UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

DIRECCION SISTEME DE ESTUDIOS DE POST GRADO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGÍA

TESIS

"CALIDAD DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"

PRESENTADO POR.
Licenciada GLADIS ONDINA CARTAGENA HERNANDEZ.

Previa opción al titulo de:
MASTER EN EPIDEMIOLOGÍA

TEGUCIGALPA M.D.C, MARZO 2008

HONDURAS C.A.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:	**DR. Raúl Antonio Santos Maldonado**
SECRETARIO GENERAL:	**Abogado. Adalid Rodríguez**
DECANO DE LA FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS:	**Dr. Renato Valenzuela Castillo**
SECRETARIO DE LA FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS:	**Licda. Trinidad Vásquez de Kaffati**
DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:	**Dr. Rolando Aguilera Lagos**
COORDINADOR MAESTRIA:	**Dra. Brenda Elizabeth Meléndez**
ASESOR DE TESIS:	**Dra. Brenda Elizabeth Meléndez** **Dra. Maria Félix Rivera.**

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

DEDICATORIA

Acto que dedico de manera muy especial a Dios el hacedor de mis días para el sea la gloria y la honra.

A mi esposo Wilfredo Pineda que Dios le bendiga por su valioso apoyo, que ha contribuido para salir adelante, que mi triunfo sea para él y al fruto de mis entrañas que son regalos preciosos del creador, por ser la razón de mi existir, fortaleciéndome para lograr las metas propuestas son, mis pequeños: Mario Armando y Wilfredo Pineda Cartagena.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

AGRADECIMIENTO

Hay en todo tiempo y lugar un ser omnipotente y todo poderoso, que permite y me guía a alcanzar los grandes ideales de mi vida, ese es usted **Señor mi Dios.**

Hay hombres brillantes que avizoran el futuro y ven en el recurso humano el elemento mas valioso de un país para elevar la prestación de un servicio ese es el **Doctor Marco Tulio Carranza.**

Hay seres humanos extraordinarios que han dedicado su vida a fortalecer altas competencias y luego ponerlas al servicio de los que con ahínco buscamos mejorar nuestra capacidad de trabajo es usted **Doctora Brenda Melendez.**

Hay personas bondadosas y muy intelectuales, con muchas ocupaciones en su diario vivir, pero con gran amabilidad, nunca dicen no a quien les necesita, esos son ustedes **MsC. Elia Pineda y Doctor Rubén Palma**.

Hay hermanos que con las más altas muestras de solidaridad llegan a nuestro país para apoyar a la salud del pueblo y que su tiempo libre lo dan en asesoria para quien lo necesite esa es usted, Doctora. Maricela Curbelo.

A todos mis maestros y maestras que con paciencia supieron darme sus sabias enseñanzas.

A mis compañeros (as) por su solidaridad en todo momento, en especial a Lilian Meza y Sofía Reyes.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN **5**

CAPITULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICO METODOLÓGICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 ..... **8**

I.1 INTRODUCCIÓN 9
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 10
I.3 OBJETIVOS 12
I.3.1 Objetivo general. *12*
I.3.2 Objetivos específicos. *12*
I.4 ANOTACIONES TEÓRICAS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL 14
DIABÉTICO 14
I.4.1 Antecedentes históricos de la atención del paciente diabético *14*
I.4.2 Aspectos epidemiológicos sobre la diabetes, red de vigilancia *17*
I.4.3 Calidad de atención en salud *18*
I.4.4 Calidad de atención del paciente diabético *21*
I.4.5 Definición de términos básicos[15]. *27*
I.4.6 UNIDAD DE ANALISIS Y OPERALIZACION DE VARIABLES 30
I.5. ESTRATEGIA METODOLOGICA 34
I.5.1 Tipo de estudio. *34*
Área de estudio. *34*
I.5.2 Universo y muestra. *34*
I.5.3 Métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos empleados en el levantamiento de datos. *34*
I.5.4 Plan de análisis. *35*
I.5.5 Criterios de inclusión y de exclusión *35*
I.5.6 Aspectos ético-legales *35*

CAPITULO II LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL MUNICIPIO DE SAN MARCOS, DEPARTAMENTO DE OCOTEPEQUE **37**

II.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO 38
II. 2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 39
II.2.1 Indicadores de estructura *39*
Fuente: Encuesta de opinión a empleados. *45*
II.2.2 Indicadores de Proceso *48*
II. 3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS A LA LUZ DE LA TEORÍA 52
II.3.1 Indicadores de estructura *54*
II.3.2 Indicadores de Proceso *65*
II.3.3 Equidad en Tratamiento y costos. *68*
II.3.4 Imagen Institucional *70*
II. 4 CONCLUSIONES 75
II. 5 RECOMENDACIONES *78*
III. BIBLIOGRAFÍA 80

RESUMEN

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

La consulta externa especializada del Hospital San Marcos, en la ciudad de San Marcos, departamento de Ocotepeque, ha presentado un incremento acelerado del 100% de los casos de diabetes mellitas tipo 2 durante el primer semestre del 2005 en comparación con el primer semestre del 2004; según datos estadísticos esta patología se ubica dentro de las primeras 10 causas de egresos hospitalarios considerándose un problema serio para la población adulta de este departamento.

Se puede aseverar que la diabetes mellitus se ha convertido en una pandemia por lo que es necesario mantener una vigilancia sobre la calidad de atención al paciente, para evitar el desarrollo de complicaciones que le pueden llevar a la muerte o a la disminución de sus capacidades físicas y mentales. Impulsados por este propósito es que se realizó la presente investigación de tipo descriptivo de corte transversal, con representatividad del área rural y urbana, utilizando como objeto de estudio del programa de atención en diabetes a todas las personas que presentan esta patología con una muestra deL 100% de los casos (43 pacientes) que asisten a la consulta externa especializada del Hospital durante los meses de septiembre y octubre del año 2005.

El estudio se organizó en dos etapas: la primera consistió en la revisión del expediente clínico de los pacientes y la segunda fue a través de la entrevista al paciente en la cual fue llenada una encuesta con preguntas sobre la problemática que presenta el paciente desde el inicio de su enfermedad hasta la fecha. Una vez

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

obtenida la información se tabuló y analizó teniendo como apoyo el paquete computacional EPIINFO y EXCEL se hizo a través de un análisis uní variado utilizando algunas medidas de tendencia central (porcentajes, promedios). Los Resultados fueron los siguientes. Aplicación de normas y protocolos incompletos, desconocimiento por parte del personal informante clave sobre la existencia de normas y protocolos, deficiencia en tratamiento y control médico, a pesar de que el mayor porcentaje refiere que la atención es con equidad, aun queda un grupo de personas que no gozan de la misma atención.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

CAPITULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICO METODOLÓGICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.1 INTRODUCCIÓN

La atención primaria juega un papel fundamental en la asistencia a las personas con diabetes como un grupo vulnerable y de riesgo en la población del departamento de Ocotepeque, esta investigación va enfocada a estudiar la calidad de atención brindada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la consulta externa del hospital San Marcos.

El propósito es evaluar las intervenciones del componente de atención a la población con diabetes, explorando aspectos de la calidad de atención desde la perspectiva de: la competencia profesional, el acceso a los servicios, la eficacia, las relaciones interpersonales, la eficiencia, la Continuidad, la Seguridad, la comodidad que tiene el paciente en la institución, la imagen institucional y la equidad, como variables de estudio que den respuesta a los objetivos planteados

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema de salud de gran magnitud que cada día crece más. Se ha demostrado que un tratamiento y el control óptimo sobre esta enfermedad, son altamente beneficiosos para las personas que la presentan pero desgraciadamente, los medios y la asistencia diabetológica distan mucho de alcanzar los niveles deseados.

La calidad en la atención que brinde el sistema de salud debe garantizar que la atención a las personas con diabetes sea accesible, continuada, integral y eficaz; de tal forma que las nuevas tecnologías de la información desempeñen un papel muy importante al mejorar el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria; también han sido importantes en la organización, funcionamiento de los nuevos modelos de servicios de salud que se han introducido en la Región.
Según la situación de salud relacionado con el paciente con diabetes tipo 2 en el marco contextual a nivel nacional y local de Honduras es alarmante, cada día el número de casos va en aumento; las estadísticas nacionales respecto a los índices de prevalencia e incidencia cada día aumentan afectando a: la población infanto juvenil, joven y en mayor frecuencia los adultos mayores. En el hospital San Marcos del Departamento de Ocotepeque, una de las primeras causas de consulta en el área de medicina interna es la diabetes mellitus que se encuentra

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

en segundo lugar; afectando a las personas de mayor edad. Respecto a la continuidad del tratamiento y evaluación médica los pacientes obtienen su cita tardíamente en medicina interna, por lo general, con periodos bastante espaciados en el año debido a la demanda de pacientes con esta patología y a la falta de personal especializado en esa rama.

Es importante referir que el paciente diabético necesita de tratamientos especiales para la multiplicidad de problemas que presenta y en el hospital no hay especialista vascular, oftalmólogo y cardiólogo que atienda en el momento oportuno algunas de las complicaciones que pueda presentar.

Desgraciadamente al interior del hospital no existen normas y programas de atención que direccionen un plan de tratamiento adecuado y una conserjería para que en forma oportuna y eficaz el personal de salud, el enfermo y su familia detecten complicaciones.

Lo anteriormente planteado es la base para que se realice una investigación a fin de dar respuesta a: ***¿Cual es la ruta que sigue el paciente con diabetes mellitus en relación al control de su enfermedad en la consulta externa del Hospital de San Marcos de Ocotepeque?*** con el propósito de mejorar la calidad asistencial en el cuidado de las personas con diabetes tipo2 en la atención primaria.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.3 OBJETIVOS

I.3.1 Objetivo general.

Evaluar el tipo de atención que recibe el paciente diabético que asiste a la consulta externa del Hospital San Marcos, a través de la ruta que sigue en relación al control de su enfermedad.

I.3.2 Objetivos específicos.

- Valuar los indicadores de estructura del programa de control de pacientes diabéticos a través de:
    a. La competencia profesional, en el desempeño de las funciones del personal de salud que labora en la consulta externa del Hospital San Marcos.
    b. Identificación de barreras que obstaculizan el eficaz uso de los servicios de atención de salud en el paciente diabético.
    c. Evaluación de la relación interpersonal entre proveedores, clientes, y el equipo de salud en la atención del paciente diabético.

- Valuar los indicadores de proceso al interior del programa Atención al paciente diabético a través de:

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

a. La existencia y la aplicación correcta de las normas y protocolos de atención y educación dirigidas al paciente diabético.
b. La continuidad de la atención, desde el diagnóstico, tratamiento y evaluación del paciente diabético.
c. La identificación de reducción de riesgos de infecciones y efectos colaterales que pongan en peligro la vida del paciente diabético.
d. Las acciones realizadas por el personal de salud referente al cuidado y comodidad del paciente diabético
e. La reducción de disparidades entre las y los pacientes diabéticos en la cobertura del programa atención al diabético.

- Medir el impacto del programa de atención al diabético a través de la respuesta del usuario.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.4 ANOTACIONES TEÓRICAS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL DIABÉTICO

I.4.1 Antecedentes históricos de la atención del paciente diabético

La diabetes es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, así como en América Latina y el Caribe, fue descubierto en 1674 por Willis[1]. La glucosuria fue reproducida en 1846 por Claude Bernard, por lesión del sistema nervioso central. En 1877, Lancereaux demostró la posibilidad de lesiones pancreáticas. En 1899 J. Von Mering y Minkwski produjeron la diabetes por pancreatectomía.[1]

En 1893 Laguese[1], atribuyo a los islotes de lagehans (Páncreas endocrino) la función de segregar la insulina que esta ausente en el diabético. Macleod la investigo y, en 1921 Bting y Best obtuvieron la insulina, cuyo descubrimiento cambio el pronóstico de esta enfermedad a menudo mortal[1]. En el mundo, la diabetes es la enfermedad metabólica más común[2]; en el ańo 2000, ciento cuarenta y cinco millones de personas la padecen, lo que se espera se duplicará para el ańo 2025. El número de personas que padecen diabetes en las Américas se estimó en 35 millones en el ańo 2000, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe[3].

Se prevé que para el año 2010 las proyecciones indican que el número de casos aumentara a 45 millones y para el 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe[3]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

En la encuesta multipaís sobre diabetes, hipertensión y factores relacionados que se realiza en los países centroamericanos con el apoyo de la OPS, se reportó una prevalencia de diabetes de 8% en población urbana de las capitales de Guatemala y Nicaragua.[3]

Debido a que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no se realiza vigilancia epidemiológica de diabetes no hay mucha información sobre la prevalencia y comportamiento de esta enfermedad. A pesar de los escasos datos existentes y de las limitaciones de la información procedentes de certificados de defunción los resultados de investigación sugieren que la diabetes es una causa importante de defunción en las Américas. Se considera la diabetes como la causa subyacente de alrededor de 45,000 muertes cada año en América Latina y el Caribe; debido a problemas específicos de subregistro la diabetes podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor que reflejan las estadísticas vitales[4].

A finales del siglo XX, la situación sanitaria de las América siguió mejorando, como indican los promedios nacionales de esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad. Estas mejoras se asocian con los adelantos sociales, económicos, ambientales, tecnológicos, y con la mayor disponibilidad de servicios de asistencia sanitaria y creciente eficacia de los programas de salud pública[5].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

En algunos países han aumentado los problemas de salud relacionados con las formas de vida, la urbanización y el envejecimiento de la población. En las Américas, los sistemas democráticos de gobierno han fortalecido la participación política de la sociedad civil en el contexto de las reformas sectoriales y los procesos de descentralización en curso. Sin embargo, a pesar de la creciente participación de sectores más amplios de la población, las desigualdades sociales persisten. Por un lado, la globalización sigue modificando la estructura de la producción y está llevando a la reducción de las restricciones al comercio y a las transacciones financieras internacionales[5]

Como resultado, las sociedades están experimentando mayor permeabilidad a las fuerzas externas del cambio, y los gobiernos se enfrentan a una reducida capacidad de controlar lo que acontece dentro de sus límites geográficos. Por otro lado, la globalización ha ayudado a homogeneizar el consumo y las pautas de formas de vida y ha aumentado la difusión internacional de los riesgos para la salud. Evidentemente, la globalización plantea a la vez oportunidades y retos para la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, y la calidad de la vida humana[5].

Durante la última parte del siglo XX se produjo una transición demográfica importante, estos cambios en el perfil demográfico han coincidido con el envejecimiento de la población en general, con un aumento concomitante de las

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

enfermedades crónicas y degenerativas y de las discapacidades, que afectan con mayor frecuencia a las mujeres[5].

I.4.2 Aspectos epidemiológicos sobre la diabetes, red de vigilancia

Epidemiológica de la diabetes: La diabetes es un problema de gran magnitud para la salud pública pues año con año aumenta la prevalencia de personas con la enfermedad debido a que han cambiado su estilo de vida en la alimentación (preferencia la comida rápida cargada de carbohidratos y grasas) y el sedentarismo[6].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia estimada de diabetes en poblaciones adultas de las Américas para el 2000 es entre el 6.1% y 8% para los Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Uruguay entre 5.1 y 6% En Brasil, Perú, Venezuela, Colombia, Cuba, en Surinam, y Guyana;[7]

Se estimó que las poblaciones urbanas (aquéllas donde se han realizado la mayoría de las encuestas de prevalencia) tenían tasas de prevalencia dos veces mayor que las poblaciones que viven en áreas rurales[7]. Para la OMS, en América Central se estimó una prevalencia de 214,368 de casos con diabetes mellitus tipo 2 de los cuales tienen un alto porcentaje de fallecimiento cuya causa subyacente a la diabetes[7].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

La prevalencia de diabetes mellitas tipo 2 estimada para los países centro americanos según la OMS es la siguiente: Belice 21,768, Costa Rica159, 000, Nicaragua136, 100, el Salvador 219,400, Guatemala 368,700 y Honduras 193,000[8.] El boletín de la Secretaría de Salud de Honduras reportó para el año 1997 una prevalencia de 12.5 por 100,000 habitantes siendo el grupo de 15 y más años la que tiene mayor significancia. Para el 2001 se observó un aumento considerable (18,558 casos a 18,772 casos) [9] La diabetes está dentro de las primeras 20 causas de egreso hospitalario y de mortalidad[9]

En el departamento de Ocotepeque los casos de diabetes mellitus según atenciones hospitalarias han venido en aumento tomando como referencia el 2003 y 2004, los casos para el 2003 fueron de 95 casos, para el año 2004, los casos acumulados fueron 179, observándose un incremento aproximado de 188.4% [10]

I.4.3 Calidad de atención en salud

Calidad de Atención en salud se define como aquella que promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población. La que proporciona el mayor bienestar posible a quien demanda atención[11].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Calidad es hacer lo correcto, desde la primera vez. Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos[11].

Es el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que puede costear la sociedad y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la incapacidad y la desnutrición[11].

Es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario externo e interno, que presta sus servicios dentro del equipo de atención, y la comunidad[11].

Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad es un concepto clave y se le define como un alto nivel de excelencia profesional; el uso eficiente de los recursos; un mínimo de riesgos para el paciente; un alto grado de satisfacción para el paciente y que produzca un impacto final en salud[11]

Es un término relativo que se aplica al conjunto de propiedades y características que poseen los servicios para satisfacer o superar las necesidades expectativas de aquellos que están demandando o prestando estos servicios, en forma congruente a un estándar básico de referencia[11].

.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

El concepto de calidad puede operacionalizarse tomando en cuenta las **dimensiones de la calidad cómo ser:** competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, relación interpersonal, eficiencia, continuidad, seguridad, Comodidades, imagen institucional, [11]

A nivel institucional, en Honduras, la Secretaría de Salud [12] ha tomado tres puntos de vista importantes para definir la calidad de atención en salud: la primera es la visión del usuario externo/ paciente, en donde define a la calidad en base a una buena relación interpersonal, como ser: calidez, buen trato, no discriminación, respeto, acceso, definido este en términos, sea este geográfico, cultural, económico (que los pueda pagar) de género, de horarios de atención, la eficiencia y calidad técnica, que los procedimientos, tratamiento o servicio que sean los que realmente necesita, la integralidad, contar con todos los servicios que requiere el paciente, la seguridad, el grado en que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente, sus familiares y la sociedad, y por ultimo la información, contar con información pertinente tanto de los procedimientos y tratamientos para su enfermedad cómo de la educación y promoción de la salud.

El segundo punto es la visión del usuario interno/ profesionales, trabajadores y empleados de la salud**,** que Se define a la calidad en base a: Un ambiente de trabajo agradable, con las condiciones mínimas indispensables para prestar un servicio. Calidad técnica, eficacia, el grado al que la atención / intervención para

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado / programado, capacitación, que le permita la actualización periódica de sus conocimientos y destrezas. Dotación adecuada de suministros y equipamiento para el nivel de atención a la salud. Un programa de estímulos, que privilegie la calidad de la prestación. Seguridad. el grado en que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el usuario interno, sus familiares y la sociedad.

Y el tercero es la visión institucional, define a la calidad en base a los siguientes puntos[12]: Desarrollo de los recursos humanos con calidad. Eficiencia, Buena imagen institucional, Cumplimiento de normas, protocolos y procedimientos, para el nivel de atención a la salud. Sistemas de regulación externa de la calidad: licenciamiento. Control, monitoria, supervisión y evaluación permanente de la calidad.[12]

I.4.4 Calidad de atención del paciente diabético

Según estudio multicentrico “QUALIDIAB” evaluó la calidad de la atención médica prestada en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Venezuela; los resultados mostraron que la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 están en estrato de 36 a 45 ańos[13].

Los casos de diabetes han aumentado con gran relevancia en menos de 5 ańos, las personas con diabetes tipo 2 tienen menos control metabólico según la

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

glicemia en ayunas, y destaca que mas de la mitad de la población ya sea Diabetes Mellitas tipo 1 (DM1) o Diabetes Mellitas tipo 2 (DM2) no se investigó la presencia de lesiones retinianas, en cuanto a la educación terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitas (DM) el indicador de auto cuidado en el cuál solo la mitad o la cuarta parte de los participantes estaban en condiciones de desempeñar un papel activo y eficaz en el control y tratamiento de su enfermedad lo que demuestra una atención clínica y educación diabetologica incompleta[14].

También verificaron que muy pocos de ellos tienen relación con alguna asociación o grupo de pacientes con DM, entre las personas que tenían prueba de hemoglobina glicosilada el 29% tuvo cifras de más 10% solo el 8% de las personas evaluadas reportó cifras de tensión arterial elevadas (sistólica mayor de 160 y diastólica mayor de 95mm de hg) en Chile se replicó el estudio Qualidiab con resultados sustancialmente distintos del estudio original solo el 12% de las personas tenían una medición de HB a1c y el 58% tenían tensión arterial alta (tensión diastólica menor de 89 y sistólica mayor de 139 mm hg[14]

De acuerdo al programa de enfermedades no trasmisibles de la OPS/OMS, muchos países de América Latina y el Caribe tienen limitaciones preocupantes en cuanto al acceso a los servicios de salud; estos servicios por otra parte están más orientados a resolver problemas de salud de tipo agudo. La diabetes por

UDI-DEST-UNAH

Derechos reservados

ser una enfermedad crónica, requiere atención continua durante toda la vida además las personas diabéticas requieren de una disponibilidad adecuada de insulina e hipoglicemiantes orales. Deben también seguir una dieta adecuada, un programa de actividad física y un estilo de vida apropiado, así como tener acceso a los servicios médicos para diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones tardías y los problemas derivados de su enfermedad. En algunos países de las Américas todavía ocurren muertes por falta de insulina (la insulina y los hipoglicemiantes orales en algunos países no se encuentran incluidos en la lista de medicamentos esenciales[14]

Los países de América Latina necesitan adoptar a sus condiciones particulares los adelantos técnicos en el control de la diabetes en una forma efectiva en función de los costos, esto puede alcanzarse mediante la adecuación de tecnologías apropiadas a cada contexto[14].

La actualización técnica del personal de salud, y la incorporación de particularidades sociales y culturales locales, pueden generar cambios positivos en el manejo institucional y social de la diabetes. Además es necesario generar patrones de evaluación para los programas nacionales de diabetes donde estos ya existen[14]

UDI-DECT-UNAH

Derechos reservados

Resulta muy difícil introducir actividades de control si no existen condiciones previas tales como conocer la magnitud del problema y la situación de los servicios de salud. En el caso de la diabetes es necesario adoptar un enfoque sistemático que incluya vigilancia y epidemiología de la diabetes y sus complicaciones, y los costos asociados a esta enfermedad así como evaluar el impacto de estrategias preventivas[14].

La iniciativa de diabetes para las Américas (DÍA) por OPS/OMS en su plan de acción para América Latina y el Caribe 2001 – 2006 enfoca que la diabetes como un problema grave de salud común, creciente y costoso requiere de atención prioritaria. Partirá de completar el conocimiento sobre: La situación epidemiológica de la prevalencia de diabetes y sus complicaciones; la calidad de vida de las personas y su comprensión de la enfermedad; la situación de los servicios, como base para el desarrollo de las acciones de información, educación y planificación; los costos relacionados con la diabetes; y la mortalidad asociada a la diabetes, además este plan de acción propone como estrategia programas de atención a personas diabéticas, que contenga normas de atención, programas de intervención, aseguradoras privadas de salud[14]

La ***Declaración de las Américas sobre la Diabetes*** resalta la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como parte de la carga de morbilidad de la población y las estrategias eficaces que deberían aplicarse[14].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

A nivel de la política nacional las personas con diabetes deben tener igualdad de acceso al empleo, a nivel de la política sanitaria las comunidades deben promover la alimentación saludable, y el ejercicio físico a fin de prevenir el inicio de la diabetes no insulinodependiente[14]

A nivel de los servicios sanitarios debe mejorarse la calidad de la asistencia, para prevenir complicaciones en las personas con diabetes y velar porque haya acceso a los medicamentos[15].

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 y sus familias, así como sobre el sistema de asistencia sanitario que debe sufragar los costos de las complicaciones y la discapacidad. En las Américas, la diabetes es un problema de salud publica grave y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socio económicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras que a pesar que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado[15]

Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas. Las personas con diabetes cuya enfermedad esta mal controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardiacos, accidentes cerebro

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

vasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia[15]

La diabetes cuando esta mal controlada, puede representar una carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo son posibles de reducir o en ciertos casos prevenir. Se ha demostrado que un control glicérico estricto reduce la frecuencia de algunas complicaciones crónicas de la diabetes, es así que la Federación Internacional de Diabetes plantea que un buen control de la diabetes reduce las complicaciones crónicas en un 80%[15].

La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación recibida en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a el, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones es necesario hacer frente a estas iniquidades al formular estrategias y programas de prevención y control de la diabetes en todos los países. Gracias a los conocimientos y la tecnología actual, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Con relación a lo que ahora se conoce acerca de las posibilidades de prevenir esta enfermedad y la eficacia del tratamiento clínico, lo

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

que se hace actualmente para su manejo en todos los países dista mucho de lo que seria posible lograr[15].

Lamentablemente muchas personas con diabetes no son atendidas. Por otra parte muchos de quienes tienen acceso a la asistencia sanitaria no reciben la calidad de atención que seria posible prestar aun cuando los recursos sean modestos. Hay oportunidad 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 mas adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria. Igualmente importante es incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia sanitaria para que estos logren un mayor grado de auto cuidado y de calidad de vida[15]

I.4.5 Definición de términos básicos[15].

Competencia profesional: se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

Acceso a los servicios: implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Eficacia: se refiere a la aplicación correcta de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica.

Relación interpersonal: relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de los servicios de salud y la comunidad.

Eficiencia: está relacionada al mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros para prestar servicios de salud.

Continuidad: implica que el usuario puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

Seguridad: implica la reducción de riesgos de infecciones, de efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación del servicio.

Comodidad: relacionado con el espacio físico del establecimiento, limpieza, privacidad, confianza que siente el usuario por el servicio y puede incluir aspectos que torna la espera más placentera como música, videos educativos, materiales de lectura.

Imagen institucional: considerada como la imagen que proyecta la institución / organización en salud hacia su entorno.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Equidad: entendida como la capacidad de las instituciones y organizaciones en salud para reducir las disparidades no solamente de cobertura de los programas y servicios básicos sino también en la distribución y uso de los recursos y en el acceso[15].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.4.6 UNIDAD DE ANALISIS Y OPERALIZACION DE VARIABLES

UNIDAD DE ANALISIS	VARIABLE	TIPO	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR
Programa de atención al diabético.	**Indicadores De estructura** Competencia profesional.	Cualitativa Nominal.	Capacidad y desempeño de las funciones de grupos de salud, personal administrativo, y personal de apoyo.	Buena Regular Mala	Promedio de pacientes que opinan según parámetros de medición, sobre la capacidad y desempeño del personal involucrado en la atención que reciben.
	Acceso a los servicios a) Acceso económico.	Cualitativa nominal	Implica si no hay barreras para recibir la atención que el paciente necesita.	Accesible Inaccesible	Porcentaje de pacientes que refieren que los costos de la atención son Accesibles.
	b) Acceso a los medicamentos.	Cualitativa	Si el paciente recibe todos sus medicamentos indicados.	Completo Incompleto	Porcentaje de pacientes que recibieron su tratamiento indicado durante la consulta.
	c) Acceso a exámenes de laboratorio.	Cualitativa nominal	Si le hacen todos los exámenes indicados al paciente	Completo Incompleto	Porcentaje de pacientes que se realizaron todos sus exámenes indicados.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Programa de atención al diabético.	Eficacia. a) uso correcto de las normas de prestación de servicios y de orientación clínica. (IMC, P/A, Talla, Peso)	Cualitativa nominal	El grado en que la atención o intervención (prueba, procedimiento, Tratamiento ó servicio) ha de-mostrado lograr el resultado deseado programado para el paciente.	Si No	Porcentaje de pacientes que han sido manejadas según normas.
	Consultas programadas.	Cuantitativa Ordinal	Consultas por diabéticos en el año.	< de 2 3 y más	Promedio de consultas en el año
	Historia clínica hoja de monitorización.	Cualitativa nominal	Uso de papelería exclusiva en la atención del paciente diabético.	Si no	Porcentaje de expedientes con historia clínica.
	Programas estructurados de educación al paciente diabético.	Cualitativa	Existencia y uso de programas al momento de la atención al paciente diabético.	Si No	Promedio de personas claves que refieren la existencia y uso de programas en el hospital para la atención del paciente con diabetes tipo 2.
	Relación interpersonal	Cualitativa ordinal	Relación entre Proveedores y clientes, entre , Administradores y proveedores de servicios de salud y la comunidad.	Bueno Regular Malo	Promedio de personas claves que refieren una buena relación interpersonal.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Programa de atención al diabético	Trato personal	Cualitativa ordinal	El trato que el personal de salud le da al paciente, al momento de la atención.	Bueno Regular Malo	Porcentaje de pacientes atendidos que refieren se les dio buen trato al momento de la atención.
	Indicadores de proceso. Eficiencia	Cualitativa nominal	La relación entre los resultados(de la atención) y los re-cursos utilizados para prestar servicios al paciente (.Atención médica, laboratorio, Medicamentos)	Total Parcial	Porcentaje de pacientes que recibieron una atención total en el hospital.
	Comodidad	Cualitativa Ordinal	Se relaciona con el espacio físico del establecí-miento, (Higiene del ambiente Privacidad, con-fianza, por el servicio, aspectos educativos que le hacen placentero al paciente).	Buena Regular Mala	Porcentaje de pacientes que refieren buenas condiciones ambientales en el momento de su consulta
	Equidad en tratamiento y costos.	Cualitativa nominal	Capacidad de las instituciones y organismos en salud para reducir las disparidades de cobertura de los programas y servicios básicos, en la distribución y uso de los recursos en el acceso los servicios.	Si No	Porcentaje de pacientes que refieren que reciben una atención con equidad en costos y tratamiento.

UDI-DGT-UNAH

Derechos reservados

	Indicadores de impacto o resultado Imagen institucional	Cualitativa ordinal	Considerada cómo la imagen que proyecta la institución / organización en salud hacia su entorno. Atención del personal al paciente.	Buena Regular mala	Porcentaje de pacientes que considera que los servicios de atención que da el hospital son buenos.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.5. ESTRATEGIA METODOLOGICA

I.5.1 Tipo de estudio.

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal cuantitativa - cualitativa, por medio de la cual se estudió la calidad de atención que reciben las personas con diabetes mellitus que asisten a la consulta externa del hospital San Marcos durante los meses de septiembre y octubre del año 2005.

Área de estudio.

El estudio se realizó en la ciudad de San Marcos departamento de Ocotepeque, en el Hospital de San Marcos; cuenta con una población de 107,462 habitantes el cual es parte del área de influencia, incluyendo áreas urbana y rural esta ultima cuenta con diez y seis aldeas.

I.5.2 Universo y muestra.

El universo constituido por el programa de diabetes a todas las personas con diabetes mellitus tipo2 que fueron evaluadas en la consulta especializada en el servicio de consulta externa del hospital san marcos.

La muestra representada por el 100% de de las personas con diabetes mellitus tipo2; que asistieron a la consulta externa especializada durante el periodo comprendido de los meses de agosto, septiembre y octubre del 2005.

I.5.3 Métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos empleados en el levantamiento de datos.

El estudio se organizó a través de las siguientes etapas:

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

1. Se solicitó información secundaria manuscrita en un total de cuarenta y tres expedientes clínicos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a la consulta externa especializada durante los meses de agosto y septiembre del año 2005 Para identificar la eficacia y eficiencia de los estudios laboratoriales, del tratamiento indicado, uso de normas y protocolos, y el control de citas.
2. Etapa de levantamiento de información de informantes claves: mediante un instrumento semi estructurado con preguntas abiertas dirigido a: médicos, enfermeras, encargado de farmacia, microbiólogos, auxiliares de estadística. haciendo un total de 14 informantes claves.
3. Etapa de levantamiento de datos mediante un instrumento estructurado con preguntas abiertas y cerradas, dirigido a cuarenta y tres usuarios del programa de diabetes, en la consulta externa especializada durante los meses de agosto septiembre y octubre del año 2005 para medir impacto del programa.

I.5.4 Plan de análisis. La información fue tabulada mediante el paquete computacional EPIINFO y Excel se hará a través de un análisis uní variado utilizando algunas medidas de tendencia central (porcentajes, promedios)

I.5.5 Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluirán las normas y programas de atención en diabetes mellitus tipo 2

Fueron excluidas del estudio a todas las normas y programas que no son de atención en diabetes mellitus tipo2

I.5.6 Aspectos ético-legales. Se solicitó el consentimiento del director del Hospital para la revisión de expedientes, solicitándoselos anticipadamente a la

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

estadígrafa, además se solicitó a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la autorización para que participen en el estudio.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

CAPITULO II LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL MUNICIPIO DE SAN MARCOS, DEPARTAMENTO DE OCOTEPEQUE

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El municipio de San Marcos, está ubicado en el sur oeste de Ocotepeque, presenta un clima húmedo tropical, con una temperatura que oscila entre los 16.1 y 22.8 grados centígrados. Tiene una población de 16,960 habitantes distribuida en 18 aldeas, en la cual el 62% conforma la población de 15 y más años. De acuerdo a su condición geográfica el 25.6% en el área urbana y el 74.4% esta asentada en el área rural. Es un municipio con altas tasas de analfabetismo que oscila entre un 34.4% y un 45.1%.

La estructura productiva del municipio de San Marcos está determinada por la prevalecía de sector agrícola. Granos básicos, Café, Hortalizas, Papa y Ganadería. El 40% de las familias no tiene acceso a la tierra. La población económicamente activa es de 27%. El municipio considerado de alto riesgo epidemiológico dado que sus habitantes viven en condiciones de pobreza y situación sanitarias deplorables además de patrones culturales arraigados.

Existen en el municipio organismos gubernamentales, entre las instituciones públicas de Salud del Municipio cuenta con un CESAMO, un Hospital departamental, y un CESAR que son los entes que regulan y velan por la salud de la población. Respecto a la atención de población diabética asiste a consulta el Hospital el 45% de pacientes que presentan diabetes mellitus tipo2 procedentes del municipio.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

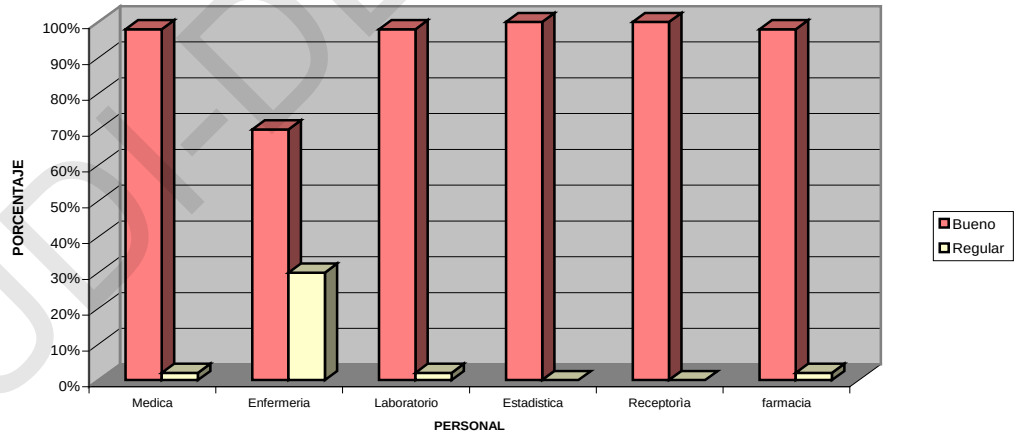
II. 2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

II.2.1 Indicadores de estructura

Es un componente tangible, estático, mide dos aspectos: La disponibilidad y la accesibilidad, definiendo como **Disponibilidad** a los recursos existentes (humanos, físicos o financieros) y el sujeto o la población al que están destinados. Debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para prestar el servicio y **Accesibilidad** como la coedición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios: tarifas y costos de servicios, distancias, tiempo de viaje, tiempo de espera para obtener una cita

Competencia profesional

Grafico Nº 1
Atenciòn Mèdica Recibida Según Opiniòn , de los Usuerios del Programa de Diabetes Mellitus en Consulta externa del Hospital San Marcos de Ocotepeque Septiembre 2005



Fuente: encuesta de opinión a pacientes

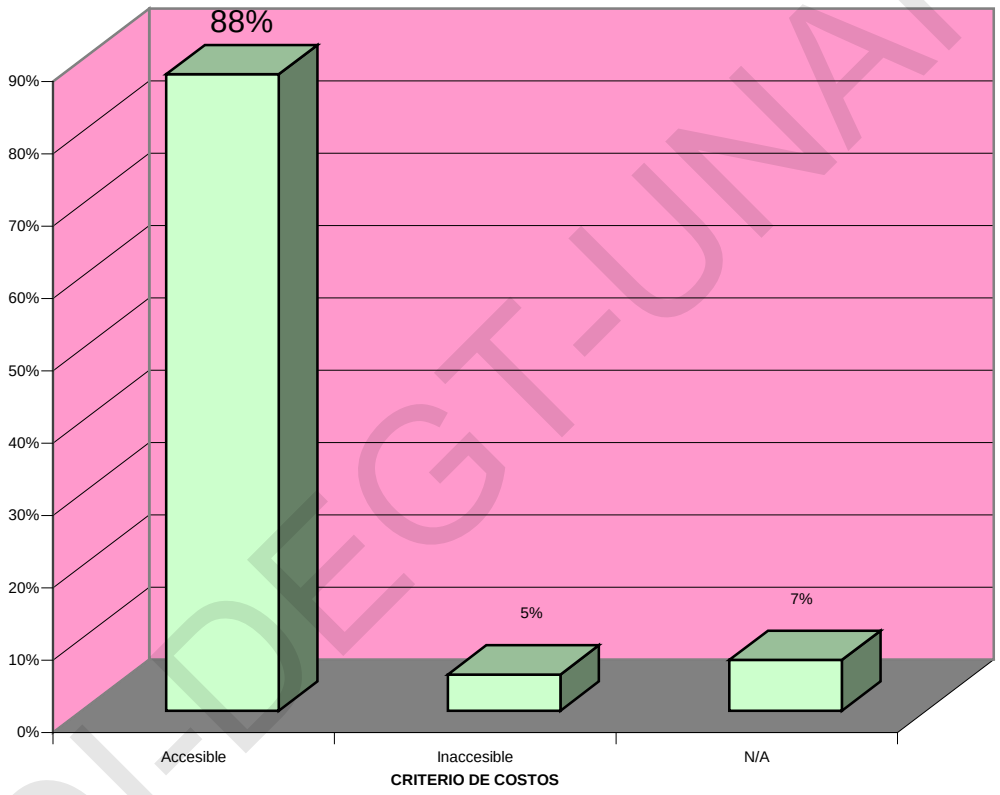
El 94% de las personas respondieron tener buena atención de parte del personal de Salud del hospital.

UNI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Acceso a los servicios

Grafico Nº 2
Grado de Accesibilidad a la atenciòn mèdica de acuerdo al costo de la consulta, Hospital San Marcos de Ocotepeque Septiembre. 2005



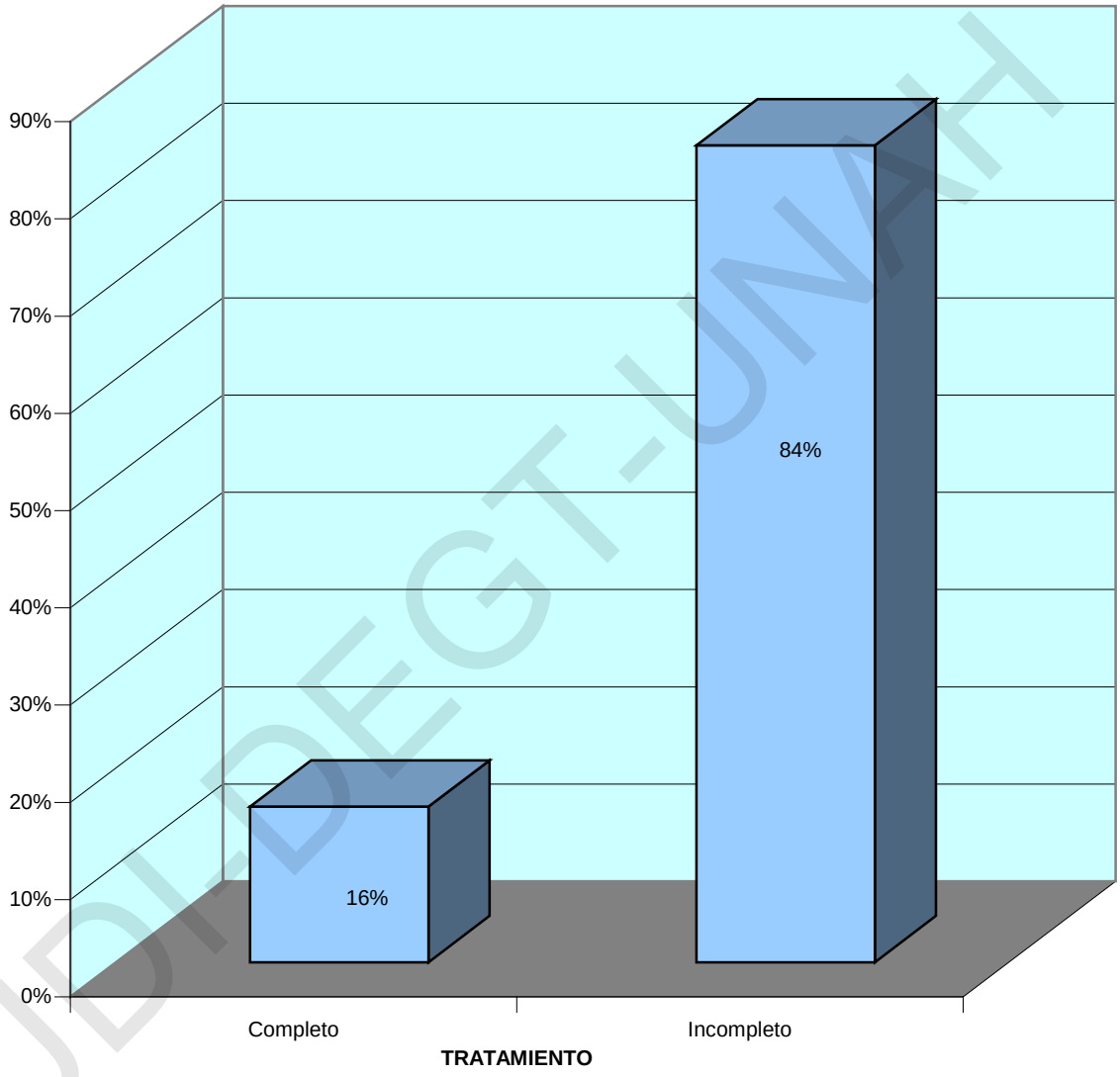
Fuente: encuesta de opinión a pacientes

Según opinión de los/las pacientes el costo de la consulta externa es accesible (88%) a sus posibilidades económicas.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Grafico Nª 3
Grado de accesibilidad a los medicamentos que tienen los pacientes de Consulta externa del Hospital San Marcos de Ocotepeque. Septiembre 2005



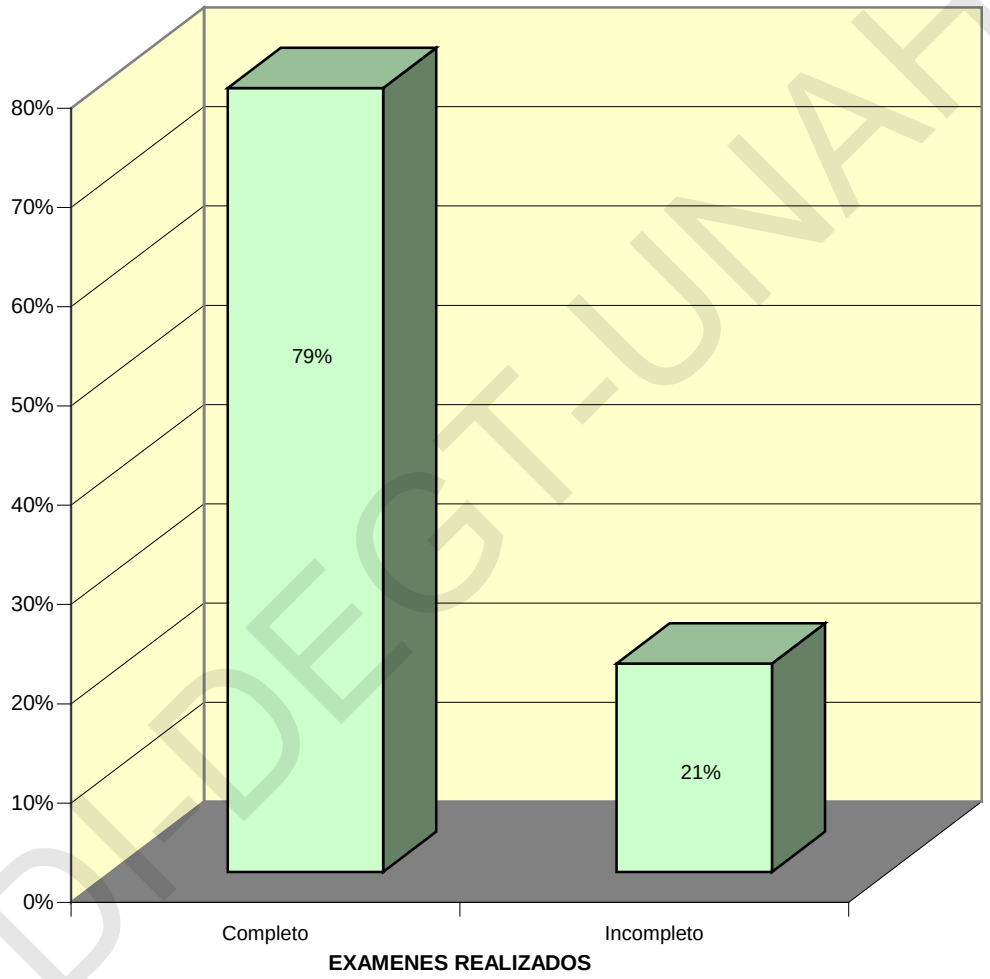
UDI-DEGT-UNAH

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

Del total de pacientes que asiste a Consulta externa del Hospital solo el 16% reciben el medicamento en forma completa.

Derechos reservados

Grafico Nº 4
Opiniòn de los usuarios en el Acceso a exàmenes laboratoriales Segùn nivel de prescripciòn mèdicaConsulta Externa Hospital San Marcos de Ocotepeque Septiembre2005.



UDI-DEGT-UNAH

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

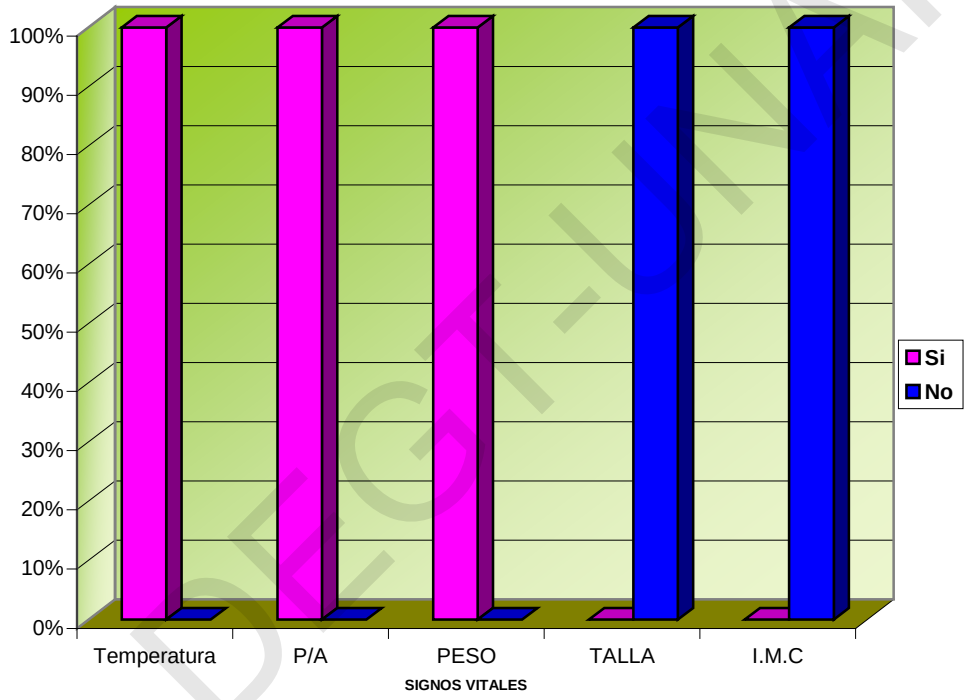
El 79% de los pacientes refirieron que sus exámenes laboratoriales (glicemia, triglicéridos, colesterol, urea, creatinina, proteinuria, otros) fueron realizados tal cómo lo prescribiera el médico.

Derechos reservados

Eficacia

Uso de Normas y Protocolos

Grafico Nº 5
Tècnicas de atenciòn al paciente diabètico en la Sala de preclìnica por frecuencia segùn tècnica realizada, Hospital San Marcos de Ocotepeque, Septiembre 2005.



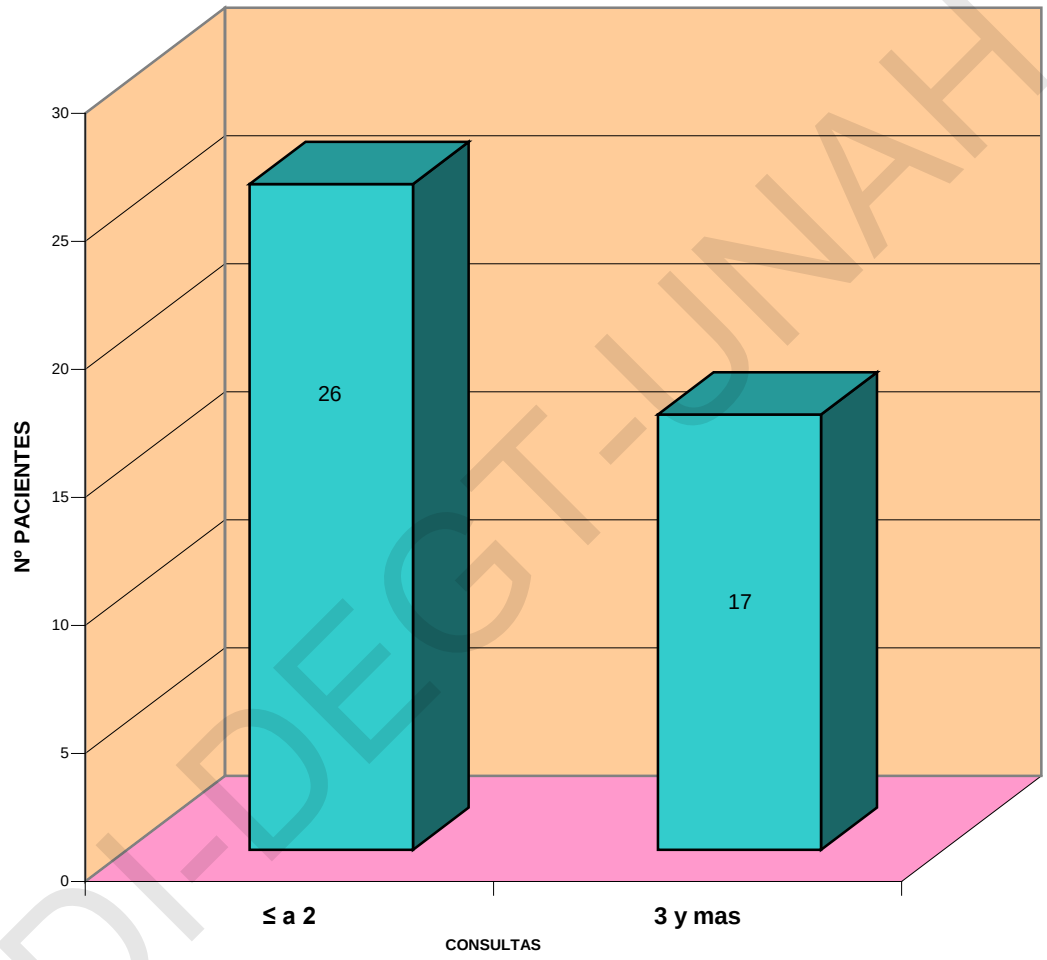
Fuente: Expedientes Clínicos

Al hacer la revisión de los expedientes se evidencia que el 100% de los pacientes se les toma peso, temperatura, y P/A pero no se toma la talla y por ende no se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) indicador importante para las recomendaciones dietéticas que se deben dar al paciente.

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Grafico Nº 6
Promedio de Consultas Por Paciente en el año, Consulta Externa Especializada Hospital San Marcos de Ocotepeque. Septiembre 2005



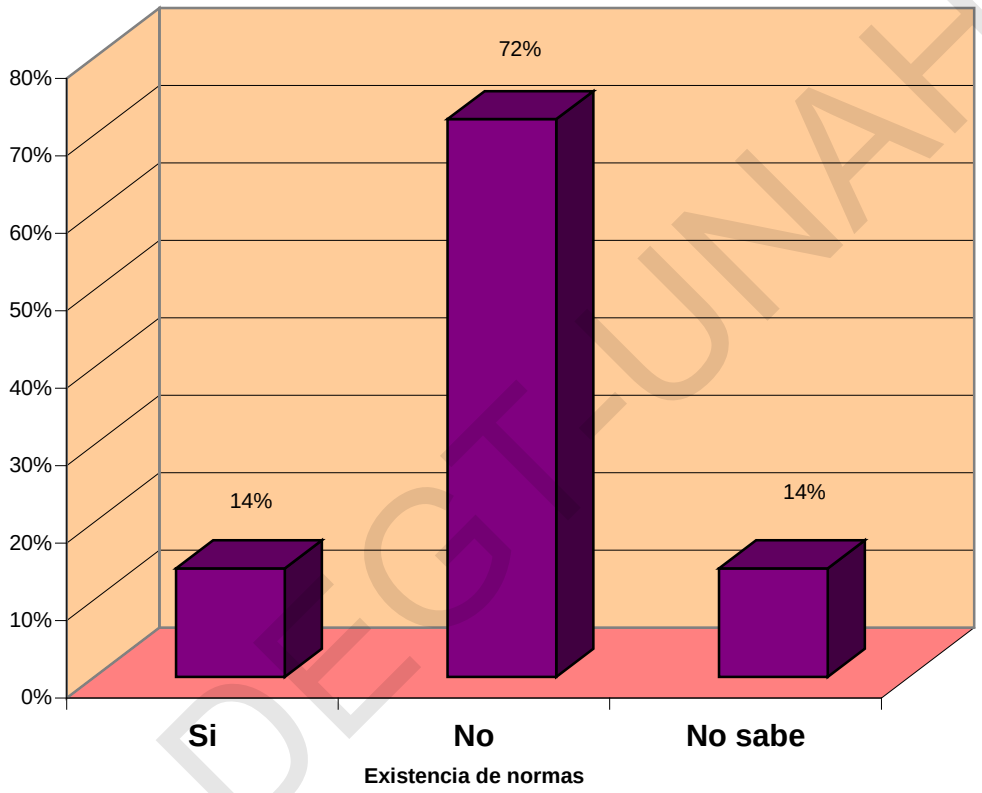
Fuente: **Expedientes Clínicos**

El 40% de los pacientes asisten al control según las normas Internacionales por OPS de 3 ò más al año controles por paciente.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Grafico Nº 7
Existencia y Uso de Normas Para la Atención del Paciente Con Diabetes tipo 2 Según la Opinión de los Empleados de Consulta Externa del Hospital San Marcos De Ocotepeque Septiembre 2005.



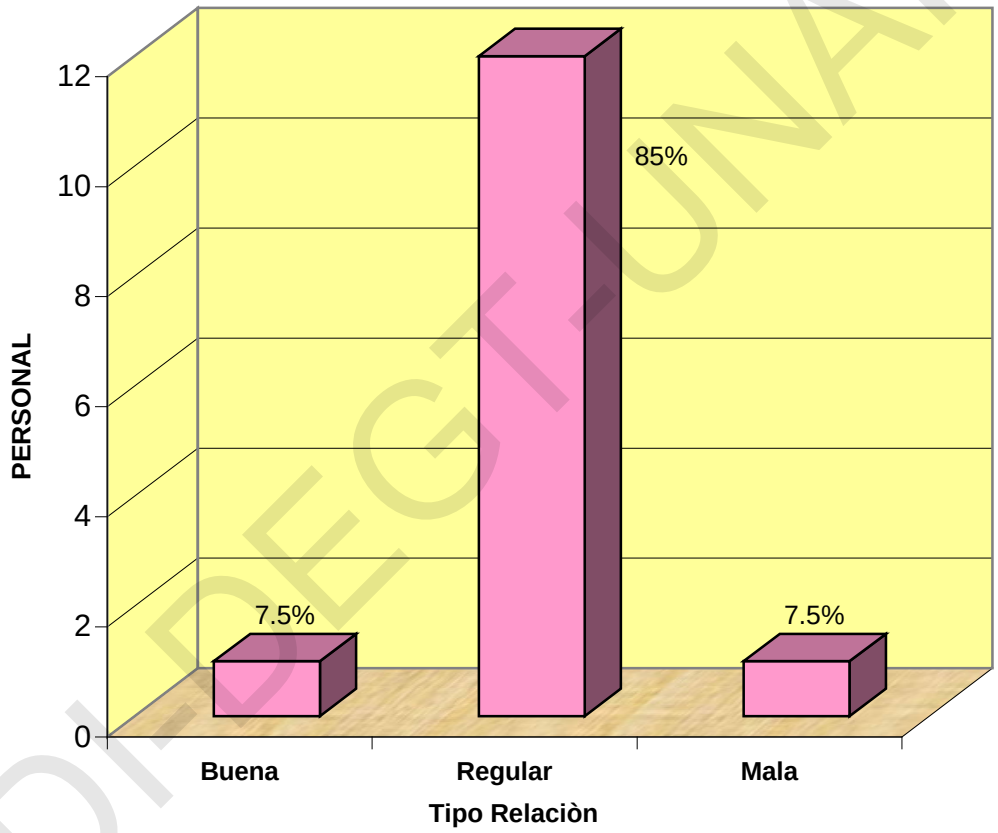
Fuente: Encuesta de opinión a empleados.

El 86% de los empleados informan desconocer la existencia de normas y protocolos para la atención del paciente diabético y por tanto no los usan.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Grafico Nº 8
Relación Interpersonal Entre el Equipo de Salud Administradores y Comunidad Segun Opinión de Informantes Claves del Hospital San Marcos de Ocotepeque. Septiembre 2006



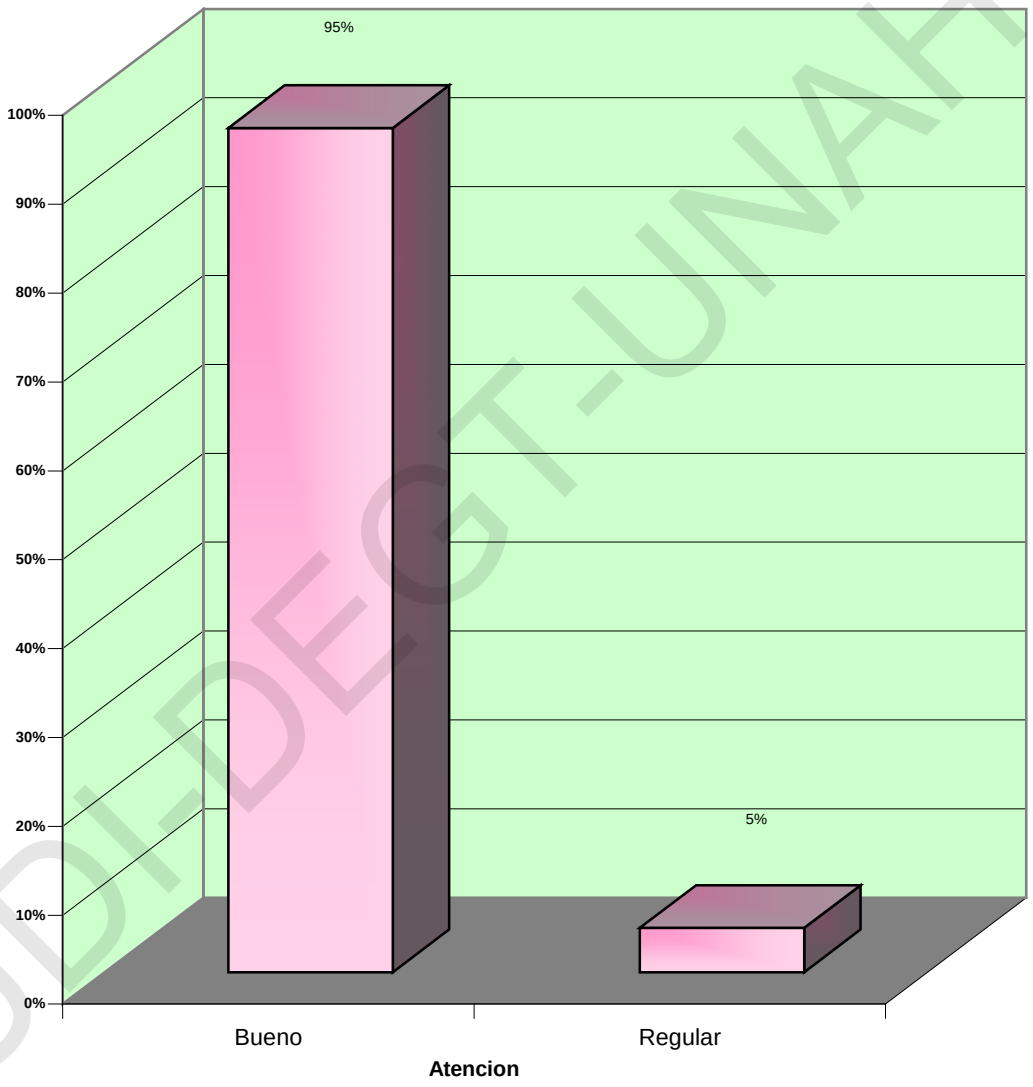
Fuente: Encuesta de opinión a empleados.

Según Opinión del personal de Salud las relaciones entre ellos son regular (85%) mala (7,5%) lo que dificulta la respuesta efectiva en la atención al paciente pues solo un 7,5% refiere que son buenas.

UDIDEGT UNAH

Derechos reservados

Grafico Nº 9
Opiniòn de los Pacientes Respecto al Trato Recibido en la Consulta Externa del Hospital San Marcos de Ocotepeque, Septiembre 2005



UDI-DEGT-UNAH

Fuente: **encuesta de opinión a pacientes**

El 95% de los pacientes opinan recibir un buen trato de parte de los empleados cuando asisten a su control.

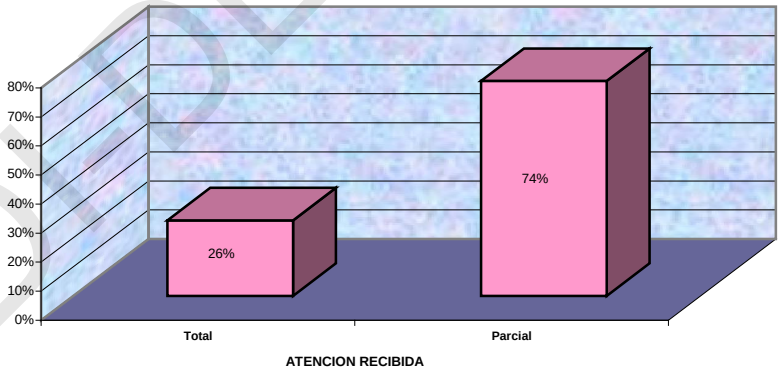
Derechos reservados

II.2.2 Indicadores de Proceso

Muestran si se llevan a cabo los procedimientos para detectar factores de riesgo o complicaciones, con intención de mejorar la intervención. Se clasifican en 4 grupos: indicadores de proceso en relación con la organización, con las exploraciones, con las determinaciones de laboratorio, y con la práctica de auto cuidado. Mide los siguientes aspectos: Uso: poder utilizar bien, Calidad: técnico/humana, Utilización: empleo real de los recursos, Productividad: actividades tiempo/recursos

Eficiencia

Grafico Nº 10
Opiniòn Sobre el Nivel de Atenciòn Que Reciben los pacientes en Consulta Externa del Hospital San Marcos de Ocotepeque. Septiembre 2005



Fuente: encuesta de opinión a pacientes

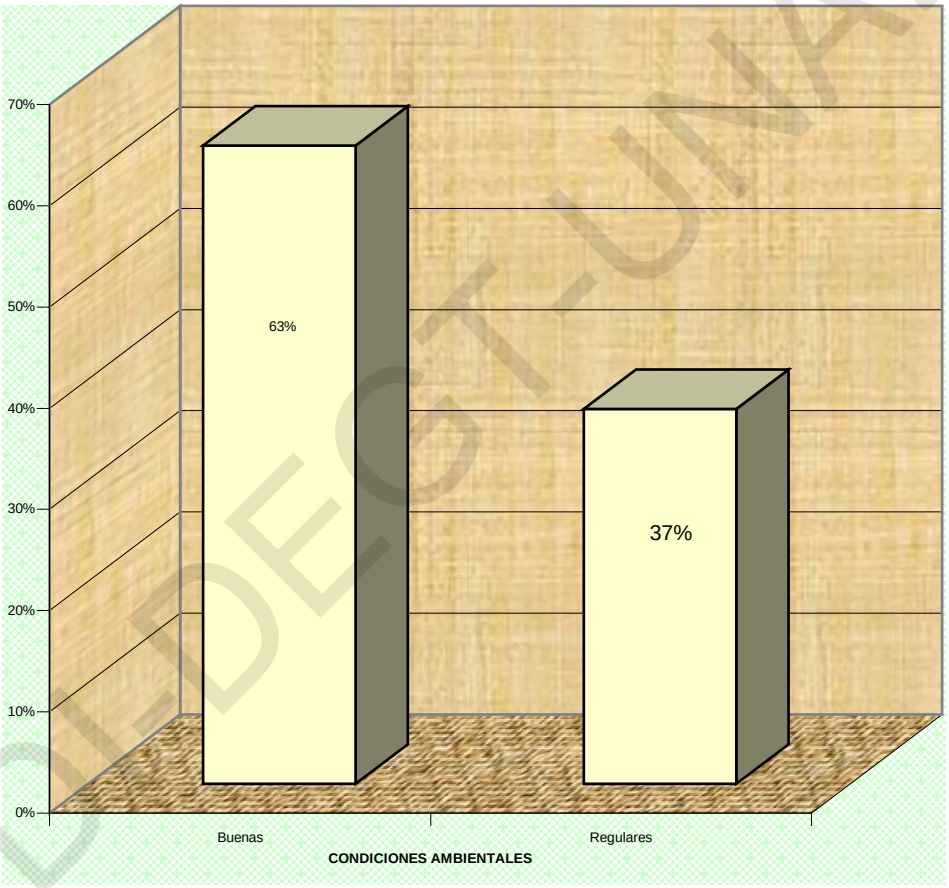
El 74% de los pacientes opinan que la atención recibida es parcial debido a que no recibe todo su tratamiento y al no cumplir con sus citas programadas por falta del profesional que los atiende.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Comodidad

Grafico Nº 11
Criterio de los pacientes sobre las condiciones ambientales en el momento de su atenciòn en Consulta externa del Hospital San Marcos de ocotepeque Septiembre, 2005



Fuente: encuesta de opinión a pacientes

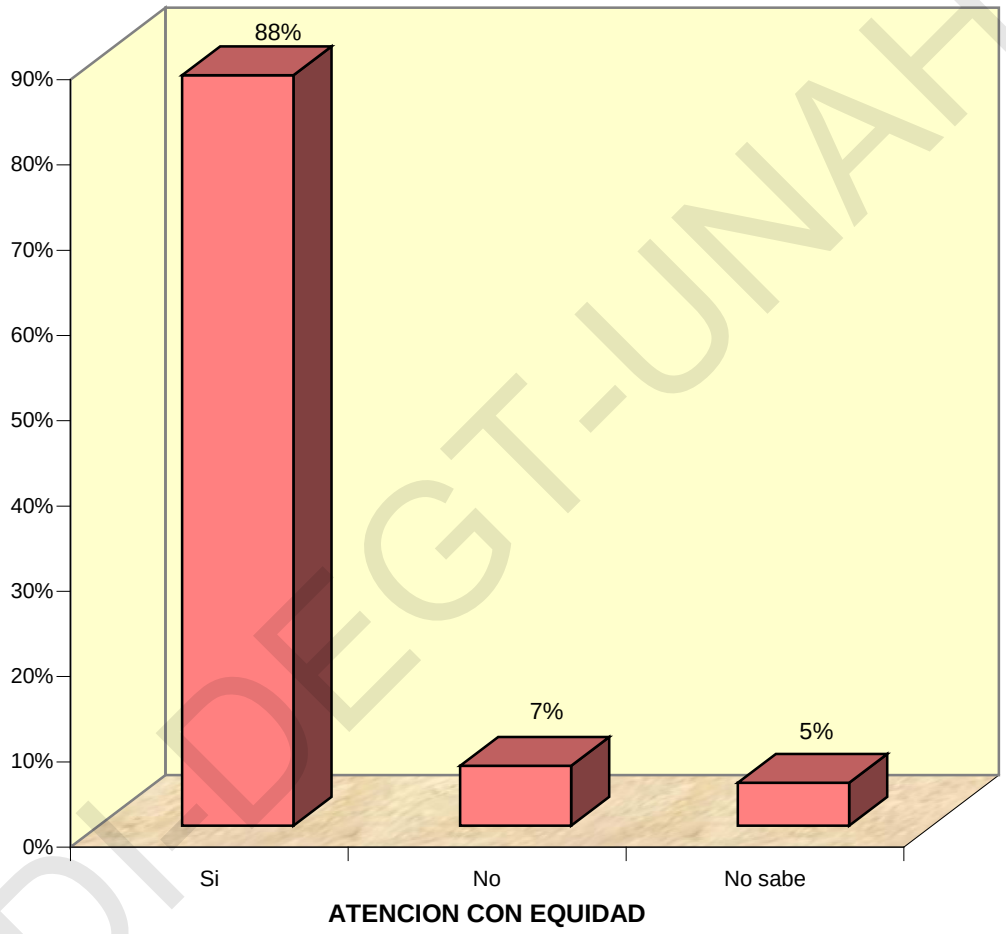
Las condiciones ambientales del hospital San Marcos son regulares según opinión de los pacientes (37%) debido a que los baños por lo general permanecen sucios, se sienten aburridos durante esperan su consulta.

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Equidad en tratamiento y costos

Grafico Nº 12
Criterios de los pacientes de equidad en la consulta externa,
Hospital San Marcos de Ocotepeque Septiembre 2005



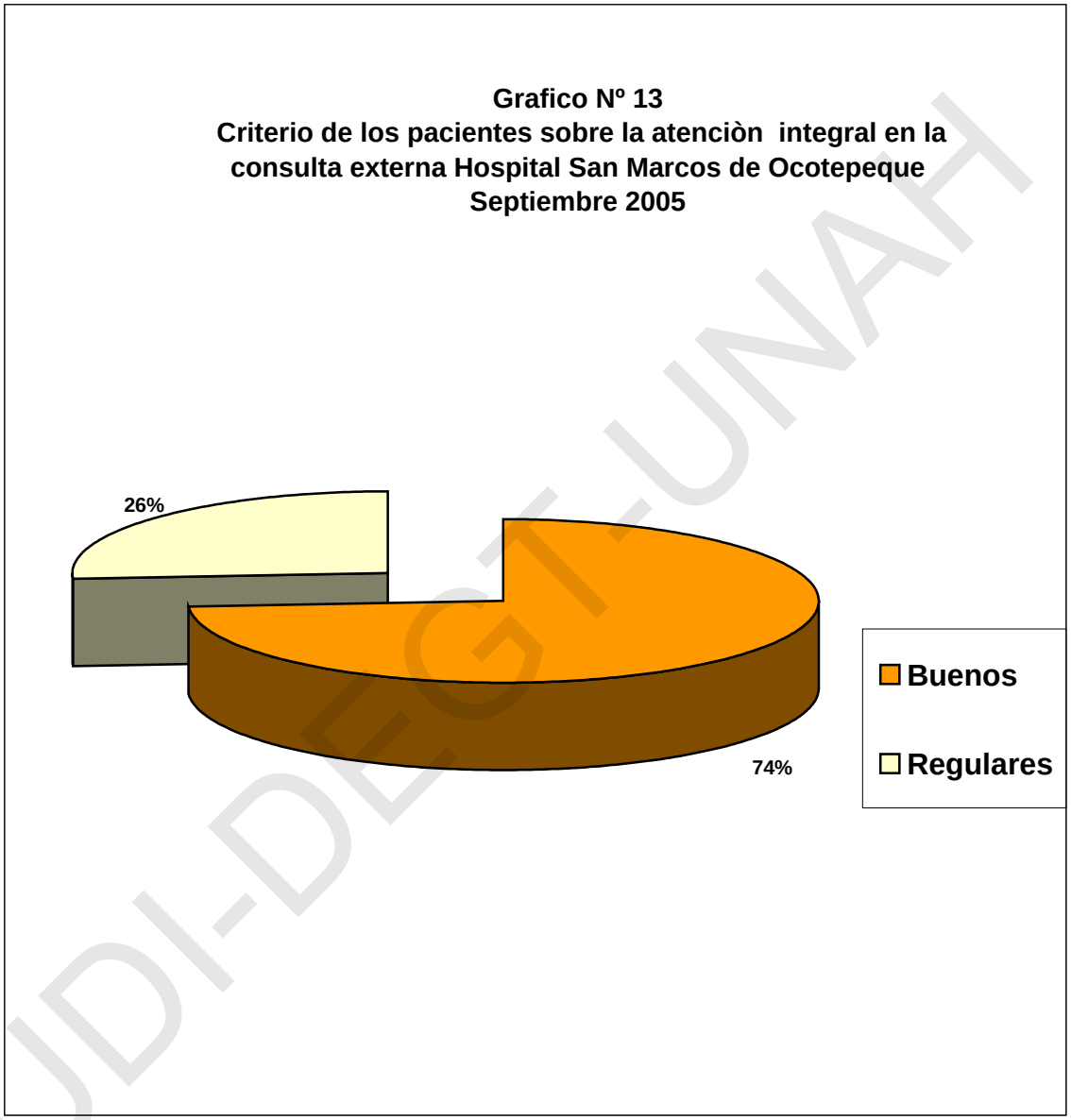
Fuente: encuesta de opinión a pacientes

El mayor porcentaje de los pacientes (88%) opinan que reciben una atención con equidad.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Imagen Institucional



Fuente: encuesta de opinión a pacientes

El 74% del paciente opina que la atención en la consulta externa del hospital es buena, un 26 % opina ser regular debido a que en algunas veces no han obtenido todo lo indicado en la consulta.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II. 3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS A LA LUZ DE LA TEORÍA

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar y al paciente ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético que hoy en día para muchos pacientes, **la dieta** es calificada como monótona, pesada, triste, difícil, cara; y para ellos supone un punto más de malestar y hasta un deterioro de su calidad de vida, en vez de un elemento importante para favorecer precisamente todo lo contrario,[26]

Al igual que el ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatia etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que viene a sobrecargar aún más el sistema. La familia procesa todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, ulceras, etc[27]

.

Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar[27]

.

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente como en la diabetes [27]

El éxito del tratamiento es imposible sin la completa cooperación del paciente y familia. Por supuesto, los pacientes deben responsabilizarse de su condición y se les debe animar a considerarla como una incomodidad y no como una incapacidad. Aunque pueden existir beneficios cuando los pacientes conocen detalladamente su enfermedad, el principal objetivo de la educación debe ser asegurar que los pacientes conozcan cómo deben medir su dosis de insulina, cómo y dónde deben inyectarla, el tiempo correcto para su administración y la de otros fármacos, cómo deben variar su dieta, cómo deben medir e interpretar sus niveles de glucosa en sangre y en orina y cómo deben reconocer y corregir la hipoglucemia. Este tipo de educación desempeña un importante papel para dar confianza al paciente y conseguir el adecuado control de la diabetes, por lo que debe ser un objetivo prioritario de todos los profesionales de la salud. [26]

La respuesta frente a la enfermedad el paciente experimenta, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la perdida de salud, en su tratamiento que no lo puede lograr ya sea por lo económico o por otra situaciones desagradables, o los nuevos hábitos que tiene que implementar en su rutina diaria. En el caso de las parejas sin hijos se plantean la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupa que sus hijos puedan "heredar" la diabetes, si la paciente es mujer le preocupa el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su niño, y su capacidad para cuidar un lactante, en caso de la Diabetes Gestacional se enfrenta con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden” provocada" por el embarazo y el miedo a sus

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

posibles consecuencias, el diagnóstico de Diabetes en un hijo se vive como un cataclismo. Se provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad. Provoca en los padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión y culpa, que pueden llevar a una importante disfunción familiar [27]

Desde el punto de vista demográfico, en la mayoría de los países, en todos los niveles sociales, hay diferencias territoriales en el envejecimiento de la población. Esta situación tan diversificada presenta problemas políticos y médico-sociales de gran importancia y de no fácil solución: problema de recursos monetarios, de localización de las estructuras y servicios socio-sanitarios, además de la racionalización de los recursos existentes[5].

II.3.1 Indicadores de estructura

Competencia Profesional: la atención que brinda el equipo de salud en la consulta externa del hospital es buena debido a que el paciente recibe todo lo que esta al alcance de la institución aunque no se logre una atención completa como lo indican las normas internacionales, en donde señala que la atención eficaz del paciente diabético requiere una delegación clara de las funciones y responsabilidades del médico y otros quienes son parte del equipo y del cuidado de la salud del paciente diabético.

Es importante que los profesionales sanitarios adopten pasos positivos con el fin de establecer una buena relación con la persona con diabetes El país necesita adoptar a sus condiciones particulares los adelantos técnicos en el control de la

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

diabetes, estos pueden alcanzarse mediante la adecuación de tecnologías apropiadas a cada contexto. La actualización técnica del personal de salud y la incorporación de particularidades sociales y culturales locales, pueden generar cambios positivos en el manejo institucional y social de la diabetes .además es necesario generar patrones de evaluación para los programas nacionales de la diabetes[31]

Las instituciones competentes deben garantizar la formación postgraduada y continuada de todos los profesionales que estén implicados en el cuidado de los pacientes con DM. Es un deber del profesional conseguir y mantener el grado de capacitación para garantizar una atención de calidad en el contexto de una actuación integral e integrada a los pacientes. La formación debe incluir, además de los aspectos de diagnóstico y tratamiento, aspectos relativos a la educación del diabético, técnicas de comunicación y a la evaluación de calidad de las actuaciones realizadas[31]

.

La calidad de los profesionales debe mantenerse incorporando los nuevos avances e informaciones relevantes. Todos los profesionales implicados deberían estar capacitados en técnicas de comunicación.[31]

La metodología de formación continuada debe ser diversa: sesiones clínicas, reciclaje, actividades de formación continuada con atención primaria y otras especialidades que atienden a los diabéticos. [31]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Los responsables del programa establecerán los mínimos de actividades de formación continuada que garanticen la suficiencia en la calidad asistencial. Y los recursos. Nos referiremos a recursos estructurales, humanos y materiales.

Recursos estructurales*.* Las estructuras básicas en las que se desarrolla la atención especializada son la consulta externa, el aula de educación y el área de hospitalización. La organización (espacio, proximidad, etc.) de dichas estructuras dependerá de las necesidades y de las posibilidades de este nivel sanitario. [31]

Como norma ideal, las áreas de consulta externa y de educación han de estar próximas, y permitir la máxima coordinación entre los profesionales que atienden a los pacientes diabéticos, garantizándoles la mayor accesibilidad posible. En ningún caso la ausencia de locales justifica que no se realicen las actividades previstas. Debe garantizarse la continuidad de los cuidados, tanto en los aspectos de atención a contingencias imprevistas como en los aspectos de coordinación de todos los profesionales relacionados con el problema[31]

.

Esto último es especialmente importante en la diabetes, en la que la afectación multisistémica precisa a lo largo de la vida del paciente de la intervención de múltiples profesionales. [31]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Debe existir una coordinación funcional entre los distintos especialistas que están implicados en el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, impulsada por los profesionales de la unidad o servicio responsable de la atención a la DM tipo 2. [31]

Grado de Accesibilidad a la Atención Médica y a los medicamentos

La accesibilidad a la atención primaria de la salud – enfermedad en el municipio de San Marcos es factible debido a que el costo es mínimo tanto en la adquisición del medicamento como la consulta, aunque el costo institucional es alto, tal como lo refiere[15] que la diabetes ocasiona un alto costo tanto a los individuos como a las sociedades, este costo se debe no solo al costo de la atención médica, sino también al costo indirecto causado por la pérdida de productividad por invalidez y mortalidad prematura[15].

Es importante mencionar que el acceso al medicamento no siempre está al alcance de la población demandante, debido al costo del medicamento y a la dificultad de distribución de estos por el nivel central de la Secretaría de salud, es así que la investigación evidencia un mínimo porcentaje que refiere tener acceso a los medicamentos específicos y que controlan su enfermedad en gran medida, presentando las complicaciones por no tener la continuidad del tratamiento, situación que posiblemente puede mejorar si se lleva un mejor registro de datos estadísticos de los casos nuevos y subsiguientes para una programación mas acertada de los medicamentos de parte de las autoridades

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

administrativas y por ende una mejor planificación y programación del abastecimiento y distribución de tan vital recurso[15].

Otro aspecto importante de describir es el alto costo que tienen los medicamentos antidiabéticos en el mercado y si se toma en cuenta que la población enferma procede del área rural en donde los ingresos económicos son bajos que apenas sirve para la compra de alimentos y otras necesidades de primera prioridad. Los elevados costos directos de la diabetes se deben en su mayor parte al tratamiento altamente especializado que sus complicaciones requieren. Las personas diabéticas necesitan cuidados médicos especiales y educación para lograr un adecuado control metabólico. Por otra parte la mortalidad prematura y la disminución de la productividad debido a las complicaciones agudas y crónicas ocasionan también costo indirecto. Los costos. Los costos hospitalarios asociado a la diabetes son también muy elevados[15].

Muchos países de América latina y el caribe tienen limitaciones preocupantes en cuanto al acceso a los servicios de salud. Estos servicios por otra parte están más orientados a resolver los problemas de salud de tipo agudo, la diabetes por ser una enfermedad crónica requiere atención continua durante toda la vida[15.]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Respecto al acceso a exámenes laboratoriales, tan importante para el seguimiento del paciente diabético, porque gracias a estos, el médico conoce la ruta crítica que sigue el paciente, tanto en sus niveles de glicemia, triglicéridos, colesterol, urea, creatinína, proteinuria, entre otros; se evidencia la no aplicación de la norma debido a que en el Hospital de San Marcos de Ocotepeque al revisar los expedientes se pudo verificar lo expresado por los pacientes, y se encontró que ningún expediente cuenta con indicación y resultado de micro albuminuria, además no hay disponibilidad de hacerlo en el laboratorio del hospital[28].

Se debe mencionar que **los protocolos internacionales Guías ALAD y OPS** indican que este examen es importante realizarlo al inicio de su enfermedad y cada año si se mantiene estable, pues este examen es el que se ha establecido para identificar la neuropatía en su fase mas temprana en los paciente con diabetes mellitas 2[28]

Eficacia en el uso de Normas y Protocolos.

La aplicación de las normas y protocolos en la atención del paciente diabético, son las herramientas que miden la eficacia y la eficiencia institucional, porque indican la verificación de objetivos y metas para las cuales fueron diseñadas tomando en cuenta el menor costo y tiempo en su verificación. Al analizar este aspecto, la investigación revela que al cien por ciento de los pacientes se les

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

tomaron los signos vitales: temperatura, Presión Arterial, y peso, pero no se les toma talla y por ende no se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) siendo este un indicador clave para conocer el estado nutricional del paciente y poder establecer conductas dietéticas específicas y así actuar en el caso que se trate de una mala nutrición por exceso (obesidad), que presente un índice de Masa Corporal superior o igual a 30%, o por defecto (bajo peso) un índice de Masa Corporal por debajo de 19%. Índices establecidos por las normas Internacionales.[28]

La nutrición es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes. Las metas de la salud nutricional incluyen la mejora de las cifras de glucemia, la obtención de niveles óptimos de lípidos séricos y el suministro de las calorías necesarias para lograr y mantener el peso corporal idóneo.[29] Se debe señalar que del total de empleados de consulta externa un alto porcentaje desconoce la existencia de normas y protocolos nacionales e internas para la atención del paciente diabético y por lo tanto no se aplican en su totalidad.[28]

La atención debe ser integral, integrada y multidisciplinaria, y debe contemplar también aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de la enfermedad. Debe garantizarse la continuidad de los cuidados, tanto en los aspectos de atención a contingencias imprevistas como en los aspectos de coordinación de todos los profesionales relacionados con el problema. Esto último es especialmente importante en la diabetes, en la que la afectación multisistémica

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

precisa a lo largo de la vida del paciente de la intervención de múltiples profesionales. [28]

Conviene destacar que el médico debe estar capacitado para otorgar una atención diagnóstica y terapéutica integral con calidad, 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 aún 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. [30]

El primer consenso Latinoamericano para el diagnóstico, la prevención, y el manejo de la diabetes mellitus tipo2 fue elaborado por un grupo de médicos expertos latinoamericanos convocados, por el entones presidente de la ALAD en 1995, tuvo una gran acogida y desde entonces su difusión a facilitado y unificado el manejo de las personas con diabetes en una buena parte de nuestra región. Sin embargo los resultados de estudio y el desarrollo acelerado de nuevas moléculas para el manejo farmacológico nos obligan a reconsiderar la evidencia disponible sobre prevención y tratamiento de la diabetes y sus complicaciones[31].

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Por ello la presidenta actual de la ALAD, optó por convocar a un grupo de consenso para elaborar unas nuevas guías. También se decidió utilizar la metodología de medicina basada en evidencia que además de ser la forma más objetiva para hacer recomendaciones terapéuticas, permite una ágil renovación de las mismas en la medida en que vayan apareciendo nuevas evidencias[31].

El objetivo de las normas y protocolos es permitir la evaluación inicial y periódica de pacientes diabéticos en sus aspectos clínicos, metabólicos, y psicosociales [28] problemas psicosociales deberían ser reconocidos como una complicación diabética y controlados de la misma manera que se controla la salud física en relación con la diabetes[3]

Promedio de Consultas Por Paciente en el Año

La continuidad del tratamiento analizado desde el punto de vista del cumplimiento de las citas de control establecidas por el programa de atención al diabético, son de vital importancia, así el médico conoce la evolución de cada paciente en control, la investigación evidencia que este aspecto no se cumple en la mayoría de los pacientes (refieren asistir a uno o dos controles al año) este es un aspecto negativo porque el no cumplir con sus citas contribuye a una descompensación con mayor facilidad, porque el paciente no conoce su control metabólico ni tiene acceso al medicamento.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Por otro lado es importante señalar que la no existencia del personal especialista en esta área de la medicina contribuye a que se programen las citas a consulta externa especializada cada 5 a 6 meses (solo hay un médico internista para todo el hospital), situación que podría mejorar si la Secretaría de Salud empleara mas médicos en esa especialidad, de lo contrario, la atención continua igual lo que ocasionará más problemas de descompensación al paciente diabético al no cumplir con lo establecido por las normas internacionales [28] en donde dice que el diabético debe ser controlado al menos cada 3 o 4 meses, al año 3 a 4 controles con el especialista pero puede ser más frecuente si el caso lo requiere[28].

Relación Interpersonal Entre el Equipo de Salud, Administradores y comunidad

Una adecuada comunicación entre el personal de salud, los usuarios y la población en general es un aspecto muy importante porque esto permite conocer la cultura institucional, su visión y misión, las políticas y protocolos y por ende la existencia de armonía, un ambiente de trabajo adecuado y unos trabajadores de salud motivados y satisfechos de su labor desempeñada[32].

A este respecto la investigación evidencia, unas relaciones interpersonales regulares lo que viene a obstaculizar la respuesta efectiva en la atención del

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

paciente. La referencia de los entrevistados es debido a que no siempre hay respuesta a las peticiones, por tanto hay una mala gestión de recursos materiales y equipo para la atención del paciente diabético, pero también se debe a la no disponibilidad financiera y económica[32]

Una coordinación efectiva y eficiente en la que los objetivos, los programas y las metas adecuadamente definidas, aunadas a una visión y misión en la que todos los trabajadores de salud estén involucrados y que sean conocidos por todos sería posible lograr una atención de mejor calidad al paciente diabético mejorando la capacidad de los servicios y sistemas de salud para organizar la vigilancia y control de la diabetes en donde se involucre en un plan a las personas con diabetes, a grupos de interés organizados y a equipos multidisciplinarios de atención; tal contexto fortalecerá el trabajo con los proveedores de salud, asegurando la atención temprana y el manejo apropiado de la diabetes y de sus complicaciones[32]

Es así que una adecuada comunicación, el conocimiento de la problemática del paciente diabético, la motivación y el interés de contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, hará que el personal de salud tenga ética profesional y humanismo para tratar a los pacientes, los resultados de la investigación reportan satisfacción por parte de los usuarios con el trato que reciben del personal de salud que los atiende cuando asisten a su control, algunas frases

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

que expresaron ***"yo no tengo queja, conmigo todos son buenos"*** sin embargo hay un porcentaje mínimo que opinó haber recibido un trato regular expresando que ***"hay empleados que cuando uno les hace alguna pregunta salen enojados"*** resaltando que aunque es un porcentaje mínimo, todavía nos falta para lograr el cien por ciento de buen trato para los pacientes[32]

.

II.3.2 Indicadores de Proceso

Eficiencia en el Nivel de Atención: El sistema de Salud debe conseguir que la atención a las personas con diabetes sea accesible, continuada, integral, eficaz, y de buena calidad. Para el logro de esto es necesario el aprovechamiento de todos los recursos sanitarios disponibles, su racionalización y una coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles sanitarios[32]

La atención primaria juega un papel estratégico en la atención a la persona con diabetes, dada a la accesibilidad, continuidad de cuidados, atención integral e integrada.[17] Las personas con diabetes mellitus tipo 2 son las que más pueden beneficiarse de la oferta de servicios de atención primaria, debido a que las características de los cuidados que precisan hacen de este nivel de asistencia el óptimo para llevarlo a cabo[32]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

No obstante es importante tener en cuenta que en atención primaria deben cubrirse también aspectos de tratamiento y seguimiento de la persona con cualquier tipo de diabetes, y un modelo educativo presentado, mejorando así, significativamente los conocimientos de los pacientes en relación a la etiología, alimentación, prevención y tratamiento de la enfermedad[32]

Existe una tendencia a disminución de niveles de problemas sicológicos y a mejorar la aceptación de la enfermedad, se observa una disminución de episodios complicaciones agudas a pesar del mayor reconocimiento de ellas y se observa una mejoría de parámetros metabólicos tales como el peso independientemente del nivel donde se este llevando su proceso.[32]

Comodidad: Un alto porcentaje de los pacientes valoraron regular comodidad durante esperan su consulta resultados no acordes a la literatura consultada pues según esta: todo paciente tiene derecho a tener una atención de calidad en que promueva, facilite, y garantice los mayores niveles de salud y bienestar al paciente diabético, al momento de la consulta, teniendo privacidad, tiempos de espera disminuidos, interrelación personal de salud – paciente, para lograr satisfacer aspectos que le hagan sentirse cómodos durante su consulta como ser psicológicos, sociales, culturales, ambientales y educativos. [10]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece, por consiguiente el proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético, que incluye la prevención de las complicaciones a largo plazo, y permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. Todos los pacientes tienen derecho a ser educados durante su consulta, por personal capacitado, el médico es y debe ser un educador, el mensaje que da durante la consulta es de gran importancia[18].

La educación es esencial para un buen autocontrol, debe ofrecerse durante la espera de la consulta un programa de enseñanza en forma individual o grupal, lo que viene a fortalecer los conocimientos y el tiempo de espera logrando dar más comodidad al paciente durante ese tiempo.[18]

> ***"La educación no es parte del tratamiento, es el tratamiento de la diabetes"*** .[18]

La educación del diabético es hoy en día un instrumento imprescindible para el tratamiento de la diabetes por muchos motivos: mejora el grado de control de la diabetes, disminuyen los costos del tratamiento al incidir en la reducción de las descompensaciones, y mejora tanto el perfil lipídico como el bienestar emocional del paciente[29].

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

La educación para la salud inculca al paciente la motivación para que se constituya en el partícipe principal del control de su enfermedad. Informar suele ser sencillo, pero educar y concienciar exige más tiempo y esfuerzo. Las metas de la salud cognoscitiva deben dirigirse a la práctica de conductas favorables, monitoreo de cifras de glucemia, detección oportuna de complicaciones, de signos y síntomas de alarma, uso oportuno del servicio de urgencias e intercambio de alimentos para una dieta balanceada. La educación no requiere de altas inversiones, sólo de actitud de colaboración y capacitación del personal de salud de las unidades médicas[29].

II.3.3 Equidad en Tratamiento y costos.

La atención con equidad al paciente diabético es de mucha relevancia ya que viene a mejorar la calidad de la atención, haciendo hincapié en el auto cuidado (incluyendo a los pacientes y a sus familias en el equipo de salud), lo cual mejorará la calidad de vida de las personas con diabetes y reducirá los costos de atención médica por paciente al ayudarlos a prevenir las complicaciones[30].

Es mucho lo que puede hacerse para mitigar las repercusiones de la diabetes individuos y sociedades. **La Declaración de las Américas** pone de relieve la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como parte de la carga de morbilidad de la población y las estrategias eficaces que deberían aplicarse.[30]

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

A nivel de la política nacional, las personas con diabetes deben tener igual acceso al empleo. A nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico con el objeto de prevenir el inicio de la diabetes no insulinodependiente. 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 los medicamentos y la atención[30].

La diabetes 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.[30]

En las Américas, la diabetes es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas. Las personas con diabetes cuya enfermedad está mal controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebro vascular, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia[30].

La diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre 5% y 14% de los gastos de salud. 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.[30]

La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones. Es necesario hacer frente a estas inequidades al formular estrategias y programas de prevención y control de la diabetes en todos los países[30].

II.3.4 Imagen Institucional

En general los pacientes encuestados expresan alguna satisfacción en la atención que han recibido sin embargo hay inconformidad en algunos servicios

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

que no han podido satisfacer sus necesidades al 100%, como lo enuncia la literatura revisada en donde las instituciones de salud tienen la responsabilidad de asegurar que los servicios otorgados solucionen las necesidades de salud de la población atendida, de lo contrario se ve afectado el bienestar biológico, funcional, social y económico, esto último tanto del individuo como de la organización. Justamente, el estado de salud debiera ser mejorado por el uso apropiado y oportuno de los servicios de salud.

Por otra parte, todo paciente tiene derecho a recibir el beneficio de los servicios de salud; desafortunadamente, las restricciones en los presupuestos obligan a las autoridades a tomar decisiones en la ubicación de los recursos financieros disponibles.[29] **La Declaración de las Américas** plantea que si se quiere dar un vuelco a la situación actual para mejorarla, es necesario apoyarse en una visión ***"Mejorar, la salud de las personas de las Américas aquejadas de diabetes o en riesgo de contraerla"***.

A través de un plan estratégico general: que cuente con reconocer la diabetes como un problema de salud pública que es grave, común, creciente y costoso. Cada país debe determinar la verdadera carga epidemiológica y económica de la diabetes como base para determinar cuál será la prioridad que se le asigne en el programa nacional de salud, formular estrategias nacionales contra la

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

diabetes que incluyan metas, indicadores de proceso y medidas de resultado específicas y apropiadas.

En lo posible, esto deberá incluir referencias a la cantidad, la calidad y los plazos. Formular y llevar a la práctica un programa nacional contra la diabetes que incluya prestación de asistencia sanitaria de calidad, promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con miras a reducir la morbilidad y la mortalidad de los diabéticos y mejorar su calidad de vida. Este programa nacional contra la diabetes puede ser autónomo o integrado con programas afines de enfermedades no transmisibles, asignar recursos suficientes, apropiados y sostenibles para la prevención de la diabetes cuando sea posible, el manejo de la enfermedad, el manejo y prevención de sus complicaciones y auspiciar investigaciones relevantes.

Debe promoverse la adquisición de aptitudes de gestión a todos los niveles para impulsar el uso más eficaz y eficiente de dichos recursos. Diseñar y llevar a la práctica un modelo de asistencia sanitaria integrada que incluya tanto a las personas con diabetes como a profesionales de asistencia sanitaria y a una amplia gama de personas del sistema de salud. Este modelo combina la atención y la educación, vela por la comunicación de la información a todos los niveles pertinentes y abarca mejoras continuas de la calidad.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Debe asignarse particular importancia a la atención primaria de salud para lograr el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y la atención de seguimiento. Deben introducirse lineamientos para la práctica clínica, de tal manera que la calidad de la atención sea uniforme y se facilite su cumplimiento. Velar por que se ponga al alcance de todas las personas con diabetes un suministro asequible de insulina y otros medicamentos, así como de otros productos necesarios para tratar adecuadamente la diabetes y prevenir complicaciones discapacitantes.

Velar por que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el auto cuidado de su enfermedad crónica. Velar por que el equipo de asistencia tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes. Crear asociaciones nacionales con miras a mejorar los conocimientos del público y el bienestar de las personas con diabetes y contar con un medio para participar en la elaboración de los programas nacionales contra la diabetes.

Al reconocer el problema de la discriminación que afecta a muchas personas con diabetes, una de las funciones clave que deben cumplir esas asociaciones es promover un entorno favorable para las personas con diabetes y abogar por la equidad social. Otra función clave es apoyar y promover investigaciones que puedan generar nuevos conocimientos sobre la diabetes. Esta información

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

podrá traducirse en mejor asistencia sanitaria y en mejores formas de prevenir la diabetes y sus complicaciones.

Concebir e implantar un sistema común de información sobre la diabetes en las Américas para documentar y hacer el seguimiento del logro de mejor salud para las personas con diabetes. Los datos obtenidos aportaran información destinada a establecer y mejorar la atención, así como optimizar la entrega de servicios y los recursos para programas futuros.

Promover alianzas entre los principales interesados involucrados en lograr una mejor salud para todas las personas con diabetes. La colaboración continua entre todos los interesados es esencial para cumplir esta misión[29].

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II. 4 CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en la investigación se concluye lo siguiente:

Respecto a la competencia profesional, el mayor porcentaje de la población refirió que la atención que le brinda el personal que labora en la consulta externa del hospital es buena.

Dentro las principales barreras que encuentra el paciente diabético al momento de asistir a la consulta están: el laboratorio no le hace su examen por llegar tarde (de las 9am en adelante) y tiene problemas de transporte, falta de orientación por parte de algún personal cuando le realizan su procedimiento, reciben el medicamento en forma incompleta, (le dan muy poco y no le alcanza hasta el tiempo de espera para la siguiente cita). El tiempo de espera para su consulta es muy largo (el promedio de citas en el año es poco para su problema de salud, algunas veces por falta de especialista les toca renovar su cita); la mala higiene de los servicios sanitarios.

Unas relaciones interpersonales regulares lo que viene a obstaculizar la respuesta efectiva en la atención del paciente. La referencia de los entrevistados es debido a que no siempre hay respuesta a las peticiones, por tanto hay una mala gestión de recursos materiales y equipo para la atención del paciente diabético, pero también se debe a la no disponibilidad financiera y económica.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Al cien por ciento de los pacientes se les tomaron los signos vitales: temperatura, presión arterial, y peso, pero no se les toma talla y por ende no se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) evidenciando que no se aplican las normas y protocolos en su totalidad. No existen protocolos para la atención del paciente diabético en el hospital.

Inadecuado control y tratamiento medico al paciente diabético tipo 2 en la consulta externa especializada del hospital San Marcos.

Desconocimiento de las prácticas y control en la alimentación, riesgos de infecciones y efectos colaterales que pongan en peligro la vida del paciente diabético pues no existe un plan educativo esquematizado para el paciente diabético en el hospital.

Un alto porcentaje de los pacientes valoraron regular comodidad durante esperan su consulta.

Los pacientes refirieron que se encuentran satisfechos, porque a pesar de que el hospital tiene muchas limitantes para la atención, reciben una atencion en la que pueden sentir que no hay preferencias que todos tienen la misma oportunidad y es de lo que ellos pueden disponer y que les es de

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

gran beneficio porque su situación de salud se mantiene controlada y estable de acuerdo a su alcance.

En general los pacientes encuestados expresan alguna satisfacción en la atención que han recibido sin embargo hay inconformidad en algunos servicios que no han podido satisfacer sus necesidades al 100%.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II. 5 RECOMENDACIONES

Como norma ideal, las áreas de consulta externa y de educación han de estar próximas y permitir la máxima coordinación entre los profesionales que atienden a los pacientes diabéticos, garantizándoles la mayor accesibilidad posible. En ningún caso la ausencia de locales justifica que no se realicen las actividades previstas. Debe garantizarse la continuidad de los cuidados, tanto en los aspectos de atención a contingencias imprevistas como en los aspectos de coordinación de todos los profesionales relacionados con el problema.

Esto último es especialmente importante en la diabetes, en la que la afectación multisistémica precisa a lo largo de la vida del paciente de la intervención de múltiples profesionales.[31]

Debe existir una coordinación funcional entre los distintos especialistas que están implicados en el tratamiento la enfermedad y sus secuelas, impulsada por los profesionales de la unidad o servicio responsable de la atención a la DM tipo2.[31]

Los responsables del programa establecerán los mínimos de actividades de formación continuada que garanticen la suficiencia en la calidad asistencial y los recursos. Nos referiremos a recursos estructurales, humanos y materiales.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Por otro lado, es necesario que la Secretaria de Salud proporcione al médico las herramientas y las tecnologías apropiadas para facilitar su desempeño y potencializar la efectividad de las acciones brindadas con el fin de obtener el mejor resultado en salud. La atención debe ser integral, integrada y multidisciplinaria, debe contemplar también aspectos preventivos, curativos, y de rehabilitación de la enfermedad.

El programa de diabetes debe ser realizado mediante el consenso y la participación de los profesionales de atención primaria y especializada, debe contener objetivos, actividades, población diana, recursos y, marco organizativo. Los bloques de actividades incluidos deben ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y control evolutivo, de coordinación entre niveles e intersectorial, sustentados en protocolos de actuación.

Todos los pacientes que tras ser atendidos en atención especializada sean derivados a atención primaria y viceversa, deberán tener un informe en el que consten los diagnósticos, los resultados de las principales pruebas realizadas, y las normas y recomendaciones terapéuticas, así como indicaciones sobre posibles consultas o nuevas revisiones, que intentará respetar el consenso establecido por el programa. Es recomendable que en el mismo informe conste el nivel de educación diabetológica del paciente.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

III. BIBLIOGRAFÍA

1. Alepuz Del Campo G y Col . Estudio "***La diabetes, Epidemia del siglo XXI***", ultima modificaciòn11de octubre del 2002. España.Disponible en Web.Webmaster:Niacanor AniorteHernàndez
2. Fundación GROSKI, ***La Diabetes Mellitus Etiología y Epidemiología,*** Guías Practicas Consumer Salud y Deporte, Spanish/ SHA/ be 22 N 2-diabetes. Pág. Web disponible http//salud y deporte.consumer.es/enfermedad y deporte,/diabetes/indexhtml.
3. OPS/HCN/ ***Iniciativa de Diabetes Para las Américas (DIA), Plan de acción para América Latina y el Caribe.*** 2001- 2006. Pág.3-5. División de Prevención Y Control de Enfermedades, Programa de Enfermedades no – Transmisibles 2001, Washington, D.C.
4. OPS.***La Diabetes en las Américas,*** Boletín Epidemiológico Vol. 22, Nº 2 junio 2001. Disponible en Pág. Web.www.Paho.org/spanish/AD/DPC/NC/DIA-Plan-de Acción-01-06 PDF
5. OPS***, La Salud en las Américas,*** Publicación científica y tècnica.Nº 587 Edición 2002.www.paho.org/english/DBI/MDS/HIA_exec_summary.pdf.
6. Taller CANDI II- ***Vigilancia y control de la diabetes,*** Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Tegucigalpa, Honduras 13-14 nov, 2000.
7. Ministerio de Salud Pública ***Boletín de información estadística*** Honduras; 1997.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

8. Ministerio de Salud Pública ***Boletín de información estadística. de atención hospitalaria*** Honduras; ańo 2001.
9. Ministerio de Salud Pública ***Boletín de información estadística, de atención hospitalario del hospital*** San Marcos Ocotepeque. Honduras; 2003 2004.
10. MYSU- Salud y calidad de atención, 13-2 -2006, disponible en : Web.www.mysu.org .uy /IMAGENES/Calidad %20de%20 Atenci% F3n%20y%20 ervicios%20de%20Salud%201.ppt
11. Secretaria de Salud, ***Referencias Básicas de Calidad en Salud,*** Unidad de garantía de calidad Honduras, Marzo 2001, Pág. 1-3
12. Secretaria de Salud documento de trabajo ***Modelo y programa de garantía de calidad en el marco del subsistema institucional de garantía de calidad*** Honduras abril del 2001, Pág., 5-6.
13. OPS/OMS. ***Declaración de las Ameritas sobre la diabetes XXXIX*** reunión Washington, DC. Septiembre de 1996.
14. Giangliardino 11 José Juan, ***Asistencia al Paciente Diabético en América Latina*** Disponible en Web. www.paho.org/spanishod/pub/04-gagliardino-309-317pdf
15. Asociación Latinoamericana de Diabetes(ALAD) ***Simposio Sobre Economía y Diabetes*** Sao Paulo, Brasil, 27 de septiembre 2004

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

16. Asociación Latinoamericana de Diabetes ***Guías Para el Diagnostico y Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 Con Medicina Basada en Evidencia*** Suplemento 1, Edición Extraordinaria Paipa Colombia. año 2000.
17. Grupo de trabajo de Diabetes de la SAMF y C ***Educación Para la Salud y Atención Estandarizada a las personas con Diabetes,*** Ultima revisión: 05-03-2000.Disponible Pág. Web http://www.cica.es/aliens/samfyc/calidad.htm .
18. Caja Costarricense de Seguro Social, ***Manual Para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2.*** Costa Rica 2002. disponible pag.web ttp://geosalud.com/diabetesmellitus/manual.htm.
19. OPS, **2ª *Sesión de Aprendizaje (SA2) Proyecto VIDA*,** Informe final, Veracruz México, Veracruz Iniciativa for Diabetes Awareness**,** OPS/DPC/DIA/66/1-16-163-04 **.**Noviembre 2003.
20. Fernández González S, Rebeca, Valdez Crespo N y Mojena Crespo N, ***Características Clínicas de la Diabetes Mellitus en un área de salud***, Rea Cubana, Med Integr 2000; 16 (2): 144-9.
21. Mesa Collado F, Díaz Díaz O, Cuesta Hernández I. ***Comportamiento Epidemiológico de la Diabetes Mellitus Insulinodependiente en Menores de 15 años de edad;*** Rev. Cubana Endocrinología 1997; 8 (2): 119-125. Cuba 1990-1993.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

22. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentosa, A***lgunos indicadores de la dieta en un grupo de pacientes tipo 2 de centro Habana;*** Rev. Cubana Alimentación y Nutrición, Cuba 2002;16(1):23-30

23. OPS. ***Análisis de situación de salud 2004-2005,*** Honduras, febrero 2004.

24. OPS/OMS***, Programa de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles***, Washington, D.C. 2002.

25. Brawn E, wold y col. ***Principios de Medicina Interna de Harrison,*** I edición; 1989 Vol. I Tomo II Pág. 2177., editorial Interamericana MC. Grawl- Hill.

26. DURAN-VARELA, BR, Rivera-Chavira, B, Franco-Gallegos, Ernesto. **Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.** *Salud pública Méx*. [online]. mayo/jun. 2001, vol.43, no.3 [citado 08 Julio 2005], p.233-236. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

27. Muñoz Canché K A, Salazar González Berta Cecilia. **Endurance training in adults with diabetes mellitus type 2**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Serial in the Internet]. 2005 Feb [cited 2006 Sep 02]; 13(1): 21-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100004&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692005000100004.

28. Asociación Latinoamericana de Diabetes, **Guías ALAD 2000**suplemento. 1.Edición Extraordinaria disponible en: www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetes1201-guias.htm

29. Salinas-Martínez, Ana M., Muñoz-Moreno, Francisco, Barraza De León, Alma R. *et al*. **Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención.** *Salud pública Méx*. [Online]. Jul. /ago. 2001, Vol.43, no.4 [citado 04 Julio 2006], p.324-333. Disponible en la World Wide Web:

UEB-DEGT-UNAH

Derechos reservados

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

30. Alleyne G - Vol. Of. Sanit Panam L**a diabetes una declaración para las Américas** Salud Pública de México ISSN 0036-3634 *versión impresa*1996 - hist.library.paho.org Disponible en Web: http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n5p461.pdf

31. Federación Española de Asociaciones de Educación en Diabetes (F.E.A.E.D.) **Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes,** Panel de Expertos, Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero de 1996 disponible Pág. Web. http://www.google.com/search?hl=en&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=atencion+integral+al+paciente+diabetico+tipo+2+en+la+consulta+especializada&spell=1
32. 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 Méx*. [Online]. Mayo/jun. 2001, vol.43, no.3 [citado 08 Julio 2006], p.233-236.

Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXOS

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ENCUESTA DE OPINION A PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
HOSPITAL SAN MARCOS

ENCUESTA Nº _____

Nº DE EXPEDIENTE_____ FECHA_____

Indicadores de estructura

Competencia profesional

1. ¿El medico le puso atención respecto a sus dolencias y preguntas?
   Si ____ No ____ N/A ____
2. ¿El medico lo (a) examinó?
   Si __ No ____ N/A ____
3. ¿El medico le dijo lo que tenia?
   Si___ No____ N/A ____
4. ¿El medico le dio instrucciones sobre el uso del medicamento?
   Si ___ No ___ N/A ____
5. ¿El médico le dijo si tenia que regresar o no?
   SI ____ No ____ N/A ____
6. ¿Entendió las instrucciones dadas en farmacia?
   Si ____ No ____ N/A ____
7. ¿Enfermería le explica cuando le hace algún procedimiento?
   Si ____ No ____ N/A ____
8. ¿Ha recibido educación sobre su enfermedad?
   Si_____ No _____

Acceso a los servicios

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ENCUESTA DE OPINION A PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
HOSPITAL SAN MARCOS

ENCUESTA Nº _____

Nº DE EXPEDIENTE_____ FECHA_____

Indicadores de estructura

Competencia profesional

9. ¿El medico le puso atención respecto a sus dolencias y preguntas?
   Si ____ No ____ N/A ____
10. ¿El medico lo (a) examinó?
    Si __ No ____ N/A ____
11. ¿El medico le dijo lo que tenia?
    Si___ No____ N/A ____
12. ¿El medico le dio instrucciones sobre el uso del medicamento?
    Si ___ No ___ N/A ____
13. ¿El médico le dijo si tenia que regresar o no?
    SI ____ No ____ N/A ____
14. ¿Entendió las instrucciones dadas en farmacia?
    Si ____ No ____ N/A ____
15. ¿Enfermería le explica cuando le hace algún procedimiento?
    Si ____ No ____ N/A ____
16. ¿Ha recibido educación sobre su enfermedad?
    Si_____ No _____

Acceso a los servicios

1. La cuota de recuperación que usted paga por la atención en este hospital como le parece?
   Mucho_____ Aceptable_____ Poco _____

2. ¿Cuánto tiempo esperó para tener su cita con el especialista**?**
   _____ meses

UPI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Le parece mucho_____ Aceptable_____ Poco____

3. ¿Cuanto tiempo esperó para ser atendido por el medico?
   _____ Minutos _____ horas
   Le parece mucho_____ Aceptable_____ Poco____

4. ¿Como fue el tiempo de espera por los medicamentos?
   Mucho_____ aceptable_____ poco_____

Relación interpersonal

1 ¿Recibió buen trato del medico?
Si_____ No_____
2. ¿Recibió buen trato del personal de Enfermería?
   Si_____ No_____
3. ¿Recibió buen trato del personal de farmacia?
   Si_____ No_____ N/A_____
4. ¿Recibió buen trato del personal de estadística?
   Si_____ No_____ N/A_____
5. ¿Recibió buen trato del personal de Laboratorio?
   Si_____ No_____ N/A_____

Indicadores de proceso

Eficiencia

1. ¿Pudo obtener en el hospital todas las medicinas que le recetó el medico?.
   Si____ No____ N/A _____
2 ¿Le hicieron todos los exámenes indicados?
   Si____ No _____ N/A _____
3 ¿Cuándo presentó alguna complicación fue atendido por el personal especialista
   Si_____ No _____ N/A _____

Comodidad

1. ¿Que le parece el tiempo que esperó para obtener la consulta?
   Mucho_____ Aceptable_____ Poco_____
2. ¿Tubo privacidad durante la consulta?
   Si _____ No _____
3. ¿El ambiente donde le atendió el personal estaba limpio?
   Si _____ No _____
4. ¿El personal que lo (la) atendió se lavó las manos antes de atenderlo(a)?
   Si _____ No _____
5. ¿Durante el tiempo de espera le proporcionan videos?

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Si_____ No_____

6. ¿como considera la higiene del hospital?
   Buena _____ Regular_____ Mala _____
7. ¿En general como considera el ambiente durante recibió la atención?
   Buenas condiciones_____
   Regulares condiciones_____
   Malas condiciones _____

Equidad en tratamiento y costos

¿cree usted que hay preferencias en cuanto al pago de la atención y el tratamiento en este hospital?

Si_____ No_____

Imagen Institucional

1. ¿Según su experiencia al demandar servicios de salud en el hospital, ha habido respuesta a todo lo indicado en su consulta?
   Si _____ No_____
2. ¿Cuándo usted ha requerido los servicios de consulta externa especializada del hospital siempre a recibido atención del medico especialista?
   Si_____ No_____
3. Considera que los servicios que el hospital presta Son:
   Buenos _____ Regulares_____ Malos _____

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ENCUESTA DE OPINION A PERSONAS CLAVES EN LA ATENCION AL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2
HOSPITAL SAN MARCOS.

FECHA _____

Cargo del encuestado_____

Se está haciendo un estudio en el Hospital San Marcos sobre la calidad de atención que se da al paciente con diabetes mellitus tipo 2, por lo que le solicito su colaboración en darle respuestas a las siguientes preguntas.

1. ¿El hospital dispone de normas y protocolos exclusivos para la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2?
   Si_____ No_____

   ¿Si dispone de normas y protocolos, son aplicados en la atención del paciente?
   Si_____ No _____

   ¿Si no son aplicados explique el porqué?
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
2. ¿El hospital dispone de papelería diseñada exclusivamente para la atención del paciente con diabetes mellitus tipo2?
   Si_____ No_____
3. ¿El hospital dispone de todos los insumos necesarios (medicamentos, reactivos, cintas para glucosuria, jeringas para insulina y otros)para la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2?
   Si_____ No_____
4. ¿El Hospital cuenta con suficiente personal especializado para la atención del paciente con diabetes mellitus tipo2?
   Si_____ No_____
5. ¿Cómo considera la relación existente entre equipos de salud, pacientes, administradores y comunidad?
   Buena_____- regular_____ Mala_____
   Porque_____

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Guía para revisión de expedientes

Indicadores de proceso

Eficiencia

1. ¿El expediente cuenta con una historia clínica llena exclusiva para el paciente diabético?
   Si_____ No_____

2. ¿Existe indicación de exámenes laboratoriales?

	Si	no	cada cuanto tiempo
Glucosa en sangre	___	____	_____
Glucosa en orina	___	____	_____
Creatinina serica	___	____	_____
Proteinuria	___	____	_____
Colesterol	___	____	_____
Triglicérides	___	____	_____
Micro albuminuria	___	____	_____

3. ¿Se registra:

	Si	No
El Índice de Masa corporal (IMC)?	____	_____
Presión Arterial	____	_____
Talla	____	_____
Peso	____	_____

4. ¿Existe registro de continuidad de la atención en el diagnostico, tratamiento y evaluación medica?
   Si___ No ___

Indicadores de resultado

1. ¿Existen resultados de exámenes de laboratorio?

	Si	no
Glucosa en sangre	___	____
Glucosa en orina	___	____
Creatinina serica	___	____
Proteinuria	___	____
Colesterol	___	____
Triglicérides	___	____
Micro albuminuria	___	____

UD-DEGT-UNAH

Derechos reservados

INDICADORES DE ESTRUCTURA
Competencia Profesional

TABLA Nº 1

OPINION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 SOBRE LA ATENCION QUE RECIBIO DEL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE. SEPTIEMBRE 2005

	OPINION DE PACIENTES			
ATENCION	**Bueno**	**%**	**REGULAR**	**%**
Medica	42	98%	1	2%
Enfermaría	30	70%	13	30%
Laboratorio	42	98%	1	2%
Estadística	43	100%	0	0%
Receptaría	43	100%	0	0%
Farmacia	42	98%	1	2%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

Acceso a los servicios

TABLA Nº 2

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN QUE LOS COSTOS DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN MARCOS OCOTEPEQUE, SON ACCESIBLES SEPTIEMBRE 2006.

CRITERIOS	**PACIENTES**	**PORCENTAJE**
Accesible	38	88%
Inaccesible	2	5%
N/A	3	7%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

UPI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

TABLA Nº 3
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON SU MEDICAMENTO INDICADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE
SEPTIEMBRE 2006.

CRITERIOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Completo	7	16%
Incompleto	36	84%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

TABLA Nº 4
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE REALIZARON TODOS SUS EXAMENES INDICADOS EN LA CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE
SEPTIEMBRE 2006.

.

CRITERIOS	PACIENTES	PORCENTAJE
COMPLETO	34	79%
INCOMPLETO	9	21%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

UPI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

TABLA Nº 5
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE LES TOMO Y REGISTRO SIGNOS VITALES E INDICE DE MASA CORPORAL, EN CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL SAN MARCOS OCOTEPEQUE, SEPTIEMBRE 2006.

SIGNOS VITALES	**%**	
	Si	**No**
Temperatura	100%	0
P/A	100%	0
PESO	100%	0
TALLA	0%	100%
I.M.C	0%	100%

Fuente: historia clínica

TABLA Nº 6
PROMEDIO DE CONSULTAS POR PACIENTE EN EL AÑO
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE
SEPTIEMBRE 2006.

CONSULTAS	**PACIENTES**	**PORCENTAJE**

UDI-DEST-UNAH

Derechos reservados

≤ a 2	26	60%
3 y mas	17	40%
Total	43	100%

Fuente: historia clínica

TABLA Nº 7
PORCENTAJE DE PERSONAL CLAVE QUE CONFIRMA LA EXISTENCIA Y USO DE NORMAS PARA LA ATENCIÒN DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2.CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE, SEPTIEMBRE 2006.

CRITERIOS	**Nº EMPLEADOS**	**PORCENTAJE**
Si	2	14%
No	10	72%
No sabe	2	14%
Total	14	100%

Fuente : encuesta personas claves

TABLA Nº 8

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

PERSONAS CLAVES EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2,QUE REFIEREN UNA BUENA RELACION INTERPERSONAL.ENTRE EQUIPOS DE SALUD,ADMINISTRADORES Y COMUNIDAD.
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SAN MARCOS,
SEPTIEMBRE 2005

CRITERIOS	EMPLEADOS	PORCENTAJE
Buena	1	7%
Regular	12	28%
Mala	1	7 %
Total	14	100%

Fuente : encuesta personas claves

UDI-DEGT-UNAH

TABLA Nº 9
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN SE LES DIÓ BUEN TRATO AL MOMENTO DE LA ATENCIÒN, EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SAN MARCOS
SEPTIEMBRE 2005

Derechos reservados

CRITERIOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Bueno	41	95%
Regular	2	5%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

Indicadores de proceso.

Eficiencia

TABLA Nº 10

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN RECIBIR UNA ATENCION COMPLETA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN MARCOS,SEPTIEMBRE 2005

CRITERIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total	11	26%
Parcial	32	74%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Comodidad **TABLA Nº 11**

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN BUENAS CONDICIONES AMBIENTALES EN EL MOMENTO DE SU ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN MARCOS, OCOTEPEQUE. SEPTIEMBRE 2005

CRITERIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buenas	27	63%
Regulares	16	37%
Total	43	100 %

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

Equidad en tratamiento y costos

TABLA Nº 12

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN QUE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN MARCOS, ES CON EQUIDAD.
SAN MARCOS OCOTEPEQUE SEPTIEMBRE 2005

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	88%
No	3	7%
No sabe	2	5%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Imagen institucional

TABLA Nº 13
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONCIDERA QUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÒN QUE DÀ EL HOSPITAL SAN MARCOS EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA ES BUENA. SAN MARCOS OCOTEPEQUE SEPTIEMBRE 2005.

Criterios	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Buenos	32	74%
Regulares	11	26%
Total	43	100%

Fuente: encuesta de opinión a pacientes

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados