Artículos originales

Evaluación de la estructura para la atención a diabéticos tipo 2

Assessing the Structure for Assisting Type 2 Diabetic Patients

Lisbeth Fernández González[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Armando Humberto Seuc Jo[1] Addys Díaz Piñera[1]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 10300

Cómo citar este artículo:
Fernández-González L, Rodríguez-Salvá A, Seuc-Jo A, Díaz-Piñera A. Evaluación de la estructura para la atención a diabéticos tipo 2. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2025 Jul 16]; 8(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/639

Resumen

Fundamento: la diabetes tipo 2 en Cuba constituye un creciente problema de salud. Para la mejora continua de la calidad de la atención prestada a estas personas es necesario identificar los problemas de salud del paciente, a partir de evaluaciones, donde también se tenga en cuenta la estructura y las mejoras en el acceso a los recursos.
Objetivo: evaluar la estructura que posee el Policlínico Comunitario José Antonio Echeverría de Cárdenas para la atención a los pacientes diabéticos.
Método: se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativa. Se utilizó un muestreo por conglomerado bietápico estratificado. Las variables estudiadas se relacionaron con la cobertura de los recursos humanos, capacitación y disponibilidad de recursos materiales. Los instrumentos aplicados fueron construidos y validados por expertos. Se calcularon números y porcientos como medida de resumen para variables cualitativas. El procesamiento se realizó por medo del paquete estadístico SPSS versión 21,0.
Resultados: resultaron ser satisfactorios 11 de 19 indicadores, para un 57,9 %, por lo que se evaluó dicha dimensión de insuficiente.
Conclusiones: la estructura resultó insuficiente, existieron deficiencias de índole material, estructural, organizacional, funcional y metodológica que repercutieron en la calidad de las prestaciones de los servicios brindados a los pacientes diabéticos.

Palabras clave: estructura de los servicios, servicios de salud, calidad de la atención de salud, diabetes mellitus tipo 2

Abstract

Foundation: type 2 diabetes in Cuba constitutes an increasing health problem. For the continued improvement of the assistant quality provided to these patients, it is necessary to identify the patients health problems, upon the evaluations, where the structure and the improvements in the access to resources are also taken into account.
Objective: to assess the structure of the Community Polyclinic José Antonio Echeverría of Cárdenas for assisting diabetic patients.
Method: an evaluation research in health systems was developed using a sampling by stratified two stage conglomerate. The studied variables were related to coverage of human resources, training and availability of material resources. The instruments applied were built and validated by experts. Numbers and percentages were calculated in percentages as a summary measure for qualitative variables by statistic package SSPS.
Results: eleven out of nineteen indicators were satisfactory, representing 57 %, so this dimension was evaluated as insufficient.
Conclusion: the structure resulted insufficient, there were material, structural, functional and methodological problems which influenced the quality of the services provided to diabetic patients.

Key words: structure of services, health services, quality of health services, diabetes melllitus, type 2

Recibido: 2018-08-22 13:30:45
Aprobado: 2018-10-18 10:04:38

Correspondencia: Lisbeth Fernández González. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. lisbeth@inhem.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionada por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario.[1]

La diabetes tipo 2 es la forma más común de la diabetes[2,3] se presenta en el 90-95 % de las personas diagnosticadas con esta enfermedad.[4-7] Conocida anteriormente como diabetes no insulinodependiente, obedece a la incapacidad del cuerpo para utilizar de manera eficaz la insulina, el riesgo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ve determinado por la interacción de factores genéticos y metabólicos, dicho riesgo se eleva cuando factores étnicos, antecedentes de diabetes en la familia, y/o episodio anterior de diabetes gestacional se combinan con la edad avanzada, sobrepeso u obesidad, dieta inadecuada, falta de actividad física y el tabaquismo.[1-3]

Cuando la diabetes no es atendida de forma apropiada, las consecuencias para la salud y el bienestar son graves. Para tener una adecuada calidad de vida a pesar de padecer diabetes, el punto de partida es el diagnóstico temprano. Por tanto, es importante que en las instituciones de atención primaria haya acceso a pruebas diagnósticas básicas, tales como las pruebas de glucemia, además, de que estos pacientes deberán ser evaluados por diferentes especialistas. Las medidas orientadas para mejorar el estado de salud de estos enfermos deben llevarse a cabo y profundizarse en la atención primaria para poder conseguir mejores resultados clínicos.[1]

Los consultorios médicos deben tener condiciones estructurales de: privacidad, iluminación, ventilación, suministro de agua potable, así como, mobiliario clínico y no clínico, instrumental y medicamentos, que permitan brindar una atención médica de calidad con un alto poder resolutivo. Cada grupo básico de trabajo laborará en un consultorio. De no ser posible por deficiencia de locales, podrá ser compartido, cumpliendo siempre los requisitos de privacidad para la atención a los pacientes. En este caso, las actividades de consulta y terreno se realizarán diariamente en horarios alternos, para evitar que los equipos básicos de trabajo coincidan en un mismo horario en el consultorio médico de familia (CMF).[8]

Los servicios de salud como determinantes intermedios dentro del modelo de determinantes sociales de la salud, juegan un importante papel ya que por medio de su organización y funcionamiento se le puede brindar una atención de óptima calidad a las personas con DM2, con el objetivo de que mantengan un adecuado control de la enfermedad.

Esta situación constituye un reto para el sector de la salud y pronostica un incremento significativo en los servicios que se prestan a este grupo poblacional, por lo que se hace necesario adecuar las prestaciones que se brindan y mantener no solo la cobertura sino la calidad con que estas se ofrecen para incrementar la satisfacción de la población, además de lograr eficiencia y sostenibilidad en el sistema para garantizar su desarrollo.[9]

Autores como Menéndez y Akachi consideran que para la mejora continua de la calidad de la atención prestada a estas personas es necesario identificar los problemas de salud del paciente, a partir de evaluaciones, donde también se tenga en cuenta la estructura y mejoras en el acceso a los recursos.[10,11]

La provincia de Matanzas, ha exhibido durante varios años prevalencias de DM superiores a la media nacional, en el año 2016 el Anuario Estadístico de Salud de Cuba reportó una tasa de 82,2 por 1 000 habitantes -la más alta del país- y ocurrieron 97 defunciones por esta entidad.12 Entre los municipios de Matanzas, Cárdenas se caracteriza por ser uno de los de mayor prevalencia de DM, el análisis de la situación de salud del año 2016 reportó al Policlínico Comunitario José Antonio Echeverría como el más representativo, con una prevalencia de 8,5 %. Sin embargo, no se han realizado estudios acerca de la disponibilidad de recursos humanos y materiales para brindar una atención médica de calidad ni en el municipio ni en esta área de salud.

Estudios en otros países ha reportado que la escasez de recursos materiales, del personal y su capacitación son factores que influyen negativamente en la adherencia a las guías clínicas, en el control glucémico y satisfacción de los pacientes.[13-15]

Por lo anteriormente expuesto se propone realizar una evaluación de la estructura que posee el Policlínico Comunitario José Antonio Echeverría para que los pacientes reciban

atención médica de alta calidad, lo que permitirá priorizar problemas, asignar recursos y evaluar políticas de salud.

El objetivo del presente estudio es evaluar la estructura que posee el Policlínico Comunitario José Antonio Echeverría de Cárdenas para la atención a los pacientes diabéticos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativo. El universo estuvo constituido por el total de personas con diagnóstico de DM2 dispensarizados en el área de salud (N=3036). De ellos se calculó una muestra, determinada por medio de la aplicación de la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra mínimo necesario en poblaciones finitas, cuya expresión es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$\text{donde} \quad n_0 = \frac{(1{,}96)^2 PQ}{E_0^2}$$

Como parámetro a estimar, se utilizó el porcentaje de pacientes con DM2 que han recibido adecuada atención (60 %) resultado de una investigación realizada anteriormente,[A] se fijó un error relativo de un 6,0 %, la confiabilidad a utilizar fue del 95 %, se consideró un efecto de diseño de 1,5 y una caída muestral de un 10 %. La muestra teórica planificada fue de n=390, pero se estudiaron 375 diabéticos tipo 2, representó un 4 % de pérdida, lo cual fue inferior a lo previsto en el diseño.

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico estratificado, de tipo equiprobabilístico, donde inicialmente se estratificó por grupo básico de trabajo (GBT) luego, en la primera etapa se seleccionaron los CMF (15 de 28 CMF) con probabilidades proporcionales a sus tamaños (todos los pacientes diabéticos dentro de cada CMF), en la segunda etapa se seleccionaron los pacientes con DM2, la selección se efectuó por muestreo simple aleatorio.

Para esta parte de la investigación se tuvo en cuenta hasta la primera etapa.

Tanto para el cálculo del tamaño de la muestra, como para la selección, se utilizó el paquete de programas EPIDAT versión 4,0.

Las variables del estudio fueron:

- Recursos humanos: cobertura de médicos de la familia, cobertura de enfermeras de la familia, cobertura de especialistas de medicina general integral en los CMF, disponibilidad de especialistas de medicina interna en los grupos básicos de trabajo (GBT), disponibilidad de psicólogos, cobertura de técnicos de laboratorio, disponibilidad de especialista o máster en nutrición u orientadora nutricional.
  Capacitación: capacitación de médicos de la familia sobre el tema en el último año, capacitación de enfermeras sobre el tema en el último año.
- Recursos materiales: disponibilidad de locales de consulta, cobertura de esfigmomanómetros calibrados, cobertura de estetoscópios, cobertura de glucómetro con tiras reactivas (biosensor), cobertura de pesas calibradas por consultorios, cobertura de tallímetros calibrados por consultorios, cobertura de electrocardiógrafos, cobertura de reactivos de laboratorios en los últimos 3 meses, disponibilidad del Programa de Diabetes Mellitus y/o Guía de DM2, disponibilidad de consulta especializada de DM en el área de salud.

Técnicas y procedimientos

Técnicas de revisión de documentos:

- Se buscó información en bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS).
- Análisis de la situación de salud (ASIS) del territorio.
- ASIS del área de salud.
- Registros estadísticos del área de estudio.
- Registro de capacitación del departamento de docencia.

Técnicas de recogida de información:

- Entrevista semiestructurada al jefe del

departamento de recursos humanos.
- Entrevista semiestructurada al jefe del departamento de docencia.
- Entrevista semiestructurada al jefe del departamento de laboratorio clínico.
- Guía de observación.

Para evaluar el componente estructura se confeccionó una guía donde se consideraron 19 indicadores diseñada para este fin, a partir de los resultados evaluativos fue posible emitir juicios de valor acerca de las dimensiones de estructura, desde la comparación de estas dimensiones con los estándares establecidos. Para la confección de la guía se consultaron varios expertos y se revisaron: el Programa del Médico y Enfermera de la Familia,[8] el Programa Nacional de Diabetes Mellitus,[16] el Manual para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético a Nivel Primario de Salud.[17]

Para evaluar la disponibilidad de recursos humanos en el área de salud, se realizó entrevista semiestructurada al jefe de recursos humanos, además se revisó la plantilla del personal del policlínico. Para evaluar la capacitación de médicos y enfermeras sobre el tema de DM, se visitó la subdirección de docencia donde se realizó una entrevista semiestructurada a la jefa del departamento y se buscó constancia de algún documento de control existente.

La disponibilidad de recursos materiales necesarios para la realización de complementarios (reactivos), se obtuvo mediante la revisión de las tarjetas o vales de entrada y salida del almacén y laboratorio, además de la entrevista realizada a la jefa del departamento de laboratorio clínico del policlínico. Para conocer el estado y disponibilidad de equipos, se revisó el sello de control de calidad y el registro o control de mantenimiento de los equipos en los CMF.

Para evitar conflictos éticos y de intereses, la autora principal del estudio realizó las entrevistas y las visitas a los CMF.

De forma general se determinó –por expertos- evaluar la estructura de la forma siguiente:

Suficiente: si todos los criterios fueron evaluados de adecuados.

Indicador: total de criterios esenciales adecuados / total de criterios evaluados x 100
Estándar: 100 %

Insuficiente: si no cumple con el estándar señalado.

La información se captó de los formularios aplicados a una base de datos confeccionada en Excel. Se realizó un análisis exploratorio de la información para detectar posibles omisiones o errores y realizar correcciones pertinentes.

Se calcularon números y porcientos como medida de resumen para variables cualitativas. El procesamiento se realizó por medo del paquete estadístico SPSS versión 21,0.

Se solicitó el consentimiento informado a los proveedores que participaron en el estudio. La investigación se realizó siguiendo lo establecido en los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y revisiones posteriores. Los objetivos del estudio y su importancia se explicaron a los que participaron en la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida durante el estudio, la cual solo será utilizada con propósitos docentes e investigativos.

[A] León M. Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético tipo 2 en dos policlínicos de Guanabacoa. La Habana:INHEM;2015.

RESULTADOS

Al realizar el estudio se constataron problemas con la cobertura de los recursos humanos. De los 15 CMF incluidos en el estudio, dos de ellos no disponían del médico de la familia y tres carecían de la enfermera, lo que representó el 86,7 y el 80,0 % respectivamente. En cuanto a los demás especialistas y técnicos que conforman los GBT del área se alcanzó el estándar fijado. El 80,0 % de los médicos que prestaban servicios en los consultorios (12) eran especialistas en medicina general integral y el 58,3 % de las enfermeras (7) licenciadas. (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de la cobertura de recursos humanos

Cobertura de recursos humanos	Resultados		Estándar (%)	Evaluación del criterio
	No	%		
Médicos de la familia	13	86,7	≥ 90 %	Insuficiente
Enfermeras de la familia	12	80,0	≥ 90 %	Insuficiente
Especialista de MGI	12	80,0	≥ 50 %	Suficiente
Especialista de medicina interna	2	100	1 x GBT	Suficiente
Psicólogos	2	100	1 x área	Suficiente
Especialista o diplomado en nutrición				
Técnicos de laboratorio	1	100	1 x área	Suficiente
	11	100	al menos 10 en el policlínico	Suficiente
Total de criterios evaluados de suficientes	5			

Se comprobó la realización de una conferencia durante el periodo analizado, aunque no asistieron todos los integrantes del equipo básico de salud, (EBS) asistieron ocho médicos y siete enfermeras de esta área, lo que representó entre el 61,5 y el 58,3 % respectivamente, ambos criterios fueron evaluados de insuficientes por mostrar valores muy bajos del indicador. (Tabla 2).

Tabla 2. Capacitación de recursos humanos

Capacitación sobre DM en el último año	Resultado		Estándar (%)	Evaluación del criterio
	No	%		
Médicos de la familia	8	61,5	≥ 70 %	Insuficiente
Enfermeras de la familia	7	58,3	≥ 70 %	Insuficiente
Total de criterios evaluados de suficientes	0			

En el acápite recursos materiales se hace referencia al mínimo de los instrumentos y materiales de que deben disponer los CMF relacionados con la atención al paciente diabético, así como la existencia de la consulta de atención integral al diabético en el policlínico y la disponibilidad de documentos normativos. Las disponibilidades de los recursos materiales no fueron suficientes, varios de estos (4) no alcanzaron el estándar establecido, tal fue el caso de los glucómetros, estetoscopios y esfigmomanómetros; en el momento de realizar la investigación no existían esfigmomanómetros o estaban rotos en 10 CMF, lo que representó un 33,3 % de disponibilidad, en el caso del glucómetro en 6 de los 15 consultorios no lo tenían y no disponían de tiras reactivas. En solo 7 CMF se encontraba disponible el Programa DM, Guía de DM2 o Manual para diagnóstico y tratamiento del paciente diabético en el nivel primario de salud, lo que representó un 46,7 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Disponibilidad y evaluación de los recursos materiales

Disponibilidad de recursos materiales	Resultado		Estándar	Evaluación del criterio
	No	%		
Locales de consulta	8	100	Al menos 1 local x cada 2 CMF	Suficiente
Glucómetros	9	60,0	100 %	Insuficiente
Esfigmomanómetros	5	33,3	100 %	Insuficiente
Estetoscopios	11	73,3	100 %	Insuficiente
Pesas calibradas	8	100	Al menos una en cada local de consulta	Suficiente
Tallímetros por consultorios	8	100	Al menos una en cada local de consulta	Suficiente
Electrocardiógrafo	1	100	Al menos uno funcionando en el área	Suficiente
Reactivos de laboratorios en los últimos 3 meses	90	97,0	≥ 95 %	Suficiente
Programa DM, Guía de DM2 o Manual para diagnóstico y tratamiento del paciente diabético en el nivel primario de salud	7	46,7	100 %	Insuficiente
Disponibilidad de consulta atención integral al diabético	1	100	Que exista consulta	Suficiente
Total de criterios evaluados de suficientes	6			

Para emitir un juicio de valor sobre la dimensión estructura, resultaron ser satisfactorios 11 de 19 indicadores, para un 57,9 %, por lo que se evaluó dicha dimensión de insuficiente. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de la dimensión estructura

Criterios	Criterios a evaluar	Criterios evaluados satisfactoriamente
Cobertura de recursos humanos	7	5
Capacitación de recursos humanos	2	0
Disponibilidad de recursos materiales	10	6
Total de criterios evaluados de suficientes	19	11
Estándar alcanzado		57,9 %
Evaluación de la estructura		Insuficiente

DISCUSIÓN

En la literatura no se encontraron muchos estudios nacionales que evaluaran la calidad de la atención en los diabéticos tipo 2, en la atención primaria.

Si se cuenta con una estructura apropiada quedará sentada la base para un proceso y desarrollo adecuados de las actividades de

asistencia a cualquier paciente con enfermedades crónicas y en este caso al diabético. De este modo el sistema en el cual se brinda la atención, determina en gran medida los procesos para el personal de salud. Básicamente miden los bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios.[18]

En Cuba en el año 2010 como parte de las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud encaminadas a continuar mejorando el estado de salud de la población, con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad, se realiza una nueva actualización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, donde a partir de un nuevo reordenamiento a nivel de la APS se garantiza la cobertura universal y se enfatiza en sus cuatro herramientas esenciales: la dispensarización, el análisis de la situación de salud, el ingreso en el hogar y las interconsultas. También se plantea la necesidad de una revolución en los equipos de dirección de las instituciones, donde se logre la participación comprometida, con interés y motivación de los trabajadores para que el proceso de trasformación se corresponda con los momentos actuales.[19]

El sistema de salud cubano garantiza que el 100 % de la población se encuentre atendida en el nivel primario, la presencia del facultativo en los CMF es el elemento fundamental para el seguimiento del paciente con una enfermedad crónica.

Si es necesario contar con la presencia del médico y la enfermera en los consultorios, es imprescindible la estabilidad de estos en el servicio.

Una brecha detectada en este estudio y que repercute en la calidad de la atención, es la ausencia del médico en dos consultorios y de la enfermera en tres de ellos, esto interfiere en la continuidad y seguimiento del paciente, lo que genera insatisfacciones con la atención, de ello se deduce que no se realice la atención integral que se debe ofrecer a este tipo de enfermos, por tanto, se afecta el cumplimiento de las actividades propuestas por el programa.

Un estudio realizado en México con el objetivo de evaluar las necesidades de los recursos humanos para la atención a los diabéticos en la atención primaria y con los que se está íntegramente de acuerdo, reconocen que la escasez del personal es un factor que influye negativamente en la calidad de la atención. Además, plantean que el equipo básico de salud responsable de la prestación de servicios al diabético trabaje de forma interdisciplinaria, en el que se destaca la labor del médico, enfermera y el especialista en nutrición. En dicho estudio, todo el personal requerido para la atención integral de estos enfermos se encontró completo.[15]

Se solicitaron las evidencias sobre los cursos o capacitaciones realizadas sobre el tema de DM en el último año, durante la entrevista a la jefa del departamento de docencia del área de salud refirió que estas actividades docentes se planifican acorde a los principales problemas de salud que afectan a la población a nivel de área.

Benito N Ramos,[20] plantea que la asesoría debe ser interna y externa. Los facultativos deben recibir el apoyo externo por parte de los profesores del grupo básico de trabajo, así como es responsabilidad de cada profesional su auto capacitación, pues es muy importante mantenerla como fundamentación del manejo continuo.

Suñol [21] refiere que la actuación técnica depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuada y la destreza en ejecutar dichas estrategias. La corrección de la actuación técnica se juzga en comparación con lo mejor de la práctica, o sea, la corrección de la asistencia técnica es proporcional a la habilidad prevista para conseguir aquellas mejoras en el estado de salud que la ciencia y la tecnología de la asistencia sanitaria han hecho posible en cada momento. Si se le denomina eficacia a la parte realizada de lo conseguible, la calidad de la asistencia técnica es proporcional a su eficacia.

Los procesos de superación o capacitación deben ser estrategias organizadas y planificadas a partir de las necesidades de aprendizaje que se identifiquen en los procesos productivos y de prestación de servicios, los que se desarrollan con el propósito de elevar el nivel de actualización científico-técnica, así como las competencias que deben demostrar los profesionales para el desarrollo de sus funciones y actividades, en dependencia del puesto de trabajo en que se desempeñan.[22]

Proporcionar capacitación de acuerdo con las necesidades es vital, pues la educación continua es crucial para la mejora de la calidad en la atención en salud.

Suárez Pérez y cols.[23] señalan que para abordar el problema de salud en la diabetes es necesaria la capacitación del proveedor de salud para un mayor desempeño en estas actividades.

Vicente Sánchez y cols.[24] en su estudio concluyen que los proveedores de salud reconocen la necesidad de recibir capacitación sobre el diagnóstico y tratamiento de la diabetes para mejorar su desempeño profesional y elevar la calidad de la atención médica a este segmento de la población. En el presente estudio se constata que el personal técnico profesional no recibe la capacitación adecuada. Por tanto, se limitan sus competencias específicas.

En la práctica médica que se realiza con los diabéticos es imprescindible la toma de la tensión arterial (TA) y la valoración pondoestatural para efectuar el cálculo de índice de masa corporal (IMC), aspectos importantes en el control metabólico, así como la medición de la glucemia. Por ello es imprescindible contar con la presencia de instrumentos necesarios para su medición: esfigmomanómetro, glucómetros con tiras reactivas, pesa calibrada y tallímetro.[16,17]

La guía o el manual son instrumentos básicos que deben ser revisados constantemente por el médico para realizar un adecuado diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. Se concuerda con Mirabal Nápoles y cols.[25] quienes plantean que los documentos normativos constituyen una guía para el trabajo de los evaluadores, que en consecuencia, favorecen la preparación de los evaluados.

Tambo y cols.[26] en un estudio realizado en España donde describen la percepción de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas en la atención primaria, reportan como elemento favorecedor, que los proveedores de salud tienen disponibles guías y protocolos que les permiten llevar un control de revisiones periódicas respecto al tema. Resultado que difiere a lo encontrado en el presente estudio, pues las de guías para diagnóstico y tratamiento del paciente diabético solo se encontraron disponibles en siete consultorios (46,7 %).

En esta investigación es evidente la falta de recursos materiales y de las condiciones mínimas que debe reunir un local de consulta, que a pesar de estar estipulado no se cumple y repercute en la calidad de las prestaciones. Estos resultados revelan discordancia con los encontrados por Vicente Sánchez y cols.[24] donde se contó con el instrumental necesario para la atención y seguimiento adecuado de las personas con diabetes.

Estos resultados reflejan debilidades en el enfoque adecuado que debe realizar el EBS en la atención al diabético, cuyas causas pueden estar relacionadas con elementos objetivos y subjetivos que deben ser estudiados. Lo anteriormente expuesto repercute en la calidad de los servicios que se le brinda a la población y en la satisfacción percibida por ellos sobre la atención que reciben del sistema de salud.

La estructura resultó insuficiente, existieron deficiencias de índole material, estructural, organizacional, funcional y metodológica que pueden repercutir en la calidad de las prestaciones de los servicios que se prestan a los pacientes diabéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 25 Ago 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf

2. Medline Plus. Diabetes tipo 2 [Internet]. Bethesda MD: National Library of Medicine; 2017 [citado 5 May 2018]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm

3. American Diabetes Association. Diabetes tipo 2 [Internet]. Virginia: American Diabetes Association; 2016 [citado 20 Ago 2017]. Disponible en: http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/

4. Centro para el Control y la prevención de enfermedades. Diabetes [Internet]. Atlanta: CDC; 2016 [citado 8 Dic 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/media/presskits/aahd/diabetes.pdf

5. Centro para el Control y la prevención de enfermedades. Trabajando para revertir la epidemia de Estados Unidos. De un vistazo [Internet]. Atlanta: CDC; 2016 [citado 8 Dic 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/diabetes.htm

6. Schafer AI, Goldman C. Tratado de Medicina Interna [Internet]. 25 ed. Barcelona: Elsevier; 2016 [citado 8 Dic 2017]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338002299

7. Clínica Universidad de Navarra. Saber más sobre la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2015 [citado 25 Ago 2016]. Disponible en: http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/diabetes-tipo-2

8. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. La Habana: ECIMED; 2011 [citado 22 Mar 2018]. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_de_medicina/prog_med_fam/programa_med_enf_completo.pdf

9. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo del ministerio de salud pública para el año 2016. La Habana: ECIMED; 2016

10. Menéndez E, Orozco D. Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a diabéticos en España: resultados del estudio Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2. Atención Primaria [revista en Internet]. 2016 [citado 22 Dic 2017];48(2):[aprox. 3p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-pacientes-profesionales-sanitarios-sobre-S0212656715001651

11. Akachi Y, Kruk ME. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 26 Dic 2017]. Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-180190/en/

12. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017 [citado 13 Mar 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne

13. Francke AL, Smitt MC, DE Veer Aj, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008;8(1):38

14. Gross R, Tabenkin H, Porath A, Greenstein M, Porter B, Matzliach R. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. Fam Pract. 2003;20(5):563-9

15. Doubova SV, Ramírez C, Figueroa A, Pérez R. Recursos humanos para la atención de pacientes con diabetes en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx [revista en Internet]. 2013 [citado 27 Feb 2018];55(6):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n6/v55n6a9.pdf

16. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diabetes [Internet]. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2017 [citado 1 Ene 2018]. Disponible en: http://temas.sld.cu/diabetes/programa-nacional-de-atencion-al-diabetico/

17. Díaz O, Orlandi N. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud [Internet]. La Habana: ECIMED; 2016 [citado 23 Feb 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_diag_ttmo_paciente_diabetico/manual_diag_ttmo_pte_diabetico_completo.pdf

18. Ávalos MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria de salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Rev Horizonte Sanitario [revista en Internet]. 2010 [citado Ene 2018];9(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA ISABEL ARTICULO.pdf

19. Placeres JF, Martínez J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2014 [citado 12 Nov 2017];36(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es

20. Ramos BN. Control de calidad de la atención de salud. Educ Med Super [revista en Internet]. 2006 [citado 12 Nov 2018];20(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100008&lng=es

21. Suñol R. Entrevista al profesor Avedis Donabedian. Rev Calidad Asistencial [revista en Internet]. 2001 [citado 12 Dic 2017];16(1):[aprox. 8p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo

=2831821

22. Urbina O. La educación de posgrado en las universidades médicas cubanas. Educ Med Super [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Feb 2018];29(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1412015000200017&lng=es

23. Suárez R, García R, Aldana D, Díaz O. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2000 [citado 7 Ene 2018];11(1):[aprox. 9p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end06100.htm

24. Vicente B, Rivas E, Zerquera G, Peraza D, Rosell I. Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 7 Dic 2017];2(4):[aprox. 13p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/75

25. Mirabal M, Rodríguez J, Guerrero M, Álvarez M. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. Humanidades Médicas [revista en Internet]. 2012 [citado 4 Feb 2018];12(2):[aprox. 23p]. Disponible en: http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/114/120

26. Tambo E, Carrasco JM, Mayoral S, Rabanaque MJ, Abad JM. Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas. Rev Calidad Asistencial [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Feb 2018];28(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-percepciones-pacientes-profesionales-sanitarios-sobre-S1134282X12001029