Artículos originales

Evaluación de la calidad del proceso de atención a los diabéticos tipo 2

Quality Evaluation of the Care Process for Type 2 Diabetics

Addys Díaz Piñera[1] Lisbeth Fernández González[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Armando Humberto Seuc Jo[1] Nelsy Álvarez Mesa[2]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Joaquín Albarrán, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Díaz-Piñera A, Fernández-González L, Rodríguez-Salvá A, Seuc-Jo A, Álvarez-Mesa N. Evaluación de la calidad del proceso de atención a los diabéticos tipo 2. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 4]; 10(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/748

Resumen

Fundamento: la diabetes mellitus es un problema de salud serio con tendencia ascendente. Cada año fallecen un número considerable de personas como consecuencia de sus complicaciones que derivan de un mal control, por lo que el mejoramiento de la calidad de la atención constituye un reto para los sistemas de salud.
Objetivo: evaluar la calidad de la atención mediante la revisión de las historias clínicas y la indagación en algunos de los indicadores del programa, en un área de salud del municipio Cárdenas durante el año 2016.
Método: se realizó una investigación de sistemas y servicios de Salud, utilizando un muestreo por conglomerado bietápico. Las variables estudiadas estaban relacionadas con el cumplimiento de las principales actividades establecidas en el proceso de atención al paciente y otras con los conocimientos, capacitaciones y satisfacción de los proveedores. Se aplicaron instrumentos probados en estudios anteriores. Para el vaciamiento y análisis de los resultados se utilizaron los paquetes estadísticos Access 2000 y SPSS 21.0.
Resultados: la evaluación del proceso, nivel de conocimiento, capacitaciones y satisfacción de los proveedores fue no adecuado en el área estudiada, al no alcanzarse los estándares propuestos para ninguno de los criterios.
Conclusiones: la atención que recibieron estos pacientes no es adecuada ya que existieron dificultades en el cumplimiento del programa, lo que repercutió en su seguimiento y control.

Palabras clave: evaluación de la calidad, atención médica, calidad de la atención de salud, diabetes mellitus

Abstract

Background: diabetes mellitus is a serious health problem with an upward trend. Every year a considerable number of people die as a result of their complications that derive from poor control, so improving the quality of care constitutes a challenge for health systems.
Objective: to evaluate the quality of care by reviewing the medical records and investigating some of the program indicators, in a health area of the Cárdenas municipality during 2016.
Method: an investigation of health systems and services was carried out, using a two-stage conglomerate sampling. The variables studied were related to the fulfillment of the main activities established in the patient care process and others with the knowledge, training and satisfaction of the providers. Instruments tested in previous studies were applied. The statistical packages Access 2000 and SPSS 21.0 were used to collect and analyze the results.
Results: the evaluation of the process, level of knowledge, training and satisfaction of the suppliers was not adequate in the studied area, as the proposed standards were not reached for any of the criteria.
Conclusions: the care received by these patients is not adequate since there were difficulties in the fulfillment of the program, which affected on its follow-up and control.

Key words: outcome assessment, medical care, quality of health care, diabetes mellitus

Recibido: 2019-10-01 11:14:38
Aprobado: 2020-07-01 10:56:49

Correspondencia: Addys Díaz Piñera. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. addysdiaz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes, caracterizados por una hiperglucemia crónica causada por la deficiencia en la secreción de insulina por el páncreas o al aumento de su resistencia periférica.[1]

Existen varios tipos de DM, que habitualmente responden a la interacción de factores genéticos, ambientales y elecciones de modos de vida. Es una enfermedad no transmisible, que por la severidad y diversidad de sus complicaciones agudas y crónicas ocasiona altos costos a la salud pública, la sociedad y la economía de los países.[1,2]

Su comportamiento en las últimas décadas ha demostrado su carácter epidémico. En el 1980 existían 108 millones de adultos con diabetes frente a 422 millones en el 2014. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo como el sobrepeso o la obesidad. En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes, el 43 % de forma prematura, siendo superior en los países de mediano y bajo ingreso.[1]

Se espera que estas cifras se incrementen en los próximos años. Los países con mayores prevalencias de DM en Centroamérica son: Puerto Rico (13 %), Nicaragua (12,4 %), República Dominicana (11,3 %) y Guatemala (10,9 %).[3]

No obstante, a pesar de todas las acciones que ayudan a controlar el avance de esta enfermedad y sus complicaciones, cada año fallece un número considerable de estas personas, de ahí, que sea considerada un problema de salud serio y creciente; muchas veces como consecuencia de una atención que no contempla las especificidades de la cronicidad y utiliza modelos asistenciales inadecuados.[4]

La atención a las personas con enfermedades crónicas requiere un modelo que garantice una atención de calidad, facilite el seguimiento longitudinal del paciente, favorezca su participación activa en las decisiones que se asuman y promueva la adherencia al tratamiento.[5]

En Cuba, la DM se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte desde finales de 1960. En el 2016 fallecieron 2 247 diabéticos para una tasa de 20,0 por 10^5 habitantes con 1,3 años de vida potencialmente perdidos por mil habitantes. En ese mismo año la prevalencia fue de un 48,0 % para el sexo masculino y 68,5 % para el femenino,[6] cifra que pudiera ser mayor con una adecuada actualización de la dispensarización.

Desde el año 1972, en Cuba se crearon los Centros de Atención al Diabético (CAD), en 1975, se implementó el Programa Nacional de Diabetes Mellitus y se crearon consultas integrales de atención al diabético en el nivel primario de atención.

Cuando la diabetes no es atendida adecuadamente, las consecuencias para la salud y el bienestar son graves. Constituyen elementos claves en la evolución y pronóstico de la enfermad el diagnóstico temprano, el acceso y la cobertura de salud.[2]

El sistema de atención al paciente con enfermedades crónicas en Cuba se lleva a afecto a través del modelo de medicina familiar y el proceso de dispensarización que de forma dinámica, organizada y continua permite evaluar del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, además de registrar, diagnosticar, intervenir y dar seguimiento a la población.[7]

Las medidas orientadas para mejorar el estado de salud de estas personas deben llevarse a cabo y profundizarse en el Nivel Primario de Atención, tanto a nivel del consultorio médico como en las consultas integrales realizadas por un equipo multidisciplinario. Existen procedimientos establecidos para su realización como la entrevista médica, la exploración física, la valoración nutricional, orientaciones para modificar los estilos de vidas o factores de riesgo que coexistan, indicaciones complementarias (cada vez que sea necesario) y tratamiento, entre otras. Toda esta información debe registrarse en la historia clínica individual,[8] sin embargo, en muchas ocasiones se obvia por parte del médico de la familia.

La calidad de la atención que se brinde a estos pacientes es de vital importancia. Una atención de calidad es aquella que se ofrece con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer las necesidades de salud del paciente, sus expectativas y las de los proveedores, a un costo razonable,[9] además debe ser evaluable.

Una historia clínica adecuada, precisa, constituye una de las formas más objetivas de medir el desempeño profesional del médico y un arma poderosa para evaluar la calidad.[9]

La provincia Matanzas se encuentra entre las provincias de mayor prevalencia de diabetes mellitus en el país, (69,4x 1000) habitantes en el 2015. En igual periodo fallecieron a consecuencia de esta enfermedad en esa provincia 102 personas para una tasa de 14,5 x cada 10^5 habitantes.[6] Dentro del municipio Cárdenas el Policlínico Docente Comunitario José Antonio Echeverría es uno de los más representativos con una prevalencia de 8,3 %, además existe un aumento de las atenciones médicas por esta causa (Análisis de la situación de salud. Policlínico Docente Comunitario José Antonio Echevarría 2015)

Teniendo en cuenta lo antes planteado se propuso evaluar la calidad de la atención al paciente con diabetes mellitus mediante la revisión de las historias clínicas y la indagación en algunos de los indicadores de este programa en un área de salud en el municipio Cárdenas.

MÉTODOS

Este estudio forma parte de un proyecto de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, dirigido por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiologia y Microbiología, encaminado a evaluar la calidad de la atención al paciente diabético tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. Se desarrolló en el Policlínico Docente Comunitario José Antonio Echevarría del municipio Cárdenas entre abril y octubre del 2017. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo.

Dentro de las tareas propuestas estaba la de valorar el proceso de atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el área de salud antes mencionada a través de la revisión de las historias clínicas y de algunos indicadores relacionados con los recursos humanos.

Se efectuó un muestreo por conglomerados bietápico. En una primera etapa se seleccionaron 15 consultorios médicos de los 28 que dispone el área de salud y en una segunda etapa 25 pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 15 años dentro de cada consultorio seleccionado para un total de 375 pacientes, a los cuales además de realizarles algunos procedimientos se les aplicó un cuestionario.

Se decidió auditar al 100 % de las historias clínicas de estos pacientes que estuvieran disponibles en los consultorios médicos. También se encuestaron a los 13 médicos de la familia pertenecientes a estos consultorios y se realizaron grupos focales.

Se confeccionaron criterios, indicadores y estándares por un grupo de expertos y se diseñaron instrumentos que se utilizaron previamente un estudio en la provincia La Habana.

Para valorar el proceso de atención se consideraron 15 criterios, los cuales se muestran a continuación. (Tabla 1).

- 8 se recogieron a través de una auditoría del año 2016 realizada a las historias clínicas.
- 3 de las encuestas realizadas a los pacientes.
- 4 en las encuestas realizadas a los médicos de la familia.

Tabla 1. Categorías estudiadas

Variables estudiadas según categorías		
Proceso	Revisión de las historias clínicas	. Seguimiento de los pacientes en consulta y en terreno. . Interrogatorio, examen físico, examen de los pies, mensuraciones. . Educación diabetológica e indicación de los complementarios esenciales
	Encuestas a pacientes	. Tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico. . Adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green-Levine
Recursos humanos	Encuesta a médicos de familia	. Conocimientos, capacitaciones sobre el tema y la satisfacción con los servicios brindados y con la atención que reciben del sistema de salud

Se evaluó la calidad de adecuada si:

- el 90 % o más de los criterios relacionados con el proceso son evaluados de adecuados.
- Si el 80 % o más de los médicos están satisfechos con la atención brindada y la recibida por el sistema de salud.
- el 70 % del personal de salud han recibido una capacitación en el último año.
- el 85 % o más tienen conocimientos actualizados sobre el tema.

Se evaluó la calidad de inadecuada: Si no cumplían con lo anteriormente señalado.

Para corroborar todos estos elementos se realizaron grupos focales con los médicos y se entrevistó al jefe de departamento de docencia.

Para ejecutar esta investigación se contó con la aprobación del Consejo Científico y Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiologia y Microbiología, el consentimiento de directivos a nivel nacional, provincial, municipal y del área, así como de los médicos de la familia de los consultorios seleccionados.

Para el vaciamiento de la información y análisis de los resultados se creó una base de datos, utilizándose el paquete estadístico SPSS 21.0. Los resultados se expresaron en números y porcientos y fueron presentados en cuadros estadísticos.

RESULTADOS

De 375 historias clínicas a auditar solo se encontraron disponibles 135 (36,0 %). De estas el 48,8 % no contaba con información (escrita) del 2016 y el 100 % estaban incompletas. Se consideró de buena, aquella historia clínica donde más del 75 % de los acápites se encontraban llenos y de forma adecuada, regular entre el 62,5 % y el 75 % y mala por debajo del 62,5 %. A continuación se muestran los resultados de estas evaluaciones según categorías bien, regular y mal. Como se puede observar casi el 86,0 % de las historias fue evaluada de mal. (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de las historias clínicas

Grupo Básico de Trabajo	Evaluación de las historias clínicas (N= 135)							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	*%	No.	%
1	0	0,0	6	4,4	58	43,0	**64**	**47,4**
2	0	0,0	13	9,6	58	43,0	**71**	**52,6**
Total	**0**	**0,0**	**19**	**14,1**	**116**	**85,9**	**135**	**100**

A continuación se muestran las actividades del proceso que fueron medidas a través de la auditoría a las historias clínicas. Los aspectos más afectados fueron: la consulta de seguimiento, el examen de los pies, las mensuraciones y el interrogatorio. Ningún paciente fue visto en las dos consultas establecidas en el año y solo el 28,8 % de los diabéticos fue visto en el terreno.

El estudio alcanza una evaluación muy por debajo del estándar previsto para todos sus indicadores. La información recogida fue escasa, los aspectos relacionados con el ambiente familiar y laboral solo se abordaron en 3,0 y 2,1 % respectivamente. Las mensuraciones correspondientes solo se realizaron en el 5,2 % y se obvia el comentario de los complementarios en los casos que fueron indicados. La educación diabetológica también fue deficiente. La única categoría que alcanzó el estándar establecido fue el tratamiento farmacológico. (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación del proceso

Categorías	Resultado		Estándar	Criterio
	No	%		
Consulta de seguimiento (2 al año)	0	0,0	≥ 95	No adecuado
Visita de terreno (1 al año)	39	28,9	≥ 95	No adecuado
Interrogatorio	13	9,6	≥ 95	No adecuado
Examen físico general	62	45,9	≥ 95	No adecuado
Complementarios indicados	22	16,3	≥ 90	No adecuado
Mensuraciones (peso-talla/IMC)	7	5,2	≥ 95	No adecuado
Examen de los pies	0	0,0	≥ 95	No adecuado
Educación diabetológica	51	37,8	≥ 90	No adecuado
Pacientes con tratamiento no farmacológico (TNF)	31	23,0	100	No adecuado
Pacientes con tratamiento farmacológico (TF)	344	91,7	≥ 90	Adecuado
*Adherencia terapéutica según Test de Morisky	153	44,5	≥ 75	No adecuado
Total de criterios evaluados de suficientes / estándar alcanzado				**1 / 9,0 %**
Evaluación del proceso				**No adecuado**

La adherencia al tratamiento se obtuvo por la aplicación del Test de Morisky (Validado en su versión española con un alpha de Cronbach de 0.6[10] en relación a los 30 días previos a la encuesta del paciente. Esta fue evaluada de no aceptable, entre sus principales causas se encontraron la falta de medicamentos en la farmacia (14,0 %) y se les olvida tomarlos (3,2 %).

De forma general no se alcanza el estándar propuesto, de las 11 categorías pertenecientes al proceso solo una fue evaluada de satisfactoria, por lo que esta dimensión es valorada de no adecuada.

En cuanto a los elementos relacionados con los recursos humanos se obtuvo que ninguna de las cuatro categorías fue evaluada de adecuada. La satisfacción del personal de salud con la atención brindada a los pacientes y la recibida del sistema de salud se midió a través de las encuestas y grupos focales realizados, la cual fue valorada de no adecuada. A pesar haberse realizado en el último año capacitación en el tema, no se logra el porcentaje establecido, así lo demuestran las evidencias mostradas por la jefa del departamento de docencia, lo que concuerda además con los resultados obtenidos luego de la aplicación de un test de conocimiento, donde solo 5 médicos alcanzan o sobrepasan la categoría de aprobado (70 puntos). (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de categorías relacionadas con los recursos humanos

Variables	Estándar	Resultados		Evaluación del criterio
		No	%	
Capacitados del tema en el último año	≥ 80 %	4	31,0	No adecuado
Conocimientos sobre diabetes mellitus.	≥ 85 %	5	38,6	No adecuado
Satisfacción de los médicos con la atención brindada	≥ 80 %	3	23,0	No adecuado
Satisfacción de los médicos con la atención que recibida de los organismos superiores.	≥ 80 %	4	31,0	No adecuado

La evaluación de la calidad de la atención en esta área de salud fue no satisfactoria, ya que no se obtuvo el estándar establecido para cada variable, lo que repercute en el proceso de atención al paciente.

DISCUSIÓN

Varios autores conceptualizan las competencias desde el punto de vista de la aptitud para el desempeño y no tienen en cuenta las evaluaciones de las competencias profesionales para garantizar un desempeño exitoso en la prestación de servicios de salud. Este aspecto está estrechamente relacionado con la calidad de la atención médica que se brinda en todos los niveles de atención de salud.[11]

La evaluación de las historias clínicas según Donabedian, es un arma poderosa para evaluar la calidad y el desempeño profesional del médico y dentro de esta el examen físico constituye un elemento esencial en la valoración global del paciente, tanto por sus implicaciones en el pronóstico como para una adecuada clasificación.[12] Al mismo tiempo el interrogatorio es fundamental para el diagnóstico y seguimiento de cualquier situación de salud.

En este estudio la calidad de las historias clínicas es valorada de mal, entre las principales causas están la escasa información que se recoge sobre todo en relación con el medio en que se desenvuelve el individuo, faltan datos generales del paciente, los exámenes físicos estuvieron incompletos, no se examinan los pies, no se realizan las mensuraciones correspondientes y se obvia el comentario de los complementarios en caso que hayan sido indicados.

El deterioro de la relación médico paciente, el paulatino abandono y subestimación del método clínico y la utilización irracional de la tecnología médica aplicada al diagnóstico ha traído consigo que muchos médicos apenas interroguen y examinen a sus pacientes y no escriban en las historias clínicas,[12] lo que coincide con algunos estudios nacionales e internacionales[13-15] aunque también se han encontrado resultados satisfactorios.[16]

El Programa del Médico y Enfermera de la Familia[17] estipula entre las funciones de los especialistas de los GBT el chequear al azar las historias clínicas individuales de cada médico de la familia, para buscar los posibles errores de contenido que se hayan podido cometer, asesorando su corrección inmediata. Este procedimiento no se realiza con la sistematicidad que está establecida, así lo corrobora la cantidad de historias clínicas que no existen y la mala calidad de las revisadas.

También en este programa se aborda el tema de la dispensarización, donde se estipula la cantidad de veces que debe verse como mínimo las personas según el grupo dispensarial al que pertenece, encontrándose discrepancias en relación con la frecuencia de las consultas y la calidad con que se desarrollan,[17] lo que se evidenció en los resultados obtenidos en la auditoría realizada. Muchos de estos pacientes no fueron vistos en el año.

Las consultas y los terrenos son actividades necesarias que permiten prevenirnos ante cualquier cambio negativo en la evolución del paciente. En este caso determinar el comportamiento o variabilidad de las cifras de glicemia, la detección oportuna de complicaciones, evaluar la efectividad del

tratamiento, educar al paciente con el objetivo de modificar estilos de vida inadecuados y promover en ellos el autocuidado, son acciones que siempre debemos reforzar en cada encuentro que se tengan con estas personas.[1,2]

El examen exhaustivo de los pies para identificar factores de riesgo predictores de úlceras y amputaciones, dos de las complicaciones más frecuentes y costosas tanto desde el punto de vista económico como social, son exámenes importantes que no deben pasarse por alto en estos pacientes, sin embargo no se realizan como está determinado, lo que coincide con estudio realizado por Rodríguez Arias.[18]

En cuanto a la indicación de complementarios se debe señalar que en el paciente diabético es imprescindible el estudio periódico para conocer el control metabólico, así como el estado de la micro y macro circulación. Organismos nacionales e internacionales en sus protocolos describen la periodicidad de los exámenes complementarios.[2,19,20] En este estudio aparecía reflejado en el 16,3 % de las HC y solo comentados en el 5,0 %.

La educación diabetológica, se reconoce como el pilar fundamental del tratamiento del diabético tipo 2, existe evidencia de la asociación de los conocimientos del paciente en el control, autocuidado y mejoría de la DM.[20]

El tratamiento de diabetes tiene dos grandes ejes que son: los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico.

Los cambios en el estilo de vida, son los elementos más importantes del tratamiento y son los que permiten prolongar la expectativa de vida de las personas. La reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso, es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.[2,19,21]

El empleo del tratamiento farmacológico en el paciente diabético debe considerarse cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la enfermedad, tras un periodo razonable después del diagnóstico. Sus objetivos son mantener los niveles adecuados de glucemia, prevenir o postergar las complicaciones, así como prolongar y mejorar la calidad de vida de estas personas.[20,21]

Un aspecto muy importante vinculado al tratamiento es la adherencia terapéutica, que continúa siendo un problema aún no resuelto de naturaleza compleja, que involucra factores subjetivos y comportamentales e interpersonales del paciente.[22,23]

En este estudio la adherencia terapéutica fue baja, superada por otras investigaciones realizadas también en la Atención Primaria como las de Bello Escamilla,[24] Soledad Terechenko[25] y Daniel Pascasio y cols.[26] Sin embargo el estudio realizado por Ramos Rangel y cols.[27] mostró resultados inferiores a este.

Los profesionales de salud y especialmente los del Nivel Primario de Atención, deben indagar sobre la falta de adherencia (detectarla y averiguar sus causas);[23] criterio indispensable para lograr un control adecuado de la diabetes, prevenir la aparición de complicaciones, reducir el número de ingresos hospitalarios, costos sanitarios y la morbilidad y mortalidad asociada, además de mejorar su calidad de vida.

Los médicos entrevistados refieren que existen posibilidades de capacitación o superación en el centro, sin embargo, en el último año pocos fueron capacitados, lo cual se vio reflejado en el manejo recibido por estos pacientes

La satisfacción de los pacientes según Donabedian[12] es un resultado de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de estos, pero tampoco debemos olvidar que la satisfacción de los proveedores también juega un papel importante en este proceso.[28]

Las insatisfacciones estuvieron dadas por malas condiciones de trabajo falta de recursos (equipos, modelos, medios diagnósticos y reactivos), el mal estado de los locales por falta de iluminación, ventilación y privacidad, además equipos básicos de trabajo incompletos, exceso de población que debe ser atendida, priorización de programas de salud, el salario que se percibe y el exceso de trabajo, coincidiendo con otros estudios nacionales e internacionales.[28,29]

A pesar que el nivel de satisfacción de los proveedores con el servicio brindado es bajo, el 52,5 % de las personas entrevistadas estaban

satisfechas con la atención recibida fundamentalmente con el Centro de Atención al Diabético.

Las causas de insatisfacción deben ser analizadas por los directivos de la institución e instancias superiores, con el objetivo de buscar soluciones o alternativas que permitan alcanzar un clima favorable, duradero en la organización que contribuya a mejorar la calidad de las prestaciones que se realizan.[30]

La calidad de la atención recibida por estos pacientes es no adecuada al no alcanzarse los estándares propuestos, se incumplió con los procedimientos establecidos en las consultas y visitas de terreno, lo que repercute en su atención y seguimiento. Existen deficiencias en la cantidad de profesionales capacitados en el tema y en el manejo de los pacientes. Se detectaron otras brechas de índole material, organizativas y económicas que repercute en la satisfacción de los proveedores

Conflicto de intereses: los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Idea conceptual: Addys Díaz Piñera, Lisbeth Fernández González.

Análisis estadístico: Armando Rodríguez Salvá, Armando Seuc Jo.

Revisión de la literatura: Addys Díaz Piñera, Lisbeth Fernández González, Nelsy Álvarez Mesa.

Escritura del artículo: Addys Díaz Piñera, Lisbeth Fernández González, Nelsy Álvarez Mesa.

Revisión crítica: Armando Rodríguez Salvá, Armando Seuc Jo.

Financiación: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 23 Ene 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf

2. Díaz O, Orlandi N. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud. La Habana: ECIMED; 2016

3. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID [Internet]. 7ma. ed. Madrid: FID; 2015 [citado 26 Ene 2019]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/95/avance-nuevo-atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-7-edicion--actualizacion-de-2015

4. Salci MA, Meirelles BHS, Guerreiro DM. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25(1):e2882

5. Organización Panamericana de la Salud. El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas – MAPEC. Unidad temática 1 [Internet]. Washington: OPS; 2012 [citado 2 Feb 2019]. Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/41609/mod_resource/content/1/Binder1.pdf

6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 6 Ene 2019]. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/

7. Márquez M, Sansó FJ, Alonso P. Medicina General–Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: ECIMED; 2011

8. Gobierno de Aragón. Programa de atención integral diabetes mellitus [Internet]. Aragón: Departamento de Sanidad Bienaestar Social y Familia; 2017 [citado 6 Feb 2019]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Atencion_Integral_Diabetes_Mellitus_Aragon.pdf/726e9d57-837c-9a6c-f68e-9038cb2b0733

9. Donabedian A. Reseña de La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Púb Méx [revista en Internet]. 1990 [citado 2 Mar 2019];32(2):[aprox. 3p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217

10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.

Med Care. 1986;24(1):67-74

11. Vicente BM, Vicente E, Costa M, Zerquera G, Blanco Y. Propuesta para evaluación de historias clínicas de pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. CCM [revista en Internet]. 2017 [citado 20 Mar 2019];21(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmec/article/view/2276/970

12. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?. Rev Calidad Asistencial [revista en Internet]. 2001 [citado 2 Mar 2019];16(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/.../MonograficoAvedis 2parte.pdf

13. Zafra J, Veramendi L, Villa N, Zapata M, Yovera E, Yale GU, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Rev Perú Méd Exp Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [citado 28 Feb 2019];30(4):[aprox. 14p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342013000400032&lng=es

14. Arocha MM, Márquez M, Deyne A, Estrada GA. Calidad del desempeño profesional en la Clínica Estomatológica "Fe Dora Beris". MEDISAN [revista en Internet]. 2015 [citado 27 Mar 2019];19(8):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800005&lng=es

15. Díaz A, Rodríguez A, Balcindes S, García R, Álvarez N. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 4 Abr 2019];8(2):[aprox. 17p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/592

16. Matzumura JP, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med [revista en Internet]. 2014 [citado 4 Abr 2019];75(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781

17. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. La Habana: ECIMED; 2011 [citado 20 Mar 2019]. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_de_medicina/prog_med_fam/programa_med_enf_completo.pdf

18. Rodríguez AL. Creando una cultura de la calidad hospitalaria. Medwave [revista en Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2019];13(9):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5810

19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2010 [citado 19 May 2019]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf

20. Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2019];5 Suppl 2:[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf

21. Casanova M, Bayarre H, Navarro D, Sanabria G, Trasancos M. Efectividad de una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. Rev Cubana de Salud Pública [revista en Internet]. 2017 [citado 19 May 2019];43(3):[aprox. 17p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124714156&lang=es&site=ehost-live

22. Reyes FA, Pérez ML, Alfonso E, Ramírez M, Jiménez Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. CCM [revista en Internet]. 2016 [citado 13 May 2019];20(1):[aprox. 20p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es

23. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Atem Prim [revista en Internet]. 2016 [citado 19 May 2019];48(6):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X

24. Bello NV, Cáceres PA. Adherencia al

tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos [revista en Internet]. 2017 [citado 23 May 2019];28(2):[aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es

25. Soledad N, Baute A, Zamonsky J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Rev Med Fam Comun [revista en Internet]. 2015 [citado 23 May 2019];10(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf

26. Daniel G, Ascencio G, Cruz A, Guzmán C. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [revista en Internet]. 2016 [citado 23 May 2019];22(1):[aprox. 8p]. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/23_0.pdf

27. Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina M, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 23 May 2019];7(2):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004&lng=es

28. Ávalos MI. Calidad y gestión de servicios. La evaluación de la calidad en la Atención Primaria de Salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Rev Horizonte Sanitario [revista en Internet]. 2010 [citado 23 May 2019];9(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA ISABEL ARTICULO.pdf

29. Marques NE. Métodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar [Internet]. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2010 [citado 23 May 2019]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/136/

30. Naranjo Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 23 May 2019];6(1):[aprox. 2p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/399