diabéticos mantienen el nivel de colesterol total entre 151-300mg/dl. Solo 123 pacientes mantienen un nivel de colesterol <150 mg/dl, lo que constituye un 24,6%. El estudio encontró que a 60 diabéticos (12%) no se les indicó el nivel de triglicéridos total.

A 166 pacientes no se les indicó del todo el examen de colesterol HDL, lo que constituye un 33,2%. De igual manera, a 188 no se les señaló del todo el estudio de los niveles de LDL (37,6%). Solo 165 pacientes diabéticos (33%) tienen un nivel adecuado de colesterol HDL, que es > 40 mg/dl; 169 mantienen el nivel de HDL colesterol <40 mg/dl (Cuadro 3).

En el Cuadro 4 puede apreciarse el comportamiento del IMC de la muestra de pacientes diabéticos del Área; no se pudo obtener el dato en un 3,8%, correspondiente a los pacientes para quienes no aparecía el IMC en el expediente. A un 96,25% se le calculó e interpretó el IMC. Del total de la muestra analizada,

183 pacientes (36,6%) tenían un IMC entre 26-30. En 119 se registró un IMC entre 31-35 (23,8%).

La medición de la hemoglobina glicosilada no se le indicó del todo a 110 pacientes (22%). Se anotó que muchas veces el laboratorio clínico del ASA no cumplía la indicación médica por una razón desconocida. Se obtuvo el nivel de hemoglobina glicosilada solo en el 43,6% de la muestra; de estos, 125 pacientes (25% del total) mantienen un nivel adecuado de la HbA1c. 54 pacientes (10,8%) tienen un nivel de HbA1c entre 7,1-8. Y 39 pacientes diabéticos mantienen un nivel > 8 en este indicador, lo que constituye un 7,8% (Cuadro 5).

Mediante la entrevista al personal técnico se detectó que el 32,5% de los funcionarios opinó que la planta física del ASA es buena; el 22,5% indicó que es muy buena, y el 20%, que regular. El 30% de los funcionarios opinó que la ventilación de los consultorios médicos y de enfermería es regular; el 25% señaló que es buena, y el 17,5%, que muy buena (Cuadro 6).

Discusión

En Costa Rica, la DM es una de las enfermedades no transmisibles cuya prevalencia va en aumento y representa grandes costos para la seguridad social.^{5,6} Los cambios experimentados en el estilo de vida de la población, específicamente en costumbres alimentarias y actividad física, han condicionado un aumento en la incidencia de las enfermedades metabólicas crónicas y sus complicaciones. Estos cambios afectan a la población joven, con lo que se experimenta un impacto en algunas morbilidades específicas, como es el caso de la DM.⁷⁻⁹

Las dos técnicas disponibles para evaluar la efectividad del manejo del control glucémico son la medición de glicemia y la HbA1c. La última refleja los valores de glicemia en diez semanas previas, y tiene un fuerte valor predictivo para las complicaciones diabéticas. Además, permite corroborar la exactitud de los resultados de automonitoreo reportados por los pacientes.

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es útil para evaluar el control a largo plazo de la DM; se trata de una prueba complementaria a la glicemia en ayuno y posprandial.¹⁰ Su

Cuadro 3. Distribución de los niveles de HDL y LDL colesterol, encontrados en los expedientes de los pacientes diabéticos analizados, Área de Salud de Alajuelita, enero - junio, 2007

HDL mg/dl	Total	Porcentaje	LDL mg/dl	Total	Porcentaje
No indica	166	33.2	No indica	188	37.6
< 40	169	33.8	< 100	109	21.8
> 40	165	33	> 100	203	40.6
Total	500	100%	Total	500	100%

Fuente: elaboración del autor, Área de Salud Alajuelita, 2007

Cumplimiento de normas de atención de diabéticos/ Chapagain K

Cuadro 4. Distribución del índice de masa corporal en los pacientes diabéticos analizados, Área de Salud de Alajuelita, enero - junio, 2007		
IMC Kg/m2	Total	Porcentaje %
No indica	19	3.8
Sí indica	13	2.6
< 25	82	16.4
26-30	183	36.6
31-35	119	23.8
36-40	32	6.4
41-45	45	9
> 46	7	1.4
Total	500	100%

Fuente: elaboración del autor, Área de Salud de Alajuelita, 2007

evaluación permite realizar los ajustes necesarios al tratamiento con el fin de alcanzar las metas propuestas internacionalmente para el control adecuado de los pacientes diabéticos y la prevención de las complicaciones.¹¹

Los indicadores clínicos para el control de diabetes mellitus encontrados en los expedientes revisados en el ASA, nos ofrecen un panorama global del nivel de cumplimiento de las normas de calidad. Se detectó que la indicación de la glicemia en ayunas a los pacientes, es de casi el 100%, ya que el personal está consciente de su importancia para un adecuado control en los pacientes diabéticos. A pesar de esto, el porcentaje de indicación de perfil lipídico es relativamente bajo (30%). También se evidenció que el porcentaje de la no indicación de HbA1c y otros parámetros exigidos por el CG por parte del personal médico del ASA, es bajo (22%).

Es por muchos conocido que el personal médico en las áreas de salud tiene muy ajustado el tiempo (15 minutos/paciente), y que el CG evalúa más el llenado de expedientes que la atención directa y su calidad. Es preciso efectuar un ajuste que alivie al personal médico de la presión derivada de factores ajenos al CG.

El estudio constituye el primero del ASA en sus 10 años de cumplimiento en el tema de CG y la calidad de la atención. El aporte que realiza en la percepción del personal técnico del Área, acerca del nivel del cumplimiento de la calidad de atención brindada a los usuarios, es relevante para verificar la adherencia al tratamiento, la satisfacción de los usuarios y la promoción de estilos de vida saludables, mediante el programa de educación preventiva.

El programa de educación dirigida a los usuarios no solo promueve el estilo de vida saludable, sino que también es vital

Cuadro 5. Distribución de los niveles de hemoglobina glicosilada encontrados en los expedientes de los pacientes diabéticos analizados, Área de Salud de Alajuelita, enero - junio, 2007		
Nivel %	Total	Porcentaje
No indica	101	20.2
Sí indica	104	20.8
< 7	125	25
7.1-8	54	10.8
8.1-9	46	9.2
9.1-10	31	6.2
> 10	39	7.8
Total	500	100%

Fuente: elaboración del autor, Área de Salud de Alajuelita, 2007.

para prevenir las complicaciones neurológicas, las nefrológicas (daños en los órganos blancos), los sufrimientos de los pacientes y sus familiares cercanos, y para disminuir el costo de los servicios en salud, puesto que las complicaciones implican una alta inversión para los servicios sanitarios y, consecuentemente, un gran costo social.

Resulta alarmante que más de una tercera parte de la muestra de diabéticos tenía un IMC entre 26 y 30 Kg/m², lo que indica que la mayoría de los pacientes mantienen el rango entre

Cuadro 6. Resultados de la encuesta a funcionarios del ASA sobre la planta física. Respuestas a la pregunta de si la planta física es apta para atender a los usuarios diabéticos con criterios de calidad, y si la ventilación en los consultorios es adecuada, Área de Salud de Alajuelita, enero - junio, 2007				
Respuesta	Planta física		Ventilación	
	No	%	No	%
Excelente	5	12,5	6	15
Muy buena	9	22,5	8	20
Buena	13	32,5	10	25
Regular	8	20,0	11	27,5
Mala	5	12,5	5	12,5
Total	40	100	40	100

Fuente: encuesta al personal técnico del ASA

sobrepeso y obesidad grado I. Esto alude al descuido, por parte de los usuarios, de su peso ideal, lo que probablemente refleja el nivel socioeconómico y la baja escolaridad característica en la comunidad investigada.

Una de las limitaciones del estudio fue la de no poder transcribir la percepciones en cuanto a la atención recibida, los valores y las expectativas de los usuarios del Área de Salud, dado que se excluyó su participación, por el escaso conocimiento respecto a esta morbilidad, y el bajo nivel de escolaridad, ya que la zona es urbano marginal, y estas percepciones no solo dependen del equipo sanitario, sino también de los valores y sentimientos de los usuarios y otros factores externos. Se consideró conveniente involucrar en el estudio al personal técnico del Área de Salud, dado que la información derivada de la entrevista tiende a ser más objetiva por su nivel de la capacitación en lo que respecta al estudio, lo que posibilita acceder la realidad de los servicios médicos prestados en la zona.

Referencias

1. Sojo Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina. Revista de CEPAL 2001;27:1-35
2. Sojo Ana. Hacia unas nuevas reglas de juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica, desde una perspectiva comparativa. NUCEPAL 1998; 27: 118-140.
3. Miranda Gutiérrez, Guido. La seguridad social y desarrollo en Costa Rica. Segunda edición, San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 1994.
4. Barrantes E., Rodrigo. Un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo. II edición. San José, EUNED. 2006.
5. Calzada L.D. Diabetes mellitus tipo 1. En: Diabetes mellitus en Costa Rica. Primera ed. Laboratorios Stein, San José 2006; 89-99.
6. Morice A, Achio M. Tendencias, costos y desafíos para la atención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. Rev Cien Adm Financ Seg Soc 2003; 11:18-34.
7. American Diabetes Association ADA. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2010; 33: S 13-S61.
8. Copeland k, Becker D, Gottschalk m, Hale D. Type 2 Diabetes in Children and Adolescents: Risk Factors, Diagnosis, and Clinical Diabetes 2005, 23:181-185.
9. American Diabetes Association. Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. Pediatrics 2000:105:671-680.
10. Declaración de las Américas sobre la Diabetes. Revista Panam Health Organization 2006, 30: 261-5
11. Sacks D, Burns D, Goldstein D, Maclaren N, Mc Donald J, Parrot M. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Clinical Chemistry 2002; 48:436-472.