Descargado el: 12-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético

Assessing the Quality of Diabetic Patients Care

Belkis Vicente Sánchez[1] Elodia Rivas Alpízar[2] Gisela Zerquera Trujillo[2] Dania Peraza Alejo[3] Innerys Rosell García[1]

[1] Policlínico Docente Universitario Área V Manuel Piti Fajardo, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Centro de Atención y Educación al Diabético, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[3] Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Vicente-Sánchez B, Rivas-Alpízar E, Zerquera-Trujillo G, Peraza-Alejo D, Rosell-García I. Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2026 Nov 12]; 2(4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/75

Resumen

Fundamento: elevar la eficiencia y efectividad de las acciones del médico y la enfermera de la familia, es requisito indispensable para el desarrollo de una atención médica integral.
Objetivo: evaluar la calidad de la atención al paciente diabético por el médico de la familia, en el área de salud de Abreus.
Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo basado en la aplicación de instrumentos para evaluar el desempeño de médicos de la familia en el tratamiento de la diabetes mellitus en los cinco consultorios de la familia, del área de salud de Abreus en el período de enero a julio del 2011. Se incluyeron los cinco médicos que laboraban en los consultorios y 172 pacientes diabéticos, además se revisaron 172 historias clínicas seleccionadas al azar. Se evaluó mediante la observación, la existencia de algunos recursos materiales necesarios y su calidad en el funcionamiento, la calidad de las historias clínicas y a través de criterios del paciente la calidad de la atención que se brinda.
Resultados: la capacitación científico-técnica sobre diabetes mellitus ha sido insuficiente, existe el instrumental necesario para la atención y seguimiento adecuado de las personas con diabetes. En el 2,9 % de las historias clínicas revisadas aparece el interrogatorio de forma completa, examen físico completo en 12 de ellas y en 26 las indicaciones médicas completas.
Conclusiones: la calidad de la atención médica integral a los pacientes diabéticos incluidos en el estudio se encuentra comprometida. Los médicos entrevistados 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 de estos pacientes.

Palabras clave: garantía de la calidad de atención de salud, atención a la salud, atención al paciente, diabetes mellitus

Abstract

Background: to improve the efficiency and effectiveness of the actions of family doctors and nurses in this area is an indispensable requisite in order to achieve a comprehensive health care.
Objective: to assess the quality of health care provided to diabetic patients by the family doctor in Abreus health area.
Methods: a descriptive and observational study based on the application of tools to assess the performance of family doctors in the treatment of diabetes mellitus in the five family doctors consultation in Abreus health area from January to July 2011 was conducted. The five doctors working in these consultations, as well as the 172 diabetic patients were included in the study. At the same time, 172 randomly selected medical records were also revised. Through observation, the existence of some necessary material resources and the quality of their performance as well as the quality of medical records were evaluated. Patient criteria served to assess the quality of the health care provided.
Results: scientific and technical training on diabetes mellitus has been insufficient; the necessary equipment for the appropriate care and monitoring of patients with diabetes is available; in 2.9% of medical records reviewed, interrogation appears in its complete form including the complete physical examination in 12 of them and the complete medical indications in 26.
Conclusions: the quality of comprehensive medical care to diabetic patients included in the study is compromised. Doctors interviewed recognized the need to be trained in the diagnosis and treatment of diabetes in order to improve their professional performance and enhance the quality of the health care provided to these patients.

Key words: quality assurrance health care, health care (public health), patient care, diabetes mellitus

Recibido: 2011-10-27 14:52:11
Aprobado: 2012-11-13 13:28:24

Correspondencia: Belkis Vicente Sánchez. Policlínico Docente Universitario Área V Manuel Piti Fajardo. Cienfuegos. belkis@caed.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) supone el primer punto de contacto, o de acceso, de la población con los servicios sanitarios, servicios que se proporcionan de forma continua e integrada, en coordinación con otros servicios y atención orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad. Así, en términos generales, podría decirse que el objetivo de la APS se centra en la provisión de servicios sanitarios de calidad, integrados y accesibles, proporcionados por profesionales que abordan un amplio abanico de necesidades de la población, que se desarrolla en la relación con los pacientes, la familia y la comunidad; y que trabaja para disminuir las desigualdades existentes en el nivel de salud entre grupos específicos de la población al ofrecer una atención de calidad.[1]

La APS, por lo tanto, representa un elemento esencial en la provisión de servicios dentro del sistema sanitario, con la característica de atender sujetos sanos y enfermos. Para ello, resulta imprescindible disponer de los datos o información sobre las características de la población atendida para avanzar en el conocimiento de los servicios que se han de ofrecer y que mejor se adapten a las necesidades de dicha población.

En Cuba se concibe la salud como un componente principal de la calidad de vida y como un objetivo estratégico en el crecimiento y desarrollo de la sociedad, en donde el Estado, asume la plena responsabilidad de la atención a la salud de toda la población. Varios proyectos buscan consolidar los resultados de más de cuatro décadas de esfuerzos y elevar la calidad de vida en este país, que, pese al bloqueo estadounidense, ya exhibe indicadores de salud del primer mundo.[1]

Cuba es el país de América, incluidos los Estados Unidos y el Caribe hispano parlante, con más baja tasa de mortalidad por diabetes, 10,3 por cien mil habitantes, resultado de los programas de salud para ese mal aplicados en la Isla. La Federación Internacional de Diabetes (por sus siglas en inglés FID) así lo reconoce, y destaca que en el mundo actual existen 285 millones de diabéticos, lo cual significa un costo a la economía mundial de 376 billones de dólares, o sea, el 11,6 % del gasto sanitario internacional. La labor preventiva y asistencial es el resultado de que hoy en Cuba se alcance esa baja tasa de mortalidad, mientras en otros países alcanza hasta 80 fallecidos por 100 mil habitantes. La diabetes es la cuarta causa de muerte en el orbe y cada 10 segundos un sujeto fallece por una complicación relacionada con ese mal, y en ese lapso dos personas lo desarrollan, y cada 30 segundos un diabético pierde una extremidad, de acuerdo con estadísticas mundiales.[2, 3]

Cienfuegos cuenta actualmente con una población de 404 595 habitantes, y reporta una prevalencia de 2,9 % de personas con diabetes conocida.[4] Se ha destacado en el pasado por iniciativas constantes para la mejora continua de la salud de sus ciudadanos: “Lo primero la vida, lo inmediato, el bienestar”,[5] por tanto se demuestra la creciente necesidad de mejorar de forma constante la atención médica que se les brinda a las personas que padecen esta enfermedad, al hacer énfasis en las acciones de promoción y prevención de salud.

La situación actual de la diabetes al nivel global, de la que no escapa Cuba, hace indispensable que las políticas en relación con dicha, paralelamente con la introducción de los avances tecnológicos que garantizan una mejor atención a las personas con diabetes, se dirijan cada vez más a la implantación, el perfeccionamiento y la evaluación de programas encaminados a la prevención y el diagnóstico temprano. Estos programas deben ir dirigidos, sobre todo, a cambios en los estilos de vida de las personas.[6]

La Atención Primaria de Salud (APS) en el momento actual constituye el pilar fundamental del sistema sanitario y ocupa un escenario de profundas transformaciones con la incorporación a la práctica médica de nuevas o mejoradas tecnologías, la apertura de nuevos servicios y la universalización de la enseñanza, donde se convierte el área salud, en el escenario fundamental de la docencia de las Ciencias Médicas, espacio en el que se complementa la asistencia médica y la investigación, y donde los esfuerzos principales están centrados en el perfeccionamiento del Programa de Atención Médica Integral a la Familia y a la Comunidad.
La necesidad de mejorar la calidad de la atención médica integral que se brinda a la población cubana continúa siendo una prioridad. Elevar la eficiencia y efectividad de las acciones del médico y la enfermera de la familia en función de los problemas de salud a los que se enfrenta, es requisito indispensable para el desarrollo de una atención médica integral que mejore la calidad de la atención y por tanto la satisfacción de la población.

Se realiza la actual investigación con el objetivo de: evaluar la calidad de la atención al paciente diabético en el área de salud de Abreus.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en el que se incluyeron los cinco consultorios del médico de la Familia (CMF) enmarcados en el área de salud de Abreus en el municipio del mismo nombre, en el período de enero a julio del 2011.

De un total de 271 pacientes diabéticos, pertenecientes a los CMF antes mencionados, se seleccionaron 172 pacientes mediante un muestreo aleatorio simple; a quienes se les realizó una entrevista estructurada, además se procedió a la revisión de las historias clínicas de cada uno de ellos, se incluyeron al total de médicos que laboran en los consultorios seleccionados

Se tuvieron en cuanta los indicadores implícitos del Programa Nacional de Atención al Diabético[5] se procedió a establecer los indicadores de estructura y proceso a evaluar (dimensiones que conforman el concepto de calidad de la atención).

Para la creación de cada uno de los indicadores se tomaron en cuenta los siguientes pasos:

1. Enunciado: en el caso de la investigación se trata de porcentajes.
2. Identificar el tipo de indicador: se evaluaron indicadores implícitos de estructura (idoneidad de los profesionales), y de proceso (competencia profesional medida de forma indirecta mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes diabéticos y el grado de satisfacción de estos con la atención recibida).
3. Fundamento de los indicadores: establece la interrelación entre la competencia y el desempeño de los profesionales y la calidad de la atención medica brindada.
4. Población del indicador: número de historias clínicas con interrogatorio, examen físico e indicaciones terapéuticas completas (numerador) y el total de historias clínicas revisadas (denominador).
5. Fuente de obtención de los datos: historias clínicas, entrevista estructurada a los pacientes.

Para la evaluación de los indicadores de estructura se indagó acerca de la competencia de los profesionales (capacitación y autopreparación), mediante la aplicación de una encuesta tomada del programa Epi-Cronic creado en el año 1998 por la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública para la monitorización y evaluación de la calidad de la atención médica.

Con respecto a los indicadores de proceso se realizó una revisión minuciosa de las historias clínicas de los pacientes afectados por la enfermedad, se seleccionaron los criterios: elementos que integran un adecuado interrogatorio, realización de un adecuado examen físico, orientaciones terapéuticas precisas y acordes a las condiciones de los pacientes. Los indicadores se calcularon de la siguiente forma:

$$\frac{\text{No. de historias clínicas con interrogatorio/examen físico /indicaciones terapéuticas completas}}{\text{No. de historias clínicas revisadas}} \times 100$$

La entrevista realizada a los pacientes diabéticos permitió determinar el grado de satisfacción por la atención recibida, con el fin de evaluar de forma indirecta, el desempeño del personal de salud.

Para la evaluación de las entrevistas a pacientes sobre la percepción de la atención recibida y de la calidad de las historias clínicas, se utilizaron los criterios: información recibida sobre su enfermedad y calidad de la información recibida, periodicidad de consultas y terrenos, calidad de la atención médica recibida y estándares creados en la investigación.

Se establecieron los estándares en cada uno de los criterios, y se tuvo en cuenta que es un valor que toma el criterio al indicar el límite entre lo aceptable y lo no aceptable. En el estudio se establecieron al tomar en cuenta los resultados esperados declarados en el Programa Nacional de Atención al Diabético y se utilizó el intervalo siguiente:

Estándares establecidos:
Excelente: ≥ 90,0 %
Aceptable: 70-89 %
Deficiente: <70 %

La información obtenida se sometió a una revisión minuciosa, con el fin de facilitar su análisis y procesamiento.

Los datos obtenidos fueron llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 15,0 en español para Windows; además se utilizó el programa Epi-Cronic para el procesamiento de las encuestas aplicadas a los médicos de familias incluidos en el estudio. Los resultados fueron mostrados en tablas mediante frecuencia absoluta y porciento.

Una vez diseñada la investigación se procedió a su discusión con los directivos municipales y del área de salud, para exponerles la necesidad de la realización de esta investigación y establecer el compromiso, de que una vez terminada, los resultados serían expuestos en la institución para su análisis y discusión con el objetivo de desarrollar las estrategias pertinentes encaminadas a continuar elevando la calidad de la atención a estos pacientes.

RESULTADOS

De forma general en los consultorios seleccionados existe el instrumental necesario para la atención y seguimiento adecuado de las personas con diabetes.

Acerca de la capacitación científico-técnica recibida sobre DM, el 60,0 % de los médicos entrevistados la describen como medianamente suficiente (3 profesionales) e identifican la necesidad de recibir capacitación para el diagnóstico y el tratamiento médico a los pacientes que la padecen. (Gráfico 1).

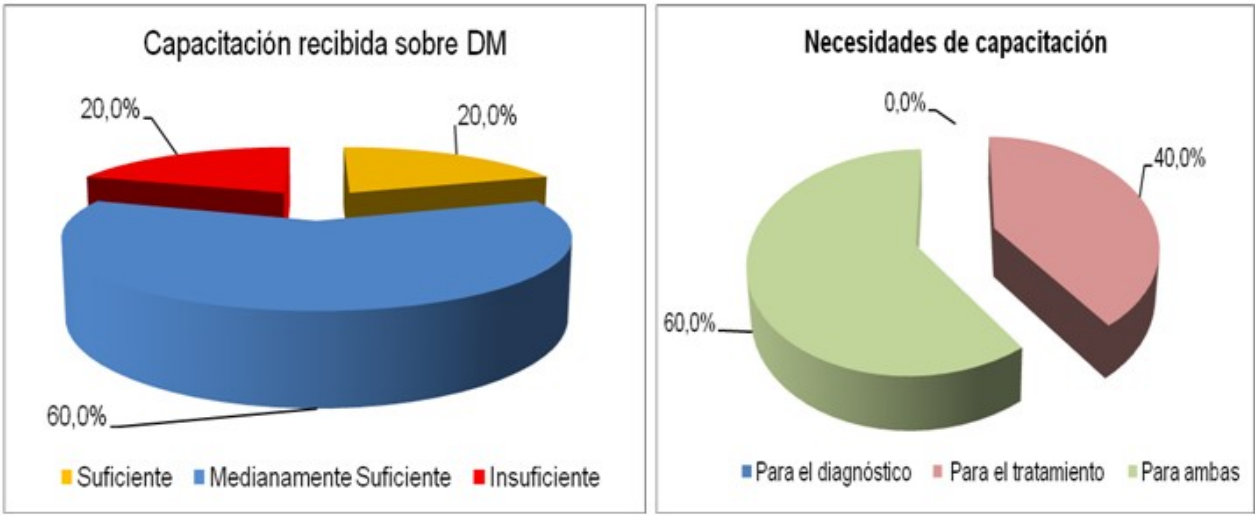


Gráfico 1. Capacitación científico-técnica de los médicos que laboran en los consultorios

En el 92,4 % de las historias clínicas (HC) revisadas se recogen los antecedentes patológicos personales de los pacientes (APP) y se evalúa de excelente. Los datos básicos de la sintomatología de los pacientes al momento de la consulta se recogen en el 77,9 % de las HC y se evalúa de aceptables. El resto de los indicadores se evalúa de deficiente. Solo en el 2,9 % de las HC revisadas aparece el interrogatorio de forma completa. (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de las historias según criterios de la calidad del interrogatorio

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares establecidos	Evaluación
	No.	%		
Presencia de APP	159	92,4	≥ 90,0 %	Excelente
Presencia de APF	8	4,6	≥ 90,0 %	Deficiente
Presencia de información sobre FR	69	40,1	≥ 90,0 %	Deficiente
Presencia de datos básicos de sintomatología	134	77,9	≥ 90,0 %	Aceptable
Presencia de interrogatorio completo (incluye los cuatro criterios anteriores)	5	2,9	≥ 90,0 %	Deficiente

Durante la revisión del examen físico plasmado en cada una de las HC, se evalúan de aceptable los siguientes criterios: cifras de tensión arterial, examen de piel y mucosas, auscultación cardiopulmonar y examen físico de abdomen (todos con resultados por encima del 80,0 %). En ninguna de las HC revisadas aparece registrado en fondo de ojo. El examen físico completo aparece en el 6,9 % delas HC. (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de las historias según criterios de la calidad del examen físico

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares establecidos	Evaluación
	No.	%		
Tensión arterial	162	88,3	≥ 90,0 %	Aceptable
Peso	56	32,5	≥ 90,0 %	Deficiente
Talla	56	32,5	≥ 90,0 %	Deficiente
Índice de masa corporal	45	26,2	≥ 90,0 %	Deficiente
Evaluación nutricional	45	26.2	≥ 90,0 %	Deficiente
Examen de piel y mucosas	150	87,2	≥ 90,0 %	Aceptable
Examen de cuello	23	13,3	≥ 90,0 %	Deficiente
Auscultación cardiopulmonar	158	81,8	≥ 90,0 %	Aceptable
Examen de abdomen	158	81,8	≥90,0 %	Aceptable
Examen de sensibilidad superficial y profunda	12	6,9	≥ 90,0 %	Deficiente
Examen de pulsos periféricos	0	0,0	≥ 90,0 %	Deficiente
Examen de los pies	5	2,9	≥ 90,0%	Deficiente
Fondo de ojo	0	0,0	≥ 90,0%	Deficiente
Presencia de examen físico completo (incluye más del 80 % de los elementos anteriores	12	6,9	≥ 90,0%	Deficiente

En las 172 HC revisadas aparece, al menos, algún tipo de orientación médica, pero solo en el 73,2 % de ellas se recoge el tratamiento farmacológico, lo que se evalúa de aceptable. Sin embargo en el 15,1 % del total aparecen las indicaciones médicas completas al concluir la consulta del paciente diabético. (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de las historias según criterios de la calidad de las indicaciones médicas

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares establecidos	Evaluación
	No.	%		
Presencia de algún tipo de orientación médica	172	100,0	≥90,0 %	Excelente
Dieta según IMC y Evaluación nutricional	28	16,2	≥ 90,0 %	Deficiente
Medidas higiénico-sanitarias (se incluyen ejercicios físicos)	72	41,8	≥ 90,0 %	Deficiente
Presencia de indicaciones de tratamiento no farmacológico completo (incluye los dos elementos anteriores	58	33,7	≥ 90,0 %	Deficiente
Presencia de indicaciones de tratamiento farmacológico	126	73,2	≥ 90,0 %	Aceptable
Presencia de indicación de interconsulta con otros especialistas	23	13,3	≥ 90,0 %	Deficiente
Presencia de indicaciones médicas completas (incluyen todos los elementos anteriores)	26	15,1	≥ 90,0 %	Deficiente

Al resumir la evaluación de las HC de forma general se aprecia que en el 2,9 % de ellas se recoge el interrogatorio de forma completa, en el 6,9 % el examen físico completo, en el 19,7 % las indicaciones completas de exámenes complementarios y en el 15,1 % las indicaciones médicas de forma completa. (Gráfico. 2).

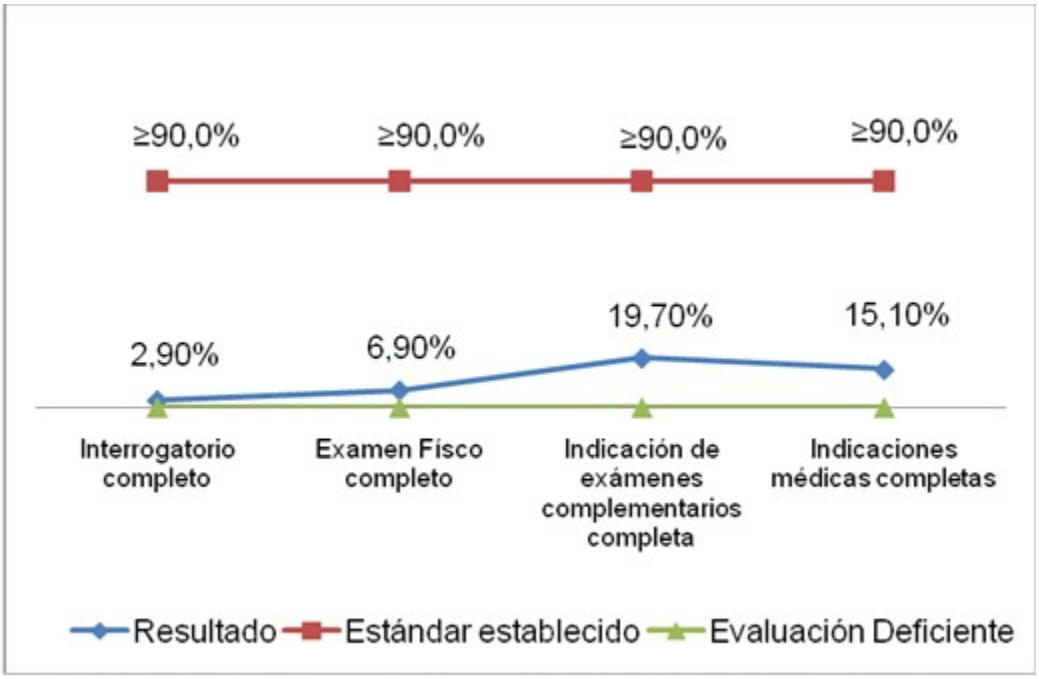


Gráfico 2. Resumen de la evaluación de las HC según criterios seleccionados

De los 172 pacientes diabéticos entrevistados, el 94,2 % de ellos recibió información educativa sobre la DM, sus cuidados y complicaciones (162 pacientes); de ellos el 37,2 % la percibe como información correcta y que satisface sus necesidades y el 50,0 % refiere haberla recibido por las vías adecuadas (Equipo Básico de Salud-EBS-). (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de la calidad de la información educativa recibida sobre la enfermedad

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares establecidos	Evaluación
	No.	%		
Recibieron información sobre su enfermedad (n_1=172)	162	94,2	≥ 90,0 %	Excelente
Contenido adecuado de la información recibida (n_2=162)	64	37,2	≥ 90,0 %	Deficiente
Vía adecuada por la que recibe la información (n_2=162)	86	50,0	≥ 90,0 %	Deficiente

Los porcientos de calcularon basados en:

n1: Total de pacientes entrevistados.

n2: Total de pacientes entrevistados que recibieron información.

Al evaluar la periodicidad de las consultas que los pacientes recibieron, desde su percepción personal, esta se evalúa de deficiente; cabe destacar que el 56,7 % refirieron haber sido vistos en consulta tres veces al año; el 37,2 % fue visitado al menos una vez al año en su domicilio (actividad de terreno) y el 33,7 % fue citado previamente para asistir a consulta, es decir, asistió a consulta programada de antemano. Por otra parte, el 74,1 % de los pacientes percibieron que su enfermedad fue evolucionando de forma favorable como consecuencia de la atención médica recibida por parte de su EBS y el 72,0 % reconoció que se debe mejorar la calidad de dicha atención. (Tabla 5).

Tabla 5. Evaluación de la calidad de la periodicidad del seguimiento recibido

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares establecidos	Evaluación
	No.	%		
Periodicidad adecuada en consulta (3 veces/año) en el último año.	98	56,9	≥ 90,0 %	Deficiente
Periodicidad adecuada en terreno (1 vez/año) en el último año.	64	37,2	≥ 90,0 %	Deficiente
Concurrencia a consulta por citación previa.	58	33,7	≥ 90,0 %	Deficiente
Evolución favorable de su enfermedad.	128	74,1	≥ 90,0 %	Aceptable
Atención médica de calidad recibida actualmente.	106	61,6	≥ 90,0 %	Deficiente
Necesidad de mejorar la atención médica que recibe.	124	72,0	≤ 50,0 %	Deficiente

Los porcientos de calcularon basados en los pacientes entrevistados. (n=172)

Entre los factores a mejorar, según el criterio de los pacientes entrevistados, se encuentran: la periodicidad de las consultas y los terrenos, el examen físico que le realiza el médico, las orientaciones que se les brindan y a disponibilidad de reactivos y medicamentos

DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud Pública en Cuba (MINSAP), ha planificado y aplicado estrategias de trabajo dirigidas al desarrollo y consolidación de la Atención Primaria de Salud, como plataforma de toda la organización de salud del país, a la formación y superación de todos los profesionales, técnicos y demás trabajadores,

sobre la base de la identificación de las necesidades de aprendizaje, a partir de la evaluación sistemática de la competencia y el desempeño profesional y la organización de un sistema de control integral que se desarrolla a través de inspecciones y supervisiones: generales, integrales y por áreas, que se basa en evaluaciones externas, ejecutadas por los diferentes niveles de dirección (municipales, provinciales, territoriales y nacionales), las que han sido antecedidas por evaluaciones internas efectuadas por el personal de mayor nivel de conocimiento, experiencia y prestigio de cada institución de salud y sus directivos.[6]

La mayoría de los médicos incluidos en la investigación reconocen tener necesidad de recibir capacitación sobre la DM los que repercutirá en su desempeño profesional de forma satisfactoria. Una concepción de la calidad del desempeño reflejada en la calidad de los servicios, permite considerar la evaluación de la competencia y el desempeño profesional como un proceso permanente de evaluación, que rebasa los marcos exclusivamente académicos y la vincula con la responsabilidad y el compromiso social. Esta práctica, aplicada sistemáticamente, es por sí sola suficiente para garantizar una atención al paciente dentro de los parámetros deseables o el cumplimiento de los objetivos propuestos. A la evaluación de la competencia y el desempeño profesional corresponde el análisis de la calidad del factor humano y dentro de él, el nivel de actualización de sus conocimientos, el grado de desarrollo de sus habilidades técnico-profesionales, interpersonales y de solución de problemas, así como su actitud profesional, sus valores, normas de conducta para el cumplimiento de los principios de la ética médica.[6,7]

Uno de los elementos utilizados en la evaluación de la calidad de la atención médica a los pacientes en la APS es sin dudas la historia clínica, esta es un documento básico y puede ser considerado como una guía metodológica para identificar integralmente los problemas de salud de cada persona y las necesidades de atención, sino todas sus necesidades. Por tanto, además de su función diagnóstica, la HC sirve de base para el planeamiento, la ejecución y el control en cada caso; de las acciones destinadas al fomento, la recuperación y la rehabilitación de la salud.[8]

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La HC no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente.[9]

La información recogida y ordenada en la HC es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades profesionales médicas: a) docencia e investigación: a partir de la información que aporta pueden tomarse decisiones sobre estudios e investigaciones para definir la existencia de determinadas patologías b) epidemiología c) Mejora continua de la calidad de la atención: la HC es considerada, por las normas deontológicas y por las normas legales, como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Ya que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada d) Gestión y administración: es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias e) Médico-legal.[10]

Por lo antes expuesto se resume que entre los múltiples elementos relacionados con la mejora de la calidad asistencial en el tratamiento de pacientes con DM, son de vital importancia las HC. Estas nos permitirán disponer de la información necesaria para crear, aplicar, evaluar y perfeccionar los programas de calidad asistencial. Asimismo, una programación correcta de visitas y una organización asistencial adecuada entre los diferentes profesionales responsables permite un cumplimiento mejor de los programas, con lo que se evita la repetición de pruebas y visitas y se conseguirá el ahorro de los recursos humanos y materiales de que se disponen[11,12] Los resultados obtenidos en el estudio demuestran deficiencias en las HC revisadas y por ende deficiencias en la calidad de la atención a los pacientes diabéticos.

Dentro de las HC se debe destacar el interrogatorio y el examen físico como parte fundamental del método clínico. Durante el interrogatorio, el médico de asistencia debe recoger de forma explícita las características fundamentales del problema de salud que presenta el paciente (en este caso en particular la DM), lo que constituye una herramienta invaluable para establecer el diagnóstico de las enfermedades así como su evolución en el tiempo. El examen físico en la APS debe ser

directo pero sin obviar una valoración regional y de conjunto de cada uno de los pacientes atendidos. Es fundamental que el médico posea una destreza en los aspectos esenciales de las técnicas del examen físico y esté en condiciones de obtener los signos físicos necesarios para realizar el diagnóstico.

La clínica es la ciencia misma aplicada a la cabecera del enfermo. Más que una rama particular de la Medicina, comprende a todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente y, sin lugar a duda, constituye la más importante de las enseñanzas médicas, porque es ella, al integrar los conocimientos adquiridos antes de su práctica, la que verdaderamente forma al médico como curador de enfermos.[7]

No debe existir ninguna contradicción entre el método clínico (secuencia de interrogatorio, examen físico, posibles diagnósticos, pruebas confirmatorias y conducta a seguir) y la revolución científico-técnica, que ha beneficiado los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ambas deben complementarse si se obtiene una historia clínica con exactitud y se hace un uso juicioso y mesurado de la técnica médica, si se siguen los pasos que establece el método clínico.

Para que el ejercicio del método clínico esté presente en los profesionales de la salud, debe ser objeto de enseñanza práctica en la actividad docente-asistencial en todos los niveles de atención, en el consultorio, el hogar, la sala hospitalaria y de manera especial en el pase de visita de cualquiera de las unidades docentes. No se debe olvidar que un indicador insuperable para evaluar y poder exigir la aplicación del método clínico es la historia clínica, mediante la supervisión sistemática de este importante documento.[12]

La calidad en la atención no se limita a la formación del profesional, sino que debe incluir aspectos organizativos que garanticen el tiempo dedicado a la consulta, la mejora de las dotes comunicativas de los médicos, así como la continuidad asistencial, entendida como transferencia de información y coordinación entre los distintos profesionales involucrados y el propio paciente.[11]

El desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral que labora en la comunidad debe desarrollar competentemente sus funciones en los diferentes contextos de su esfera de actuación; implica la capacidad de transferir los conocimientos, habilidades para resolver problemas asociados a sus funciones que se basan en las relaciones con el equipo de salud, el individuo, familia y comunidad, lo que garantiza obtener resultados de calidad en la APS.

En las condiciones actuales, el personal médico de la APS asume un gran reto al relacionarse cada día con los pacientes tanto por el nivel educacional alcanzado, la información sobre temas de salud difundida por los medios de difusión masiva, así como por la exigencia del paciente que aspira a un servicio de calidad, no como un servicio que se le puede brindar sino como un servicio que realmente le corresponde recibir.

El médico atiende seres humanos con el objetivo de restablecer, mejorar, mantener o incrementar su salud, para acrecentar la calidad de vida de ese ser humano, su bienestar físico, biológico, psíquico y social; no puede, por lo tanto, actuar con un alto profesionalismo científico-técnico que ignore al objetivo fundamental de su actividad: la esencia del ser humano en general y en particular su personalidad.

Sobre la base de la atención médica se encuentra la interacción humana entre un paciente, una familia o una comunidad y su médico como representante del equipo básico de salud.

El concepto calidad de la atención médica puede parecer muy claro para todos. En la práctica social todas las personas, independientemente de su nivel cultural, han interiorizado un grupo de experiencias que desarrollaron en ellos expectativas personales de lo que significa calidad en la atención médica. Por supuesto, el grado de desarrollo de esas expectativas, que se convierten en patrones de referencia para evaluar la asistencia médica, difiere sustancialmente entre los distintos individuos y grupos humanos.

Lo antes expuesto se pone de manifiesto en los resultados obtenidos en relación a la percepción personal de los pacientes acerca de la calidad de la atención médica recibida y los elementos que influyen directamente en ella, así como los aspectos susceptibles de ser mejorados.

En la medida en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y las condiciones reales que se manifiestan en la prestación del servicio de

atención médica, se obtendrá un mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida.

La definición de la calidad de la atención médica ha sido abordada por múltiples investigadores y cada uno ha hecho énfasis en determinadas aristas del problema.

Luego, existen varias definiciones de la calidad o diversas

En el concepto calidad de la atención médica se puede diferenciar de modo muy general dos dimensiones principales: el componente técnico de la atención y el determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.

La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente minimizando sus riesgos.

En la dimensión interpersonal se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

La satisfacción del paciente representa la evaluación que él hace acerca de la calidad de la atención y está determinada por la percepción que haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención médica de buena calidad.

Es de vital importancia, como una medida de la calidad de la atención, proporcionar información sobre el éxito del sistema de salud para alcanzar las expectativas del paciente, y su medición es un instrumento de extremo valor para la investigación y dirección del sistema.

Sin embargo, la satisfacción del paciente tiene también limitaciones como medida de la calidad pues es común que tengan un conocimiento incompleto de las bases científico-técnicas de la atención médica por lo que sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionara. Estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención.

De modo general el criterio que se forma el paciente de la competencia técnica de la asistencia recibida, está relacionado positivamente con el grado de satisfacción general que él sienta en la relación interpersonal que establece con el médico y el equipo de salud. [13]

La calidad de la atención médica integral a los pacientes diabéticos incluidos en el estudio se encuentra comprometida. Los médicos entrevistados reconocen la necesidad de recibir capacitación sobre el diagnóstico y tratamiento de la DM con el objetivo de mejorar su desempeño profesional y por consiguiente elevar la calidad de la atención médica brindada a estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Cruz N, Toledo Fernández A. Los estudios de pesquisa activa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2008 [citado 4 Ene 2011];34(1):[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000100015&script=sci_arttext

2. Domínguez Alonso E, Seuc Jo AH, Díaz Díaz O, Aldana Padilla D. Esperanza de vida saludable asociada a la diabetes en Cuba:años 1990 y 2003. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2010 [citado 21 Dic 2012];21(1):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es

3. Fernández Miró M, Goday Arnó A. Diabetes y Ramadán [Internet]. Barcelona: Ediciones Mayo; 2008 [citado 9 May 2010]. Disponible en: http://www.dmtipo2.com/pages/diabetes_y_ramadan_01.php

4. Mendiola Betancourt BM, Fernández Franch N, Gutiérrez Macías AM, Machado Temes ME, Torres Romo UR, Manso Armas JR. Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 en edad pediátrica. AMC [revista en Internet]. 2011 [citado 21 Dic 2012];15(5):[aprox. 28p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500005&lng=es

5. Pérez Rodríguez A, Barrios López Y, Monier Tornés A, Berenguer Gouarnalusses M, Martínez Fernández I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus.

MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [citado 30 Ene 2010];13(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san11109.htm

6. González Sánchez MC. Propuesta metodológica para la evaluación del desempeño profesional de los especialistas de Medicina General Integral de la República de Cuba. MEDICIEGO [revista en Internet]. 2010 [citado 15 Jun 2011];16(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/pdf/t11.pdf

7. Alcaraz Agüero M. Pase de visita en la comunidad. MEDISAN [revista en Internet]. 2011 [citado 19 Sep 2012];15(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=69458&id_seccion=1893&id_ejemplar=6946&id_revista=80

8. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Entrevista Médica Historia Clínica, Anamnesis. En: Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica Clínica y Semiologia Médica. La Habana: ECIMED; 2007: p. 309-31

9. Ilizástiguir Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 15 Sep 2011];8(5):[aprox. 15p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311/346

10. Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Y, Chaveco Guerra I, Martínez Rondón M, Coello Agüero JM. La historia clínica:un documento básico para el personal médico. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [citado 19 Sep 2011];14(7):[aprox. 13p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=es

11. Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. Med Clin. 2010;135(Suppl. 2):27-32

12. Martínez FA. El método clínico en la docencia médica. EDUMECENTRO [revista en Internet]. 2011 [citado 19 Sep 2011];3(1):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3(1)/cartaedit.html

13. Borroto Cruz, R, Lemus Lago RE, Aneiros-Riba R. Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica. 2da ed. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2000