



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Caracterización de la atención al paciente del seguro integral de salud con diabetes mellitus tipo 2 en la Región Callao, Perú”

por

Michael Alexander Ayudant Ramos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Sheyla Maria Lemos Lima
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade*

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Caracterización de la atención al paciente del seguro integral de salud con diabetes mellitus tipo 2 en la Región Callao, Perú”

apresentada por

Michael Alexander Ayudant Ramos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Claudia Caminha Escosteguy

Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho

Prof.^a Dr.^a Sheyla Maria Lemos Lima – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A989 Ayudant-Ramos, Michael Alexander
Caracterización de la atención al paciente del seguro
integral de salud com diabetes mellitus tipo 2 em la región
Callao, Perú. / Michael Alexander Ayudant Ramos. -- 2014.
122 f. : il. ; tab. ; mapas

Orientador: Lima, Sheyla Maria Lemos
Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Diabetes Mellitus Tipo 2. 2. Doença Crônica - terapia.
3. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. 4 Medição de
Risco. 5. Seguro Integral de Saúde - Peru. 6. Orçamento por
Resultados. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.4620985

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por darme la excepcional oportunidad de participar en la Maestría en Salud Pública organizada a través del convenio entre Fiocruz y el Instituto Nacional de Salud. Ha sido una de las más fascinantes y enriquecedoras experiencias de toda mi vida.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis orientadoras, Profesoras Sheyla Maria Lemos Lima y Carla Lourenço Tavares de Andrade, por todo el esfuerzo dedicado a mi investigación y por todas las enseñanzas recibidas. En particular, a mi querida profesora Sheyla, quien ha acompañado mi aprendizaje y el desarrollo de cada etapa de este camino, y de quien estaré eternamente agradecido por su invaluable apoyo.

Asimismo, quiero agradecer a todos los coordinadores de puestos, centros de salud, hospitales, microrredes, redes y de la Dirección Regional de Salud del Callao, por el tiempo que me brindaron con las entrevistas, sin los cuales esta investigación no hubiera sido posible, y a quienes espero que la presente investigación contribuya con conocimiento que les permita brindar una atención a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cada vez mejor.

También quiero agradecer al grupo de profesores de la *Escola Nacional de Saúde Pública* de la *Fundação Oswaldo Cruz*, quienes aceptaron el reto de venir al Perú a impartirnos las clases de la Maestría en Salud Pública, personas de enorme conocimiento y calidad humana, de quienes he aprendido innumerables cosas. En especial, a la profesora Alicia Dominguez de Ugá, quien junto con Sheyla, fueron nuestras coordinadoras e incansable apoyo a lo largo del camino de la Maestría.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia, mi apoyo incondicional en los buenos y malos momentos, sin el cual no habría llegado a conseguir lo que ahora soy y espero llegar a ser.

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible que representa una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial. Para su control, se han desarrollado modelos de atención a las enfermedades crónicas; en el Perú, el Seguro Integral de Salud (SIS), apoyado por el Presupuesto por Resultados (PpR), y las normativas para el tratamiento de la DM2, proponen un tratamiento integral al paciente, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud del 2011. Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar la atención ofrecida a los pacientes con DM2 a través del Seguro Integral de Salud en la red de servicios de la Región Callao del Ministerio de Salud, desde el punto de vista de los coordinadores de la atención a la diabetes de los establecimientos de salud (puestos y centros de salud y hospitales) y de los niveles centrales de coordinación (microrredes, redes y dirección regional de salud). Para ello, se realizaron cuestionarios semiestructurados, que abordaron 5 dimensiones: Caracterización del establecimiento/nivel de coordinación, caracterización del coordinador, del proceso de atención a los pacientes con DM2, de los mecanismos de coordinación e identificación de las limitaciones para el desarrollo de las actividades de atención a la DM2. La población de estudio fue de 68 coordinaciones de salud. Se realizaron 53 entrevistas (36 a coordinadores de centros y puestos de salud, 3 de hospitales, 11 de microrredes, 2 de redes y 1 de la Dirección Regional de Salud). Hubo una pérdida de 15 coordinadores. Apenas 6 establecimientos de salud (ninguno de ellos hospitales) reportaron utilizar la clasificación de riesgo establecidas por el Presupuesto por Resultados (PpR); entre aquellos, se pudo evidenciar una subutilización y sobreutilización de las atenciones propuestas para la categoría “paciente prediabético con tratamiento” y “paciente diabético sin tratamiento especializado”, respectivamente. En los hospitales se apreció una notable sobreutilización de las atenciones para la categoría “paciente diabético con tratamiento especializado”. Apenas la mitad de los establecimientos refirió utilizar guías clínicas; sólo 4 establecimientos contaban con grupos de apoyo para la DM2. En relación a la coordinación de los cuidados, si bien los flujos de atención estuvieron en conformidad a lo establecido por el SIS, menos de la mitad de los 39 establecimientos de salud participaban en las reuniones con sus microrredes/redes respectivas, las cuales tuvieron como pauta principalmente acciones de capacitación y asuntos administrativos generales. En los niveles centrales de coordinación, hubo escasa participación de los centros/puestos de salud en las reuniones de las microrredes; mientras en las redes no había participación de los hospitales. Apenas 4 coordinaciones refirieron poseer con un registro de los pacientes con DM2, y ninguno informó utilizar historias clínicas informatizadas. Sólo 7 establecimientos de salud utilizaban indicadores para acompañar el tratamiento de los pacientes. La multiplicidad de funciones fue la dificultad reportada con mayor frecuencia por los coordinadores como limitante para el desarrollo de sus de coordinación, así como el subregistro de la información, el monitoreo insuficiente de las metas por parte de los gestores, la ausencia de incentivos para el equipo de atención a la DM2 y el número limitado de profesionales de la salud. Los coordinadores de hospitales señalaron además la inadecuación del plan de salud para la región, el uso del presupuesto programado en actividades distintas a la atención a la diabetes, la falta de coordinación con la oficina de planeamiento y la disponibilidad irregular de medicamentos. Este estudio evidenció deficiencias en la organización de los cuidados al paciente con DM2 del Seguro Integral de Salud, con uso muy limitado de la clasificación de riesgo, insuficiente número de profesionales, frecuente rotación y multiplicidad de funciones de los coordinadores, e insuficiente capacitación de los equipos de atención. Con ello, podemos decir que en la Región Callao no existen redes integradas de atención de salud de acuerdo a las recomendaciones actuales del Modelo de Cuidados Crónicos, de la Organización Panamericana de la Salud y del Modelo de Atención Integral de Salud del Perú.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad Crónica - terapia, Prestación Integrada de Atención de Salud, Medición de Riesgo, Seguro Integral de Salud - Perú, Presupuesto por Resultados.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a non-communicable chronic disease considered a major cause of morbidity and mortality worldwide. In order to control of this disease, there are care models for chronic diseases; in Peru, the Comprehensive Health Insurance (Seguro Integral de Salud-SIS), supported by the Performance-based Budgeting (Presupuesto por Resultados-PpR), and national regulations for the treatment of T2DM, propose a comprehensive patient management, under the Comprehensive Health Care Model (Modelo de Atención Integral de Salud, 2011). This research was aimed to characterize the care provided to patients with T2DM through the SIS, from the point of view of the coordinators of care for diabetes health facilities (health posts and centers and hospitals) and central coordination levels (micro-networks, networks and Regional Health Secretary) of Health Services System of Region Callao, of Peruvian Ministry of Health. Semi-structured questionnaires that addressed five main dimensions: Characterization of the establishment/coordination level, characterization of coordinators, characterization of care services provides to patients with T2DM and characterization of the mechanisms of coordination and identification of limitations for development of activities as perceived by the coordinators, were performed. The population of the study was 68 coordinators. 53 interviews (36 health centers and posts coordinators, 3 of hospitals, 11 of micro-networks, 2 of networks and 1 of Regional Health Secretary), were performed. There was a loss of 15 coordinators. Only 6 coordinators (none from hospitals) reported use of risk stratification of operational definitions of Performance-based Budget (PpR); among those, it was evident underuse and overuse of care for "prediabetic patient with treatment" and "diabetic patients without specialized treatment" categories, respectively. In hospitals, there was a marked overuse of care for the category "diabetic patient with specialized treatment." Use of clinical guidelines was reported in less of half of facilities, and only 4 facilities that had a support group for patients with T2DM. Regarding the coordination of care, although care flows were following the SIS statements, less of half of 39 health facilities assisted for meetings with respective micro-networks/ networks. These meetings focused primarily to training activities and general administrative issues. At central level coordinations was also seen low participation in the meetings of micro-networks, while the networks did not have the participation of the coordinators of hospitals. Only 4 coordinations reported have a record of patients with T2DM, and none of the 39 coordinations had electronic health record. Furthermore, only 7 of coordinators reported use of indicators to assess outcomes of the management of patients. The multiplicity of functions was the most frequently reported difficulty related to development of activities of coordinators; underreporting of information, inadequate monitoring of targets by managers, lack of incentives for the care team for T2DM, and the limited number of health professionals were other limitations. Hospitals coordinators also noted the inadequacy of the health plan for the region, the use of the budget for other than scheduled diabetes care activities, and lack of coordination with the Planning Office and irregular availability of drugs. This study showed deficiencies in the organization of care for patients with T2DM, with a very limited use of risk classification, insufficient number of health professionals, high turnover and multiple functions of coordinators, and insufficient training of healthcare teams. Finally, we can say that in the Callao Region, there are not integrated health care networks according to the current recommendations of the Chronic Care Model, the Pan American Health Organization and Peruvian Comprehensive Health Care Model.

Keywords: Diabetes mellitus – type 2, Chronic Disease - therapy, Delivery of Health Care - Integrated, Risk assessment, Comprehensive Health Insurance - Peru, Performance-based budgeting (PpR).

RESUMO

O Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível que representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial. Para o seu controle, foram desenvolvidos modelos de atenção para doenças crônicas; no Peru, o Seguro Integral de Saúde (SIS), apoiado pelo Orçamento por Resultados (OpR), e os regulamentos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2, propõem um tratamento abrangente ao paciente sob o Modelo de atenção Integral à Saúde do ano 2011. Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar a atenção prestada aos pacientes com DM2 através do Seguro Integral de Saúde na rede de serviços da Região de Callao do Ministério da Saúde do Peru segundo a percepção dos coordenadores do cuidado dos estabelecimentos de saúde (postos e centros de saúde e hospitais) e dos níveis de coordenação centrais (micro-redes, redes e Direção Regional de Saúde). Foram realizadas entrevistas com questionários semiestruturados-abordando 5 dimensões: caracterização do estabelecimento/nível central de coordenação, caracterização do coordenador, do processo de atendimento aos pacientes com DM2, dos mecanismos de coordenação e identificação de dificuldades para o desenvolvimento das atividades de atenção à DM2. A população de estudo foi de 68 coordenações de saúde. Foram realizadas 53 entrevistas (36 coordenadores de centros e postos de saúde, 3 de hospitais, 11 de micro-redes, 2 de redes e 1 da Direção Regional de Saúde). Houve uma perda de 15 coordenadores. Apenas 6 coordenadores (nenhum de hospital) referiram utilizar a classificação de risco estabelecidas no Orçamento por Resultados (OpR); entre estes, foi evidente a subutilização e superutilização de consultas respectivamente para as categorias "paciente prediabético tratado" e "paciente diabético sem tratamento especializado". Nos hospitais, houve uma marcante superutilização dos cuidados para a categoria "paciente diabético com tratamento especializado." Apenas a metade dos estabelecimentos referiu uso de diretrizes clínicas; somente quatro estabelecimentos tinham grupo de apoio para pacientes com DM2. Em relação à coordenação dos cuidados, embora os fluxos de atenção estejam em conformidade com o estabelecido pelo SIS, menos da metade dos 39 estabelecimentos de saúde participaram das reuniões com as respectivas micro-redes/redes as quais tiveram como pauta principalmente as atividades de treinamento e assuntos administrativos gerais. Nos níveis centrais de coordenação também foi vista a baixa participação nas reuniões das micro-redes, enquanto que nas redes não houve participação dos coordenadores dos hospitais. Apenas 4 coordenações referiram possuir um registro de pacientes com DM2 e nenhuma delas informou utilizar prontuários clínicos eletrônicos. Somente 7 coordenadores reportaram o uso de indicadores para acompanhar o tratamento dos pacientes. A multiplicidade de funções foi a dificuldade mais frequentemente relatada pelos coordenadores para o desenvolvimento de suas atividades de coordenação, além do sub-registro de informações, a falta de monitoramento das metas pelos gestores, a falta de incentivos para a equipe de cuidados de DM2, e o número limitado de profissionais de saúde. Os coordenadores de hospitais também observaram a inadequação do plano de saúde para a região, o uso do orçamento para outras atividades não relacionadas aos cuidados da diabetes programados, a falta de coordenação com o escritório de Planejamento e a disponibilidade irregular de medicamentos. Este estudo evidenciou deficiências na organização dos cuidados para pacientes com DM2, com a utilização da classificação de risco muito limitada, número insuficiente de profissionais, alta rotatividade e múltiplas funções dos coordenadores e formação insuficiente das equipes de cuidados. Com isso, podemos dizer que na região de Callao não existem redes integradas de serviços de saúde de acordo com as recomendações atuais do Modelo de Cuidados Crônicos, da Organização Pan -Americana da Saúde e do Modelo de Atenção Integral à Saúde do Peru.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2, Doença Crônica – terapia, Prestação Integrada de Cuidados de Saúde, Medição de Risco, Seguro Integral de Saúde – Peru, Orçamento por Resultados.

Sumário

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
Objetivo General	4
Objetivos específicos	4
ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES	5
LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	5
EL MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)	7
LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD: SISTEMAS FRAGMENTADOS Y SISTEMAS INTEGRADOS – REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	9
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	13
LA LÍNEA DE CUIDADOS PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	16
LAS NORMATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN AMÉRICA LATINA	19
LA DIABETES MELLITUS Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD	28
LA ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS DE ACUERDO AL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ	29
EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ	34
LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA DIABETES MELLITUS: EL CASO DE LA RED DE SERVICIOS DE LA SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD DE CURITIBA – PARANÁ – BRASIL	35
LA RED DE ATENCIÓN DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO	37
LA ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS EN LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO	40
MÉTODOS	42
Población de estudio	42
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	43
Informantes clave	43
Instrumento de recolección de datos	43
Tratamiento y Análisis de Datos	47
Aspectos éticos	47
RESULTADOS	48
Población potencial y población estudiada	48
Caracterización de la atención a los pacientes con Diabetes mellitus 2 en los establecimientos de salud (Puestos, Centros de Salud y Hospitales)	49
Caracterización de los coordinadores	49

Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la diabetes mellitus 2 en los establecimientos de salud	50
Caracterización de las actividades del proceso de atención al paciente a través del SIS y la Estrategia de Daños no Trasmisibles.....	52
Caracterización de los mecanismos de coordinación de las acciones en diabetes mellitus.	58
Identificación de los problemas en la Coordinación de la atención a la DM	60
Caracterización da atención a la diabetes mellitus tipo 2 según los coordinadores de nivel central (Microrredes, Redes y Dirección Regional de Salud del Callao).....	66
Caracterización de los coordinadores de niveles centrales.....	66
Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM2	67
Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM.	68
Identificación de los problemas en la Coordinación de la atención a la DM	71
DISCUSIÓN	77
CONSIDERACIONES FINALES	89
REFERENCIAS	91
APÉNDICES.....	95
Apéndice 1. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de establecimientos de salud (puestos/centros de salud y hospitales)	95
Apéndice 2. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de microrredes	104
Apéndice 3. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de redes de salud.	110
Apéndice 4. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de Dirección Regional de salud	116
Apéndice 5. Términos del Consentimiento Informado	121

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Diferencias entre sistemas de salud fragmentados e integrados	11
Cuadro 2: Principales acciones de la APS en la prevención y control de las ECNT	16
Cuadro 3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA	21
Cuadro 4: Componentes de la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 según la Estrategia Sanitaria de Daños no Trasmisibles-Presupuesto por Resultados – Perú, 2013	32
Cuadro 5: Estratificación del riesgo en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a la Directriz Clínica de Atención a la diabetes mellitus tipo 2 de Curitiba.....	36
Cuadro 6: Matriz para caracterización de la atención al paciente con Diabetes mellitus 2 por el SIS en la Región Callao.....	45

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) de Wagner	8
Figura 2: La atención primaria de la Salud en los sistemas fragmentados e integrados	13
Figura 3: Niveles de la línea de cuidados de salud para las enfermedades crónicas no transmisibles	18
Figura 4: Divisiones administrativas (distritos) de la Región Callao	38
Figura 5: Organización de la red de atención de salud de la Región Callao	39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población potencial de coordinaciones y población estudiada. Callao/Perú, 2013	48
Tabla 2: Edad, tiempo en el cargo y experiencia en cuidados en DM de los coordinadores por redes y hospitales. Callao/Perú, 2013.....	49
Tabla 3: Género, formación profesional y de postgrado de los coordinadores por redes (Centros y Puestos de salud) y hospitales. Callao/Perú, 2013.....	50
Tabla 4: Disponibilidad de atención médica y no médica en los establecimientos de salud estudiados. Callao/Perú, 2013	51
Tabla 5: Características de los establecimientos en relación a la disponibilidad de atención médica y no médica. Callao/Perú, 2013.....	52
Tabla 6: Procedencia del paciente según el lugar de atención por redes y por hospitales. Callao/Perú, 2013	53
Tabla 7: Utilización de clasificación de riesgo en los establecimientos de salud.	54
Tabla 8: Acciones para el tratamiento del paciente con DM2 de acuerdo a la Clasificación del PpR en Centros y Puestos de Salud. Callao/Perú, 2013	55
Tabla 9: Número de atenciones especializadas al paciente diabético en los hospitales estudiados en relación a las recomendaciones del PpR para hospitales. Callao/Perú, 2013	56
Tabla 10: Utilización de guías clínicas y grupos de apoyo al tratamiento en DM2 en los establecimientos de salud. Callao/Perú, 2013	57
Tabla 11: Características de las reuniones de coordinación de la atención a nivel de los establecimientos de salud. Callao/Perú, 2013	58
Tabla 12: Registro de los pacientes y uso de historia clínica en los establecimientos de salud por Redes y en los Hospitales. Callao/Perú, 2013	59
Tabla 13: Características del uso de indicadores por parte de los coordinadores de atención a la diabetes, por redes y por hospitales. Callao/Perú, 2013.....	60
Tabla 14: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red Bonilla. Callao/Perú, 2013.....	61
Tabla 15: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red BEPECA, Callao/Perú, 2013	62
Tabla 16: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red Ventanilla, Callao/Perú, 2013.....	63
Tabla 17: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Hospitales, Callao/Perú, 2013	65
Tabla 18: Edad, tiempo en el cargo y experiencia en cuidados de la DM de los coordinadores de microrredes, redes y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013	66
Tabla 19: Sexo, formación profesional y de postgrado de los coordinadores de microrredes, redes y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013.....	67

Tabla 20: Integrantes del equipo de coordinación para las actividades de atención a la diabetes mellitus en los niveles centrales (microrredes, redes y Dirección Regional). Callao/Perú, 2013	68
Tabla 21: Reuniones de coordinación y frecuencia de reuniones, en los niveles centrales de coordinación de la atención a la diabetes mellitus. Callao/Perú, 2013.....	69
Tabla 22: Características de las reuniones de coordinación a nivel de microrredes. Callao/Perú, 2013	70
Tabla 23: Características de los mecanismos de coordinación/reuniones a nivel de las Redes de Atención y Dirección Regional de Salud. Callao/Perú, 2013	71
Tabla 24: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Bonilla-Punta. Callao/Perú, 2013	72
Tabla 25: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Bellavista-La Perla-Callao. Callao/Perú, 2013	73
Tabla 26: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Ventanilla. Callao/Perú, 2013	74
Tabla 27: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de los responsables de Redes de Atención y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013.....	76

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud modernos han atravesado profundas transformaciones en las últimas décadas, por la influencia de múltiples factores políticos, económicos y sociales, los cuales son reconocidos como determinantes de la situación de salud de las poblaciones.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, representan una causa principal de mortalidad en general, muerte prematura y carga de enfermedad a nivel mundial, causando anualmente un mayor número de muertes que todas las otras causas reunidas.

Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) de 1998, reconoció la amenaza que representaban las enfermedades crónicas no transmisibles, estableciendo como prioridad una estrategia global para su prevención y control (Brundtland, 1999). Asimismo, llamó a todos los estados miembros a desarrollar sus políticas nacionales para la prevención y control de las enfermedades crónicas en concordancia con esta estrategia global (World Health Assembly, 2000).

La necesidad de desarrollar un modelo de atención para afrontar la creciente prevalencia de estas enfermedades, condujo en Europa a la creación del Programa Integrado de Intervenciones Nacionales en Enfermedades No Transmisibles (CINDI), en 1985, cuyo objetivo fue la integración de políticas nacionales para la prevención y la atenuación de las consecuencias de las ECNT y ha sido un mecanismo efectivo para la cooperación entre los países de Europa Occidental y Oriental (OMS, 1994). En los Estados Unidos de América, surge el Modelo de Atención Crónica en 1996, por el equipo del Instituto McColl para la Innovación en Salud, como una iniciativa para mejorar la calidad de los cuidados primarios de salud, siendo actualmente un modelo de referencia a nivel internacional (Coleman K, 2009).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas transmisibles de mayor impacto en la salud pública. A nivel mundial, se calculó que hacia el año 2009 afectaba a 171 millones de pacientes, y este número llegará a los 300 millones hacia el 2030. En las Américas, se calcula que el año 2000 la diabetes mellitus afectaba a 13.3 millones de personas, y esta cifra aumentará a 32.9 millones para el 2030 (Wild, 2004). Según la Organización Mundial de la Salud, anualmente mueren en el mundo 3,2

millones de personas por complicaciones directamente relacionadas con la diabetes (Wilson, 2005).

En el Perú, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en el año 2012 se reportaron 1108610 casos diagnosticados con diabetes mellitus, lo que representa una prevalencia del 6.81% de la población; asimismo, se estima en 8150 el número anual de muertes y 509960 casos aún no diagnosticados (International Diabetes Federation, 2012). Es con ello, la decimoquinta causa de mortalidad en el Perú (Zimmet, 1997, Ministerio de Salud del Perú, 2010).

La situación descrita ha sido motivo para la formulación de diversas iniciativas de salud pública para la prevención y al manejo de la diabetes mellitus (particularmente la diabetes mellitus tipo 2) y de las otras enfermedades crónicas no transmisibles, con la participación de los gobiernos nacionales, locales, sociedades científicas e instituciones de salud. Estas iniciativas incluyen normativas y guías de práctica clínica, que procuran estandarizar los cuidados ofrecidos a los pacientes, con el objetivo de evitar la aparición de la enfermedad o mitigar sus complicaciones.

Es en este contexto, que la presente investigación trata de caracterizar la atención que se brinda a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través del Seguro Integral de Salud del Perú, en la Región Callao, comparando los hallazgos identificados con estándares nacionales e internacionales.

JUSTIFICACIÓN

Las intervenciones propuestas a través de las normativas y directrices clínicas orientadas al tratamiento y la gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles incluyen actividades para la promoción de estilos de vida saludables, así como el diagnóstico y tratamiento oportunos de estas condiciones, a fin de disminuir la frecuencia de las complicaciones y la mortalidad relacionadas, utilizando como infraestructura el sistema de salud existente al momento (Ministerio de Salud del Perú, 2005).

Además de lo mencionado, la política de salud del gobierno peruano ha desarrollado el Seguro Integral de Salud (SIS), que financia la prestación de servicios de salud a la población en situación de pobreza, y que es complementado por el Presupuesto por Resultados, a fin de fortalecer a las estrategias sanitarias, entre ellas la de Daños no Transmisibles (DNT), que incluye acciones de educación, prevención y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Sin embargo, a pesar de las normativas e iniciativas existentes, no se conoce el grado de cumplimiento de las directrices propuestas para los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales) y niveles centrales de coordinación (microrredes, redes y dirección regional) en cuanto a los cuidados preconizados por estas normas, guías e iniciativas.

De igual manera, no se conoce la medida en que los servicios de salud organizados se aproximan a un programa de atención estructurado desde el punto de vista de la integralidad de la atención, a través de las redes de atención en salud. Por lo señalado, es posible que existan diferencias en la manera que se aplican las normativas y se realizan las actividades propuestas por las iniciativas locales, con resultados diferentes para el paciente, que no dependen de la condición de salud, sino del número y calidad de los cuidados que recibe.

En este contexto, es que el presente estudio viene a contribuir a reducir el desconocimiento existente, tratando de caracterizar la manera en que está organizada la atención de la diabetes mellitus tipo 2 por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la red de atención en los establecimientos de salud y niveles centrales de coordinación de la Dirección Regional de Salud del Callao.

OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar la atención al paciente del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus tipo 2 en la Región Callao, Perú, según la percepción de los coordinadores y/o responsables de las acciones relacionadas a la diabetes mellitus en los establecimientos de salud y en el ámbito de las coordinaciones de microrred, redes y Región de Salud.

Objetivos específicos

- Caracterizar a los coordinadores de la atención a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Callao.
- Caracterizar la organización del equipo de atención a la diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Callao.
- Identificar si la organización de los servicios de salud existentes conforma una red de atención integral a la diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar si las acciones desarrolladas en el campo de la atención a la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran conforme a lo propuesto por el Ministerio de Salud del Perú y por la Dirección Regional de Salud del Callao.
- Conocer las limitaciones para el desarrollo de la atención a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Callao, desde el punto de vista de los responsables de acciones relacionadas con su atención en los establecimientos (centros, puestos de salud y hospitales) y niveles centrales de coordinación (microrredes, redes y dirección regional).

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

A continuación se introducirá al lector a los aspectos teóricos y conceptuales relacionados con la organización de los cuidados para las enfermedades crónicas. En primer lugar, se presentará una revisión de la situación actual de las enfermedades crónicas no transmisibles, para luego describir el modelo de atención para estas enfermedades, con énfasis en el Modelo de Cuidados Crónicos (CCM). Seguidamente, se hará una breve referencia a los sistemas de atención de salud, estableciendo las diferencias en los sistemas fragmentados e integrados, comprendiendo estos últimos a las redes de atención de salud (RAS), tras lo cual se presentará un resumen de los conceptos relacionados a la atención primaria en salud (APS) para las enfermedades crónicas, continuando con la línea de cuidados para la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Finalmente, se presentará una introducción a los sistemas de salud para la atención de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La Organización Mundial de la Salud define a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), llamadas también Daños no trasmisibles (DNT), como enfermedades de larga duración, que no se transmiten de persona a persona, y que generalmente presentan una progresión lenta. Comprende a cuatro tipos principales de enfermedades: Enfermedades cardiovasculares (infarto miocárdico e ictus), cánceres, enfermedades respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y diabetes mellitus (OMS, 2013).

En el año 2008, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables de 36 de las 57 millones de muertes ocurridas a nivel global (Alwan, 2011); son responsables del 85% de las muertes y el 70% de la carga de enfermedad en Europa (OMS, 2002); en Estados Unidos, son responsables del 70% de las muertes y un tercio de la carga de enfermedad antes de los 65 años de edad (Institute of Medicine, 2008). A nivel de las Américas, el 77% de las muertes por todas las edades y el 65% de las muertes en menores de 70 años fueron causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles (OPS, 2012), mientras que en América Latina y el Caribe, estas enfermedades representan el 68% de las muertes y el 60% de los años de vida perdidos (Macinko, 2011).

El crecimiento notable en la prevalencia de las ECNT ha sido paralelo al envejecimiento de la población, situación que en los países en vías de desarrollo forma parte de la “transición demográfica” que vienen experimentando en las últimas décadas, caracterizada por la disminución de las condiciones agudas, y un aumento en las condiciones crónicas, constituyéndose así una “transición epidemiológica” (Schramm, 2004). El informe de la Organización Mundial de la Salud del 2005, estima que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial se produce en los países de ingresos medios y bajos (OMS, 2005).

En el Perú, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles presenta una tendencia semejante a la latinoamericana y la mundial. El estudio de carga de enfermedad realizado en el Perú en el año 2004, evidenció, en términos de años de vida saludables perdidos (AVISA), que las enfermedades no transmisibles han superado al impacto en morbilidad y mortalidad a las enfermedades transmisibles, reflejando la transición epidemiológica que ocurre en América Latina. Al menos el 64% de las defunciones y el 58.5% de la carga de morbilidad en los últimos años se deben a las enfermedades crónicas no transmisibles, representando una pérdida de aproximadamente 3 millones de años de vida saludables (Velásquez, 2008).

Diferentes investigaciones en el Perú han sido dirigidas a describir mejor esta situación de cambio en el patrón demográfico-epidemiológico. Un estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares describió una frecuencia de diabetes de 7.6% y de hipertensión arterial de 33% en un barrio de Lima Metropolitana, que contrasta con las cifras encontradas en las ciudades de la región andina, de menor desarrollo económico (Seclén, 1999). Otro estudio que analizó una muestra representativa de población de diferentes regiones del Perú, reportó una prevalencia de síndrome metabólico (un conjunto de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular) de 16.8% (Pajuelo, 2007).

EL MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

El modelo de atención de salud es un sistema que organiza el funcionamiento de las Redes de Atención en Salud (RAS) para articular las relaciones entre las personas y sus subpoblaciones estratificadas según el riesgo, los focos del sistema de atención a la salud y los diferentes tipos de intervenciones en salud, en función de las condiciones de salud, la situación demográfica y epidemiológica y los determinantes sociales de la salud, en un momento y una sociedad determinados, orientándose hacia una atención integral (Mendes, 2011).

Los modelos de atención de salud para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que predominan en la actualidad están contruidos a partir del Modelo de Atención Crónica o Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), del cual se han generado diversas adaptaciones locales o regionales. El Modelo de atención crónica, traducción de *Clinical Care Model* (CCM), fue desarrollado por el equipo del Instituto MacColl para la Innovación en Salud, como resultado de diversos esfuerzos para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en los sistemas integrados de salud de Estados Unidos de América, así como de revisiones sistemáticas de la literatura al respecto y de las aportaciones de un panel de expertos estadounidenses. Representa un marco multidimensional para enfocar iniciativas para la mejora de la atención en estos sistemas, de manera que su aplicación supone repensar y rediseñar la práctica clínica, principalmente en la Atención Primaria de salud.

De acuerdo al MCC, la atención a los pacientes crónicos discurre en tres planos superpuestos: (1) el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; (2) el sistema sanitario, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y (3) el nivel de la práctica clínica.

La visión y objetivo del modelo es que el encuentro clínico sea protagonizado por los pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivo y con las competencias necesarias, resultando en una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados (Coleman et Wagner, 2008).

El modelo de atención crónica enfatiza seis puntos (Coleman et Wagner, 2008; Mendes, 2011):

- 1) La implantación del nuevo modelo de atención crónica como una prioridad de las organizaciones de salud, siendo esencial en sus planes estratégicos;

2) El rediseño de la atención a las enfermedades crónicas, incluyendo la formación de un equipo multidisciplinario, con clara atribución de responsabilidades; estos servicios pueden ser programados individualmente o en grupos para desarrollar acciones preventivas, educativas y de autocuidado;

3) Apoyo a las decisiones clínicas mediante las guías de práctica clínica, y oferta continua de educación permanente;

4) La estructuración de un sistema de información clínica efectivo para todos los usuarios, mediante las historias clínicas informatizadas, importante para la identificación y seguimiento de pacientes en alto riesgo;

5) Desarrollo de las tecnologías de autocuidado apoyado como un aspecto esencial del MCC, para promover el empoderamiento de las personas en su autocuidado, puesto que se considera que el paciente es su principal proveedor de cuidados; y

6) La integración entre los recursos de las organizaciones de salud con los recursos existentes en la comunidad, para lograr una atención de calidad para las condiciones crónicas, enfatizando el papel y la conexión a recursos y programas como grupos de autoayuda, centros de mayores, programas de ejercicio, etc.

Figura 1: Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) de Wagner



Fuente: Barceló et al, Organización Panamericana de la Salud (2012)

El Modelo de Cuidados Crónicos ha tenido su aplicación más desarrollada en los sistemas de atención de salud pública y universal, con ajustes más o menos profundos en países como Australia, Canadá, Dinamarca, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido, Nueva Zelanda, Singapur y otros, y algunos países en desarrollo, como el Brasil (Mendes, 2011).

Coleman et al (2009) realizaron una evaluación del Modelo de Cuidados Crónicos, a partir de evidencias de su aplicación en diferentes escenarios. La evidencia obtenida es la siguiente: (1) todos los componentes del modelo, a excepción del apoyo comunitario (que no presentó estudios suficientes), mejoran los resultados clínicos y de proceso; (2) el efecto de los componentes del modelo en combinación es superior al de las intervenciones aisladas; (3) se carece de estudios de costo-efectividad para medir el impacto económico del Modelo; y (4) la implementación y gestión del cambio resulta aún un desafío para los sistemas de salud.

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD: SISTEMAS FRAGMENTADOS Y SISTEMAS INTEGRADOS – REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud define a los Sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos de los que surgen iniciativas para mejorar la salud (OMS, 2000). Constituyen respuestas sociales organizadas para satisfacer las necesidades, demandas y preferencias de las sociedades, y deben articularse con las necesidades de salud de la población: Por tanto, una transición de las condiciones de salud producirá también una transición en la atención en salud (Mendes 2011).

Históricamente, los sistemas de atención en salud se han enfocado en las condiciones de salud agudas, situación que ha creado una crisis en las últimas décadas debido a la emergencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas, cuyo manejo dista mucho del tradicional modelo de atención de las enfermedades agudas (Coleman y Wagner, 2008).

Para poder afrontar esta situación emergente de las enfermedades crónicas, se hace necesario un cambio en la concepción de los sistemas de salud (OMS, 2003), que además de responder a las condiciones de salud agudas, haga un seguimiento continuo de los pacientes con condiciones crónicas, bajo la coordinación de la atención primaria en salud, y con apoyo de los servicios de atención secundaria y terciaria. Es en esta transición, que

los sistemas de salud pueden presentarse como sistemas fragmentados o sistemas integrados, los cuales presentan marcadas diferencias.

Los sistemas fragmentados se orientan a las condiciones de salud agudas, y suelen tener un modelo de organización jerárquico y hegemónico, organizándose alrededor de puntos de atención, aislados unos de otros, con escasa articulación en los niveles de atención. Los sistemas integrados, por el contrario, se orientan de manera equilibrada a las condiciones agudas y crónicas, y se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención, para ofrecer una atención integral y continua a una población (Mendes, 2011).

El Cuadro 1 destaca las diferencias principales entre los sistemas fragmentados y los integrados.

Cuadro 1: Diferencias entre sistemas de salud fragmentados e integrados

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	SISTEMA INTEGRADO
Forma de organización	Jerarquía	Poliarquía
Coordinación de la atención	Inexistente	Hecha por la APS
Comunicación entre los componentes	Inexistente	Hecha por sistemas logísticos eficaces
Enfoque	Condiciones agudas, por medio de unidades de atención rápida	Condiciones agudas y crónicas, por medio de las RAS
Objetivos	Objetivos parciales de diferentes servicios y resultados no medidos	Objetivos de mejoría de la salud de la población con resultados clínicos y económicos medidos
Población	Dirigidos a individuos aisladamente	Orientado a una población adscrita estratificada por subpoblaciones de riesgo y bajo responsabilidad de las RAS
Sujeto	Paciente que recibe prescripciones de los profesionales de la salud	Agente co-responsable por la salud propia
Forma de acción del sistema	Reactiva y episódica, accionada por la demanda de los usuarios	Proactiva y continua, basada en un plan de cuidados de cada usuario, con búsqueda activa
Énfasis de las intervenciones	Curativas y rehabilitadoras sobre condiciones establecidas	Promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras o paliativas, actuando sobre determinantes sociales de la salud intermedios y proximales y sobre las condiciones de salud establecidas
Modelo de atención de salud	Fragmentado por punto de atención, sin estratificación de riesgos	Integrado, con estratificación de riesgo
Modelo de gestión	Gestión por estructuras aisladas	Gobierno sistémico que integra la APS, los puntos de atención de salud, sistemas de apoyo y sistemas logísticos de red
Planeamiento	Planeamiento de la oferta, basado en series históricas y definidos por los intereses de los prestadores	Planeamiento de las necesidades, definido por la situación de las condiciones de salud de la población adscrita y sus valores y preferencias
Énfasis del cuidado	Cuidado profesional, centrado en los profesionales, especialmente médicos	Atención colaborativa por equipos multidisciplinarios y usuarios y sus familias, con énfasis al autocuidado apoyado
Conocimiento y acción clínicos	Concentrado en los profesionales, especialmente médicos	Compartida por equipos multidisciplinarios y usuarios
Tecnología de información	Fragmentada, poco accesible y con escaso enfoque en los componentes de las RAS	Integrada a partir de la cédula de identidad de los usuarios y de historias clínicas electrónicas y articulada en todos los componentes de la RAS
Organización territorial	Territorios político-administrativos definidos por una lógica política	Territorios sanitarios definidos por los flujos sanitarios de la población en búsqueda de atención
Sistema de financiamiento	Financiamiento por procedimientos en puntos de atención aislados	Financiamiento por valor global o por capitación de toda la red
Participación social	Participación social pasiva y la comunidad vista como cuidadora	Participación social activa por medio de consejos de salud con presencia en la dirección de la red

Fuente: Adaptación y traducción del cuadro de Mendes (2011) p.57

El concepto de sistemas integrados implica el desarrollo de las redes de atención de salud (RAS), que representa una nueva forma de organización de los sistemas de salud, enfocada en la prestación de servicios de manera integral, a través de la integración de los puntos de atención de salud, de manera coordinada. Su implantación en países con sistemas universales de salud ha mostrado claras ventajas frente a los modelos fragmentados-jerárquicos, en términos de eficiencia y mejoras en los resultados de morbilidad, en particular relacionadas con condiciones de salud crónicas (Bernabei et al., 1998, Wagner et al., 1999, Mendes, 2011).

Las redes de atención de salud se constituyen por medio de los mecanismos de integración horizontal y vertical, utilizando estrategias como la fusión de hospitales, coordinación de laboratorios clínicos, utilización de directrices clínicas, la medicina familiar, las historias clínicas únicas y una relación estrecha entre los médicos familiares y los especialistas (Peray, 2003), e intensa comunicación entre equipos de salud (Uribe Rivera, 2006)

La Organización Mundial de la Salud señala que las Redes de Atención en Salud tienen seis modalidades de integración: (1) un conjunto de intervenciones preventivas y curativas; (2) los espacios de integración de diversos servicios; (3) la atención continua en el tiempo; (4) la integración vertical de diferentes niveles de atención; (5) la vinculación entre la política; y (6) la gestión de salud, y el trabajo intersectorial (Organización Mundial de la Salud, 2008).

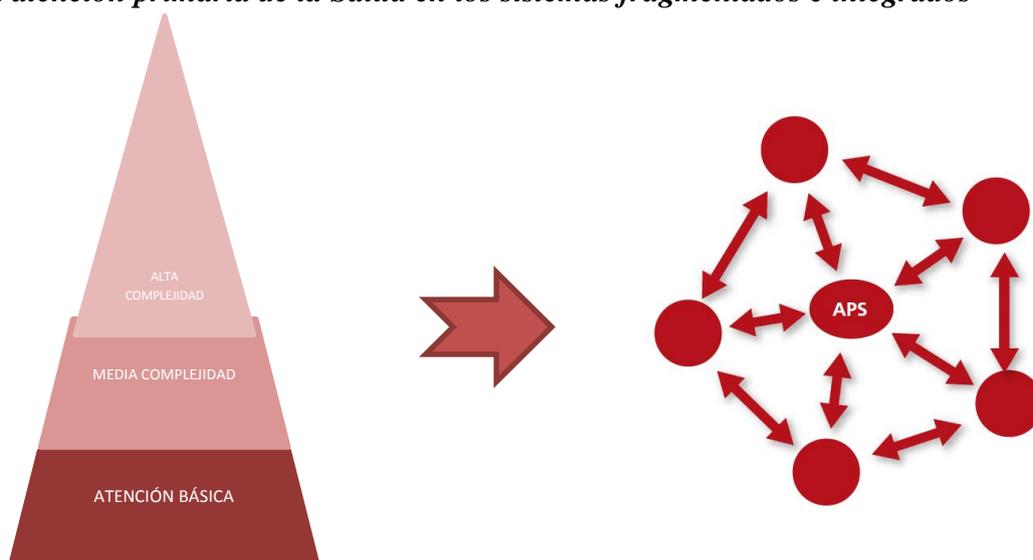
La implantación de las Redes de Atención en Salud está fuertemente relacionada con el concepto del Modelo de Cuidados Crónicos, que coloca a la Atención Primaria en Salud (APS) como elemento central en la organización de los cuidados, como puerta de entrada al sistema, integrando y coordinando la atención a la salud y que resuelve la mayoría de necesidades de salud de la población (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Los objetivos de las redes de atención en salud son mejorar la calidad de la atención, la calidad de vida de los usuarios, los resultados sanitarios del sistema de atención de salud, la eficiencia en el uso de los recursos y la equidad en la salud (Rosen y Ham, 2008). Para ello, las redes de atención de salud se constituyen de tres elementos fundamentales: la población, la estructura operacional y un modelo de atención en salud. La estructura operacional está conformada a su vez por cinco componentes: (1) el centro de comunicación (la APS); (2) los puntos de atención en salud secundarios y terciarios; (3) los sistemas de apoyo (diagnóstico, terapéutico, farmacéutico y sistema de

información); (4) los sistemas logísticos (historia clínica, sistemas de acceso a la atención y de transporte); y (5) el sistema de gobierno.

Para cumplir estos objetivos y garantizar la conformación de las redes de atención, es necesario cambiar la organización de los puntos de atención hacia una red horizontal, con articulación de sus tecnologías y sistemas de apoyo, sin orden ni grado de importancia entre ellos, convirtiendo la concepción piramidal (jerárquica) en un modelo en malla (horizontal), cuyo centro debe ser la Atención primaria en salud (Mendes, 2011).

Figura 2: La atención primaria de la Salud en los sistemas fragmentados e integrados



Fuente: Traducción de la figura de Mendes (2012), p. 48

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La Atención Primaria de Salud (APS), según la definición dada en la “Declaración de Alma-Atá”, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Atá convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1978, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central

y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Dias, 2010).

El término Atención Primaria en Salud puede ser interpretado de maneras diferentes, de acuerdo al grado de desarrollo de los sistemas de salud. En los países europeos, se refiere a los servicios ambulatorios que representan para la población el primer contacto con el sistema de salud, siendo denominados “comprehensivos”, mientras que en los países de África y América Latina, representa un conjunto de programas selectivos, focalizados y de baja capacidad resolutive, para atender determinadas necesidades de grupos de población en extrema pobreza, pudiendo así ser denominados “selectivos” (Giovannella, 2006).

La atención primaria en salud enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. En este contexto, se han establecido atributos que debe poseer: primer contacto, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y orientación comunitaria (Starfield, 2002).

Una de las principales ventajas que ofrecen los sistemas de salud orientados la Atención Primaria de Salud es la mejora en los resultados de salud, en particular en lo concerniente a los cuidados crónicos de salud. La evidencia señala que los sistemas de salud con fuerte orientación a la APS obtienen mejores resultados en mortalidad por todas las causas y mortalidad prematura en todos los grupos etarios y además por diferentes condiciones de salud crónicas, como el asma, bronquitis y enfermedades del aparato circulatorio (Macinko, 2003). Las diferencias pueden ser notables incluso en países desarrollados con diferencias en la orientación a la APS de sus sistemas de salud. En el Reino Unido, (que posee un sistema de APS integrado) las amputaciones de miembros inferiores por diabetes no mostraron variaciones entre grupos raciales, a diferencia de los Estados Unidos (con sistemas de APS limitados), cuya tasa de amputaciones es de 2 a 3 veces mayor en la población de raza negra (Lavery, 1995)

En un campo operativo, al comparar la provisión de los cuidados por las APS en relación a la atención especializada, los estudios muestran una reducción significativa en los costos de atención, sin disminución en la calidad o resultados de los cuidados sanitarios; mientras los cambios de la sustitución de los servicios secundarios por los primarios mostró ser costo-efectiva (Mendes, 2011).

De acuerdo con Starfield (2002), uno de los atributos más relevantes de la APS comprehensiva es la coordinación de las diferentes acciones y servicios para lograr una continuidad en la atención, a través del acompañamiento constante del paciente. Esta

coordinación implica la capacidad de garantizar la atención ininterrumpida dentro de la red de atención, dependiendo para ello de tecnologías de gestión clínica, mecanismos de comunicación y registro adecuado de la información (Giovanella y Mendonça, 2008).

El atributo de coordinación en la atención de la APS presenta una condición esencial para la organización de los cuidados en las enfermedades crónicas no transmisibles, a fin de evitar intervenciones innecesarias y promover una mejora en la calidad de la atención, con mayor costo-efectividad, protección financiera y respuesta rápida (Dias, 2009, Macinko, 2011).

La atención primaria en salud contribuye a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la prevención primaria de los factores de riesgo (promoción de la actividad física, desaconsejar el tabaquismo), de prevención secundaria de riesgos subsecuentes a patologías crónicas y de prevención terciaria (rehabilitación de patologías crónicas). Para la mayoría de condiciones, la función de la atención primaria será el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las condiciones crónicas, o el control y seguimiento adecuados (Caminal, 2003).

Para que la APS pueda contribuir en una mayor medida a la prevención y control de las enfermedades crónicas se requiere, además de lo mencionado, un cambio en la concepción de la práctica médica para facilitar el acceso y el monitoreo, fomentando el auto-cuidado, mejorar a través de la educación la capacidad del equipo de salud para proveer cuidados de alta calidad, así como optimizar los sistemas de información, la coordinación de la provisión de medicamentos y el acompañamiento en el tiempo (Macinko, 2011).

Dentro de los indicadores más importantes para la evaluación de la calidad de la atención primaria en salud en las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran las hospitalizaciones evitables (HE), que representarían fallas en el sistema de salud para proveer cuidados de calidad, en este caso a nivel de la atención primaria de salud. Asimismo, una coordinación inadecuada entre el primer y el segundo nivel de atención también podría afectar negativamente la tasa de hospitalizaciones evitables, generando incremento de costos en el sistema de salud (Bermúdez-Tamayo, 2004).

A continuación, en el Cuadro 3 se describen las principales acciones de la atención primaria en salud para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Cuadro 2: Principales acciones de la APS en la prevención y control de las ECNT

ECNT	Principales acciones de la APS
Cánceres evitables (mama, cérvix, colon, próstata, pulmón)	Exámenes periódicos, cese del tabaquismo, dietas y ejercicio, coordinación con otros niveles (con pruebas diagnósticas no disponibles en APS)
Diabetes mellitus	Monitoreo de la glucosa, fármacos hipoglicemiantes, control de factores de riesgo cardiovascular, coordinación de la atención en otro nivel y medicamentos.
Hipertensión arterial	Control de la presión arterial, medicamentos antihipertensivos; cese del tabaquismo, dietas y ejercicios; coordinación con otro nivel y medicamentos
Enfermedades cardiovasculares (angina, infarto miocárdico)	Control de la presión arterial; prescripción de antihipertensivos e hipolipemiantes; cese del tabaquismo, dietas y ejercicios, coordinación con otro nivel.
Enfermedades cerebrovasculares	Control de la presión arterial; prescripción de antihipertensivos e hipolipemiantes; cese del tabaquismo, dietas y ejercicios, coordinación con otro nivel, rehabilitación post ECV.
Asma	Evaluación del control del asma, monitoreo del uso del inhalador, coordinación con otro nivel y medicamentos
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	Cese del tabaquismo; referencia y coordinación de diagnósticos, atención especializada y medicamentos

Fuente: Traducción del cuadro de Macinko et al., 2011

LA LÍNEA DE CUIDADOS PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La línea de cuidados de salud es la representación de los flujos asistenciales seguros y garantizados al usuario, a fin de asegurar la atención de sus necesidades de salud. Señala el camino que los pacientes recorren en búsqueda de atención, lo que incluye elementos no necesariamente integrantes del sistema de salud, pero que contribuyen a la red de atención, como las entidades comunitarias y de asistencia social (Franco, 2003).

Las líneas de cuidados de salud para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles deben incorporar el concepto de integralidad de la atención, que implica el desarrollo de actividades de promoción, preventivas, curativas y de rehabilitación. Además, las líneas de cuidados deben reconocer la importancia de la conformación de

una red de atención de salud como base para su implementación, de manera que la integralidad representa una característica clave de una red de atención en salud, sin la cual no podría existir una red de atención en salud integrada (Mendes, 2011).

En el contexto señalado, la red de atención de salud debe garantizar la continuidad de la atención a la salud (atención primaria, secundaria y terciaria) y la integralidad de la atención (acciones de promoción de la salud, prevención de las condiciones de salud y de gestión de las condiciones de salud por medio de cuidados curativos, de rehabilitación e paliativos), atributos que se expresan a través de las líneas de cuidado de salud (Mendes, 2011).

La planificación de líneas de cuidado para las enfermedades crónicas no transmisibles es necesaria debido a la magnitud de estas patologías, su morbimortalidad creciente, los costos que implica y la frecuencia de eventos que se añaden a la evolución de estas enfermedades, muchos de ellos agudos (Malta & Merhy, 2010).

Existen referencias en la literatura que plantean propuestas para la organización de una línea de cuidados para las enfermedades crónicas, entre ellas una de las más organizadas es la de Mendes (2012), quien de acuerdo al modelo de atención de cuidados crónicos (MCC) divide las actividades asistenciales en 5 niveles:

1) El primer nivel, incluye a las actividades de promoción de la salud en la población en general, en relación a los determinantes sociales de la salud de tipo intermedio, a través de intervenciones intersectoriales. Estos determinantes sociales incluyen a los factores que influyen sobre las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios esenciales y a las redes sociales y comunitarias.

Las intervenciones intersectoriales se entienden por aquellas relaciones entre partes del sector salud con otros actores, con el objetivo de desarrollar proyectos que produzcan mejoras en los resultados sanitarios, de manera efectiva, eficiente y sustentable, que no podrían obtenerse por la acción aislada de cada sector.

2) El segundo nivel corresponde a la prevención de las condiciones de salud, en poblaciones con riesgo identificado, a través de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud de tipo proximales (comportamientos y estilos de vida). Estos factores de riesgo son potenciados por los determinantes intermedios y distales, y a su vez afectan a los determinantes individuales.

3) El tercer nivel se desarrolla a nivel de las intervenciones sobre los factores de riesgo individuales biopsicológicos y sobre las condiciones crónicas de menor complejidad. Estos factores son la edad, sexo, factores hereditarios, factores biológicos como la hipertensión arterial, dislipidemia, alteraciones glicémicas pre-diabéticas,

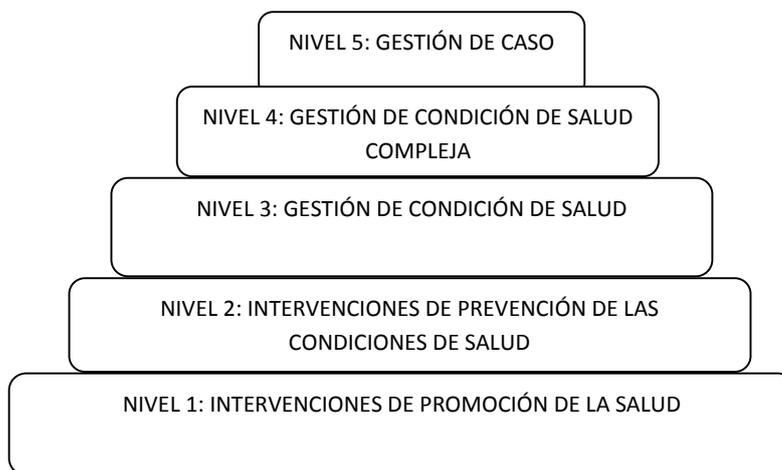
lesiones preclínicas y respuestas inmunológicas, y factores psicológicos como la depresión. En este caso, las intervenciones se realizan a través de la tecnología de gestión de la condición de salud, con énfasis importante en las medidas de autocuidado.

4) El cuarto nivel se desarrolla a nivel de intervenciones sobre las poblaciones con factores de riesgo establecidos de alto o muy alto riesgo, y/o con condiciones crónicas de tratamiento complejo. En este caso, se aplica también la tecnología de gestión de condición de salud, aunque con una mayor participación del equipo de cuidados profesionales, que incluyen los cuidados especializados.

5) El quinto nivel se desarrolla a nivel de intervenciones en subpoblaciones con condiciones crónicas muy complejas, y se refiere a la atención especializada de mayor grado de complejidad. Para el desarrollo de estas intervenciones, cuyo costo representa el mayor componente de recursos del sistema de salud, se aplica la tecnología de gestión de caso.

La Figura 3 muestra esta pirámide de los niveles de la línea de atención de las enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo al Modelo de Cuidados Crónicos.

Figura 3: Niveles de la línea de cuidados de salud para las enfermedades crónicas no transmisibles



Fuente: Adaptación de la figura de Mendes (2012) p.169

Ante el requerimiento de una integración real de los cuidados de salud, la literatura ha puesto en evidencia la existencia de dificultades para la coordinación de los cuidados en los sistemas de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo (Dias, 2012). Según Giovanella (2008), los sistemas actuales aún presentan una respuesta limitada al nuevo patrón epidemiológico y continúan con una atención orientada a la especialización progresiva y una organización dirigida a la atención de los problemas agudos, con lo cual no es posible garantizar una atención integral al paciente crónico.

En su investigación sobre estrategias de coordinación de la atención primaria y secundaria en salud en el municipio de Belo Horizonte, Dias (2012) señala que en dicho municipio, pese a la existencia de avances importantes como la historia clínica electrónica y los centros de especialidades médicas, existen aún limitaciones con la calidad de la información y la disponibilidad y el cumplimiento de las guías de práctica clínica en especialidades como Cardiología. Esto concuerda con las limitaciones descritas en países como Australia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos (Starfield, 2002).

LAS NORMATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN AMÉRICA LATINA

Los diversos modelos y estrategias para la atención de las enfermedades crónicas no trasmisibles han sido objeto del interés por parte de los gobiernos latinoamericanos, en el contexto del desarrollo de políticas públicas de salud. Estas políticas tienen un espectro amplio, comprendiendo normas para la organización de los servicios de salud para las ECNT, normas para “protección” de los pacientes con estas enfermedades y, principalmente, el desarrollo de guías de práctica clínica (llamadas también directrices clínicas), formuladas por las autoridades sanitarias nacionales, regionales o locales, sociedades científicas nacionales e internacionales.

En los países latinoamericanos, existen diversas normativas y guías de práctica clínica que abordan la prevención y el manejo de la diabetes mellitus, algunas de las cuales han sido formuladas por sociedades científicas nacionales o por autoridades sanitarias. Estas guías establecen recomendaciones para el diagnóstico, clasificación y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (entre otras ECNT), en base a evidencias científicas actualizadas, tratando de estandarizar los cuidados que requieren los pacientes con tales patologías. Sin embargo, en su mayoría no hacen recomendaciones sobre la

organización de los servicios de salud para la provisión de aquellos cuidados preconizados, de acuerdo a lo planteado por el Modelo de Cuidados Crónicos.

La aplicación de guías de atención clínica (llamadas también directrices clínicas) ha mostrado generar resultados positivos en los cuidados a la diabetes mellitus tipo 2. Un estudio en Austria, mostró que el uso de guías de manejo estandarizadas para los médicos generales produjo una mejora en los procesos de la atención médica (solicitud de análisis de acuerdo a lo prescrito) y los resultados clínicos (control de hemoglobina glicosilada, niveles de colesterol y presión arterial) (Wickramasinghe et al, 2013).

El Cuadro 3 resume una serie de iniciativas, normativas y guías de práctica clínica en diferentes países, entidades regionales, locales y nacionales, a nivel de América Latina, consultadas por el investigador como parte de la elaboración de la disertación. Aquí se puede apreciar que, en el caso de países como Argentina, Colombia, Cuba, Chile, México y Nicaragua, las directrices clínicas son de carácter nacional. En países como el Brasil, la mayor parte de directrices clínicas han sido formuladas por las autoridades sanitarias municipales o de los estados federales. En el Perú, no existe aún una directriz clínica de carácter nacional, con la excepción del Consenso Peruano sobre prevención y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico y diabetes gestacional, del año 2012, elaborada por la Sociedad Peruana de Endocrinología, que comprende un resumen de las evidencias científicas existentes acerca de la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus, pero no se ocupa de la organización de la atención (Sociedad Peruana de Endocrinología, 2012).

De las 31 normativas consultadas, solamente en dos de ellas (la Directriz Clínica de la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Curitiba y la Guía Clínica de Diabetes de Cuba) se establece una clasificación de riesgo para organizar la línea de cuidados de los pacientes. Aspectos importantes como la organización de los servicios de atención y la prevención de la enfermedad figuran en apenas nueve de los 31 documentos consultados. Solamente la directriz clínica de Curitiba alude también a aspectos de cuidados complementarios, como atención odontológica, psicológica, y otras (Secretaria Municipal de Salud de Curitiba, 2010).

Cuadro 3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS				
					ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
ARGENTINA	Ministerio de Salud: 2009	Resolución 695/2009: GUIA DE PRACTICA CLINICA NACIONAL SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	Sí: Screening de la enfermedad
	Ministerio de Salud: 1999	Resolución 301/99: Apruébase el Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA y Normas de provisión de medicamentos e insumos	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	Sí: Establece que se debe organizar la atención a nivel nacional y provincial	Sí
	Ministerio de Salud: 2003	Resolución N° 58/2003: GUIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN DIABETES	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	No

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CARACTERÍSTICAS					
				CLASIFICACIÓN DE RIESGO	ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
BRASIL	Ministério da Saúde: 2001	Portaria No. 235/GM: Estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus	Norma	No	No	No	No	No	Sí: Se refiere a la promoción de las acciones para la prevención de la diabetes mellitus
	Ministério de Saúde: 2011	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) no Brasil 2011 – 2022	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba: 2010	Diretriz Clínica: Diabete Melito tipo 2	Guía de Práctica Clínica	Sí	Sí	Sí	Sí: salud bucal, nutrición detallada. Terapia física, psicología	Sí: Detalla la organización de la APS y las funciones del personal de salud en el proceso de atención	Sí

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS				
					ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
BRASIL	Sociedade Brasileira de Diabetes: 2006	Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	No
	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: 2002	Lei Estadual 14.533: Institui política estadual de prevenção do diabetes e de assistência Integral à saúde da pessoa portadora de doença no Estado de Minas Gerais.	Norma	No	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Secretaria Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu: 2002	Lei Municipal No. 2661: Define diretriz para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do município de Foz do Iguaçu	Norma	No	No	No	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco: 2004	Lei Estadual 12565: Define diretriz para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde	Norma	No	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS				
					ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
BRASIL	Secretaria Estadual de Saúde de Rio de Janeiro: 2002	Lei N° 3885: Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	N/D	No: Pretende respetar los planos municipales y regionales de salud	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo	Lei N° 10782: Define diretriz para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	N/D	No: Pretende respetar los planos municipales y regionales de salud	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
	Ministerio da Saúde: 2002	Portaria Conjunta No. 02: Implantação do Plano de Reorganização da Atenção	Norma	No	No	No	No	Sí: Define la reorganización del sistema de información para diabetes e hipertensión	No

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS				
					ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
COLOMBIA	Ministerio de la Protección Social: 2007	Guía de Atención de la Diabetes mellitus tipo 2	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	Sí: Cuidado psicosocial	No	Sí: Screening de la enfermedad
	Instituto de Seguros Sociales: 2001	Resolución 3744: Establece la Guía de Manejo del Paciente con Diabetes en el Instituto de Seguros Sociales (ISS)	Guía de Práctica Clínica	No	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Ministerio de la Protección Social: 2008	Acuerdo No. 395 del Consejo Nacional de Seguridad Social	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	Sí	Sí	No	No
COSTA RICA	Poder Ejecutivo: 1984	Decreto Ejecutivo No. 15245: Crea la Comisión Nacional de Diabetes	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	No	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
CUBA	Ministerio de Salud: 1990	Programa Nacional de Atención al Diabético	Guía de Práctica Clínica	Sí	Sí	Sí	Sí: Apoyo psicológico, rehabilitación	Sí: Precisa el flujo de referencia de los pacientes por niveles de atención, y define las funciones de cada nivel	Sí: Se detallan las acciones de prevención

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CARACTERÍSTICAS					
				CLASIFICACIÓN DE RIESGO	ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
CHILE	Ministerio de Salud: 2006	Guía Clínica: Diabetes mellitus tipo 2	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	Sí
	Ministerio de Salud: 2002	Programa de prevención de la Diabetes	Guía de Práctica Clínica	No	No	No	No	No	Sí
ECUADOR	Poder Ejecutivo: 2004	Ley N. 2004-32 de Prevención, Protección y Atención Integral de las Personas que Padecen Diabetes	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
GUATEMALA	Ministerio de Salud Pública: 2008	Programa Nacional de Enfermedades Crónicas	Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	No
	Ministerio de Salud Pública: 2008	Plan de acción 2008-2012 para la prevención y el control integral de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo	Norma	No	No	No	No	No	Sí
MÉXICO	Secretaría de Salud: 1994	Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994: Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes	Norma y guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	No	No	Sí
	Secretaría de Salud: 2001	Plan de Acción: Diabetes mellitus	Norma	No	No	No	No	No	Sí

Cuadro3: NORMAS Y DIRECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(cont)

PAÍS	INSTITUCIÓN	NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS				
					ATENCIÓN CLÍNICA BÁSICA	ATENCIÓN CLÍNICA COMPLEJA	OTROS CUIDADOS	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
NICARAGUA	Ministerio de Salud: 2011	Normativa 081: Protocolo de Atención de la Diabetes mellitus	Norma y Guía de Práctica Clínica	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí
PERÚ	Presidencia del Consejo de Ministros: 2005	Ley No.28553: Ley General de Protección a las Personas con Diabetes	Norma	No	No	No	No	Sólo establece el flujo de información	Sí: Describe las actividades, pero no se detallan
	Ministerio de Salud: 2005	RM N° 721-2005: Plan de Estrategias Sanitarias Nacionales	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla
	Ministerio de Salud: 2011	Definiciones operacionales y criterios de programación de Presupuesto por Resultados (PpR) 2013	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	Sí: Establece las funciones de acuerdo al nivel de atención	Sí: Establece publicidad y educación a familias
	Sociedad Peruana de Endocrinología, 2012	Consenso peruano sobre prevención y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico y diabetes gestacional	Consenso de expertos	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí, resume las evidencias actuales
URUGUAY	Ministerio de Salud: 1971	Ley No. 14032: Enfermos de Diabetes. Medidas Sanitarias, Sociales y Laborales	Norma	No	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No: Es un objetivo de la norma, pero no se detalla	No	No	No

Fuente: Elaboración propia

N/D: No hay datos disponibles

LA DIABETES MELLITUS Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La diabetes mellitus no es una sola enfermedad, sino un grupo de enfermedades no transmisibles, caracterizadas por un estado crónico de hiperglicemia, con diferentes orígenes. De acuerdo a las Guías de Estándares de Cuidados de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2013), la diabetes mellitus se clasifica en 4 grandes categorías: 1) La diabetes mellitus tipo 1, anteriormente denominada insulino dependiente, caracterizada por la destrucción de las células beta con la subsecuente deficiencia de secreción de insulina; 2) La diabetes mellitus tipo 2, caracterizada por un estado de resistencia a la acción de la insulina, unido a un déficit parcial en la secreción de insulina; 3) La diabetes gestacional, estado de resistencia a la insulina producido por los cambios hormonales que ocurren durante la gestación, y 4) Otras formas de diabetes (aquí se incluyen las causas secundarias a enfermedades o fármacos, las causas genéticas, y los estados secundarios a lesión del tejido pancreático). De todas ellas, la diabetes mellitus tipo 2 es la forma más frecuente y de mayor impacto en la salud pública a nivel mundial (Asociación Americana de Diabetes, 2013).

El impacto principal de la diabetes mellitus tipo 2 se debe a las múltiples complicaciones que genera a largo plazo, con daño a la circulación capilar y arterial. El daño de la circulación capilar (microvascular) produce lesión de los glomérulos renales (enfermedad renal diabética), de la retina (retinopatía diabética), de la función de los nervios de las extremidades (neuropatía diabética), entre varios otros. El compromiso en la circulación arterial (macrovascular) se manifiesta como un desarrollo acelerado de la aterosclerosis, lo que implica un alto riesgo para el desarrollo de infartos miocárdicos, cerebrales, y la enfermedad arterial periférica (esta última condición de riesgo para amputación de los miembros inferiores).

Debido a estas condiciones, el tratamiento de la diabetes mellitus estará orientado a dos objetivos fundamentales: el control a largo plazo de la hiperglicemia, y la consiguiente prevención del desarrollo de las complicaciones micro y macrovasculares (tanto en su aparición como en su progresión).

La atención a la diabetes mellitus tipo 2 involucra, por tanto, una serie de intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, que deben desarrollarse a lo largo de la vida de la persona, con la participación de múltiples especialidades. Esta complejidad de atenciones hace de la diabetes mellitus tipo 2 objeto de diversas iniciativas para mejorar la calidad de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles,

propuestas en países como México, pudiendo ser considerada como una condición trazadora dentro de las ECNT, y probablemente reflejando la situación de la atención a las demás condiciones crónicas (Proyecto VIDA, OPS, 2007).

LA ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS DE ACUERDO AL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

La política de salud pública de atención a la diabetes mellitus tipo 2 en el Perú, al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles, tiene un inicio relativamente reciente, siendo su primera expresión la Ley N° 28553, Ley general de protección a las personas con diabetes, del año 2004, *“con el objeto de mejorar la salud y calidad de vida de las personas que padezcan esta enfermedad, a través de la formulación de políticas integrales de salud, de carácter preventivo, control y tratamiento, tendentes a disminuir las complicaciones generadas por esta patología”*. Asimismo, dispone la creación de un registro nacional de los pacientes con diabetes, así como la exoneración de impuestos a la importación de los fármacos para el tratamiento de esta enfermedad (Ministerio de Salud, 2005).

En el año 2004, el Ministerio de Salud, siguiendo los “Lineamientos de Política del Sector 2002-2012”, creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles (Resolución Ministerial N° 771-2004), cuyo Plan General fue presentado el año siguiente, a través de la Resolución Ministerial N° 721-2005-SA, añadiéndose a las ya existentes estrategias de Inmunizaciones, prevención de enfermedades metaxénicas, infecciones de transmisión sexual – VIH-SIDA, y Tuberculosis (Ministerio de Salud, 2005).

El objetivo general de las mencionadas normas es reducir la mortalidad y morbilidad causada por la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no transmisibles (como hipertensión arterial, cáncer y ceguera).

Los lineamientos de la política de la Estrategia de Sanitaria Nacional de daños no transmisibles incluyen (Ministerio de Salud, 2005):

- 1) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
- 2) Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- 3) Política de acceso y uso racional de los medicamentos.

- 4) Política de Gestión y Desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.
- 5) Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- 6) Impulsar un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.
- 7) Modernización del Ministerio de Salud y fortalecimiento del rol de conducción sectorial.
- 8) Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.
- 9) Democratización de la salud.

Estos lineamientos establecen también la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica (además del registro nacional), detectando a la población en riesgo, y señalando el flujo de información en un orden jerarquizado.

En el año 2007, se dicta en el Perú la Ley N° 28927 “Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007”, que inicia la implementación de la estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR). La Ley N° 29465 “Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2010” encomienda al Sector Salud el diseño de tres nuevos Programas Estratégicos: VIH-SIDA y TBC, Enfermedades Trasmisibles (Metaxénicas y Zoonosis) y Enfermedades no Trasmisibles (Salud Mental, Salud Ocular, Salud Bucal, Metales Pesados, Hipertensión y Diabetes), que a partir de dicho año recibirán financiamiento mediante el Presupuesto por resultados (Congreso del Perú, 2010).

El Presupuesto por Resultados es un esquema de presupuesto que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones. Para el caso de la diabetes mellitus, se encuentra insertada en el Programa Estratégico de Enfermedades No transmisibles, y para su planificación de han establecido definiciones operacionales y criterios de programación, que han venido sufriendo modificaciones de manera anual, tanto en los productos que financia como en la población objetivo. Esta programación establece la provisión de “productos” (atenciones) específicos para cada nivel de atención, y están orientados, para el caso de diabetes mellitus, al diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

Para el caso de la diabetes mellitus, el financiamiento por el Presupuesto por Resultados para el año 2013 establece definiciones operacionales para clasificar el conjunto de actividades a realizarse de acuerdo al tipo de paciente, una vez hecho el diagnóstico. Este financiamiento ha sido asignado como un complemento al Seguro

Integral de Salud (SIS); por tanto, su población objetivo es aquella que cuenta con dicha cobertura.

El Seguro Integral de Salud es el sistema de financiamiento de la atención de salud subsidiada del Ministerio de Salud del Perú. Tuvo sus inicios en el Seguro Escolar Gratuito, creado en 1997, que brindaba cobertura a la población escolar matriculada en las escuelas públicas; al año siguiente, se creó el Seguro Materno Infantil, que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. En el año 2001, se fusionan ambos programas bajo el nombre de Seguro Integral de Salud.

El objetivo del SIS es brindar un seguro de salud a los sectores de la población menos favorecidos económicamente (específicamente a la población en situación de pobreza o extrema pobreza, 40% de la población), otorgando financiamiento bajo regímenes de subsidio completo o parcial a esta población. Su propósito es cubrir de manera progresiva a toda la población en los próximos años, en el marco de la política de Aseguramiento Universal de Salud – AUS (Ley del AUS, 2009).

La política de Aseguramiento Universal en Salud está estrechamente vinculada al nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Perú, formulado en el año 2011, y la descentralización en salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R). En este nuevo modelo se describe la organización de los servicios de salud en una “red funcional de atención”, que será un proceso progresivo de articulación de las organizaciones prestadoras existentes en el territorio asignado a la red de servicios a través de mecanismos de intercambios de prestaciones o de financiamiento (Ministerio de Salud, 2011).

En lo referente a los cuidados a la diabetes mellitus tipo 2, el Seguro Integral de Salud ofrece financiamiento a los pacientes que padecen de esta enfermedad, tanto en las atenciones curativas como recuperativas, a través de su Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que financia atenciones de baja y mediana complejidad, y el Plan Complementario, que se encarga de las atenciones de alta complejidad y costos elevados (Seguro Integral de Salud del Perú, 2009).

Por lo señalado, las políticas del Aseguramiento Universal en Salud y las estrategias sanitarias financiadas por el Presupuesto por Resultados conforman dos de las iniciativas del Estado peruano que procuran desarrollar un modelo de atención integral al paciente.

El Presupuesto por Resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles, bajo el compromiso de los responsables de alcanzar dichos resultados. En el sector salud, se implementa

progresivamente a través de los programas presupuestales, como la estrategia de Daños no transmisibles, la cual está orientada a complementar las acciones que realiza el Seguro Integral de Salud (SIS). Para ello, establece definiciones operacionales de los productos que financia; en el caso de la diabetes mellitus tipo 2, establece cuatro productos: Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglicémica en pacientes diabéticos, atención al paciente diabético sin tratamiento especializado, atención al paciente prediabético con tratamiento, atención al paciente diabético con tratamiento especializado, y atención al paciente con diagnóstico de diabetes y valoración de complicaciones, cada una de las cuales comprende una serie de subproductos o actividades (Ministerio de Salud, 2012).

El cuadro 4 resume las actividades que financia el Presupuesto por Resultados, de acuerdo a las definiciones operacionales para el año 2013.

Cuadro 4: Componentes de la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 según la Estrategia Sanitaria de Daños no Trasmisibles-Presupuesto por Resultados – Perú, 2013

Código	Nombre	Componentes	Veces al año	Observaciones
5001701		Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglicémica en pacientes diabéticos	ND	
Todos los EESS	99218	Cuidados iniciales para evaluación y manejo de paciente. Registro en Historia clínica examen detallado y comprensivo y decisión médica sencilla o de complejidad baja.	ND	
		Referencia de pacientes, en caso de emergencia, a un establecimiento de mayor complejidad	ND	
5001702	Paciente diabético sin tratamiento especializado			
EESS: I-2 I-3 I-4 II-1	99213	Consulta de paciente ambulatorio de control en consultorio u otro para evaluación y manejo. Registro en Historia clínica examen extendido a problema focalizado. Decisión medica de baja complejidad.	4	
		Consulta ambulatoria para evaluación y consejería para cambio de estilos de vida a cargo de profesional en nutrición u otro profesional capacitado	3	
	80061	Batería de lípidos: Colesterol sérico total (82465), colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa (HDL colesterol) (83718), triglicéridos (84478).	2	Si el paciente presenta dislipidemia
	80058	Batería de función hepática: Albúmina (82040), Bilirrubina total (82247), Bilirrubina directa (82248), Fosfatasa alcalina (84075), Transferasa alanina amino (ALT) (SGPT) (84460), Transferasa aspartato amino (AST) (SGOT) (84450)	1	Si se decide iniciar fármacos para dislipidemia
5001703	Paciente prediabético con tratamiento			
EESS: I-2 I-3 I-4 II-1		Consulta ambulatoria de control médico	4	
		Consulta de consejería	4	
	82947	Exámenes glucosa cuantitativa	4	
	80061	Batería de lípidos	2	
	80058	Batería de función hepática	1	

Cuadro4: Componentes de la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 según la Estrategia Sanitaria de Daños no Trasmisibles-Presupuesto por Resultados – Perú, 2013 (continúa)

Código	Nombre	Componentes	Veces al año	Observaciones
5001704	Pacientes diabéticos con tratamiento especializado			
EESS: II-2 III-1	82947	Exámenes de glucosa cuantitativa	6	
	83036	Hemoglobina glicosilada	4	
	82565	Creatinina	1	
		Microalbuminuria	ND	
	80061	Batería de lípidos	2	
	99214	Consulta ambulatoria para evaluación y manejo a cargo médico capacitado. Incluye historia y examen detallado y decisión medica de complejidad moderada. Médico realiza antropometría (peso, talla, perímetro abdominal), presión arterial y frecuencia cardiaca, evaluación nutricional.	6	
		Consulta de paciente ambulatorio para evaluación y consejería para cambio de estilos de vida a cargo de profesional en nutrición u otro profesional capacitado.	4	
	99206	Consulta para el seguimiento y detección de signos de alarma en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitas tipo 2 y para fortalecer la educación del paciente	4	
5001705	Pacientes con diagnóstico de diabetes y valoración de complicaciones			
EESS: I-4 II-1 II-2 III-1	82947	Exámenes de glucosa cuantitativa	6	
	82950	Glucosa; después de una dosis de glucosa (incluye glucosa).	1	
	83036	Hemoglobina glicosilada	4	
	81000	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para la bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, con microscopia	ND	
	82565	Creatinina	2	
	SC5	Microalbuminuria	1	
	80061	Batería de lípidos	2	
	84450	Transaminasa oxalacética (TGO)	1	
	84460	Transaminasa pirúvica (TGP)	1	
	93005	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; trazado solamente, sin interpretación e informe	1	
	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente.	1	
	99204	Consulta ambulatoria inicial en consultorio u otro, para evaluación y manejo. Historia y examen comprehensiva y decisión médica de moderada complejidad. Médico realiza fondo de ojo, evaluación de pies, antropometría (peso, talla, perímetro abdominal), presión arterial y frecuencia cardiaca, evaluación nutricional. Deriva a paciente para evaluación odontológica, evaluación psicológica	1	

ND: No figuran datos

Fuente: Definiciones Operacionales del Presupuesto por Resultados, Perú, 2012

EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ

Una característica en el sistema de salud del Perú es la fragmentación existente en la prestación de los servicios de salud, dividida en dos sectores, el público y el privado. El sector público de salud del Perú está conformado por los siguientes subsistemas:

a) El Ministerio de Salud/Gobiernos Regionales: Su financiamiento proviene del Presupuesto General de la República, el cual es destinado para el Ministerio de Salud (y sus establecimientos dependientes, actualmente los Hospitales de la provincia de Lima) y los Gobiernos Regionales. El público usuario objetivo son los pacientes con cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), que ofrece financiamiento de la atención a la población en condición de pobreza o extrema pobreza), los programas estratégicos de salud (financiados actualmente por el Presupuesto por Resultados). Asimismo, brinda atención a la población que no cuenta con un seguro de salud, y a los usuarios de los otros subsistemas públicos o privados (financiados con el pago de bolsillo de los usuarios).

b) El seguro social del Perú (EsSalud), ofrece servicios de salud a la población con empleo formal y sus familias en sus propias instalaciones, pero también puede adquirir servicios de las EPS para brindar servicios a sus usuarios.

c) Los subsistemas de salud de las fuerzas militares y policiales, que brinda atención a los miembros de dichos estamentos y sus familias, con una red de establecimientos propia y sin relación entre sí.

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA DIABETES MELLITUS: EL CASO DE LA RED DE SERVICIOS DE LA SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD DE CURITIBA – PARANÁ – BRASIL

En América Latina, existen experiencias exitosas en modelos de atención para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Un ejemplo destacado es la labor desarrollado por la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, capital del estado de Paraná. En esta secretaría, la atención a las personas con diabetes mellitus tipo 2 es un elemento prioritario del sistema de salud de dicho municipio, teniendo hacia el año 2010 aproximadamente 35000 usuarios inscritos, lo que representa a más de la mitad de la población con DM2 en dicho ámbito (Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, 2010).

En dicho año, se lanzó la Directriz de Atención a las personas con diabetes mellitus tipo 2, que representa una de las etapas de la gestión municipal de la atención a la población con dicha patología, posibilitando la organización de la atención a las personas portadoras de DM2. Sus objetivos específicos incluyen la instrumentalización y capacitación de los equipos de salud multidisciplinarios para la promoción de la salud, la prevención de la DM2, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, en búsqueda de la reducción de la morbilidad relacionada a esta enfermedad.

Una de las características más importantes de la directriz clínica para la atención a la diabetes mellitus tipo 2 es su carácter multidisciplinario, al ser elaborada en conjunto por diferentes profesionales de la red de salud del municipio, y fue evaluada por diversas sociedades científicas relacionadas en la atención al paciente diabético.

De acuerdo a lo preconizado por la directriz clínica de atención a la diabetes mellitus tipo 2 de Curitiba (Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, 2010), el plan de cuidados para el paciente con DM2 incluye los siguientes aspectos:

- a) Promoción del autocuidado
- b) Mejora de la calidad de vida
- c) Intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular
- d) Prevención de las complicaciones agudas y crónicas
- e) Tratamiento de las comorbilidades
- f) Reducción de la mortalidad
- g) Alivio de la sintomatología

Incluido en las líneas de acción del plan de cuidados, se encuentran el screening de la enfermedad, los criterios de diagnóstico, la evaluación clínica direccionada, la atención a pacientes adultos mayores y mujeres con diabetes mellitus tipo 2, y elementos tan importantes como la salud bucal, las orientaciones nutricionales y la evaluación laboratorial en diabetes.

En la directriz clínica destaca el apartado correspondiente a la organización de la atención en el sistema municipal de salud, que se desarrolla alrededor de la “gestión de la enfermedad”, considerando aquí la estratificación del riesgo frente a la diabetes mellitus tipo 2 (Cuadro 5). En base a esta estratificación de riesgos, se programa el ciclo de atenciones brindadas y el responsable de realizarlas, definiendo claramente las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud. De esta manera, la oferta de servicios se encuentra organizada de acuerdo a esta estratificación, permitiendo orientar los recursos de una manera más eficiente.

Cuadro 5: Estratificación del riesgo en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a la Directriz Clínica de Atención a la diabetes mellitus tipo 2 de Curitiba

Riesgo	Características
Riesgo bajo	Persona con glucosa alterada en ayunas o intolerancia a la glucosa
Riesgo medio	Persona con diabetes mellitus y: <ul style="list-style-type: none"> - Control metabólico y de presión arterial adecuados - Sin internamientos por complicaciones agudas en los últimos 12 meses - Sin complicaciones crónicas
Riesgo alto	Persona con diabetes mellitus y: <ul style="list-style-type: none"> - Control metabólico y de presión arterial inadecuados o: - Control metabólico y de presión arterial adecuados pero con internamientos por complicaciones agudas en los últimos 12 meses o con complicaciones crónicas
Riesgo muy alto	Persona con diabetes mellitus y: <ul style="list-style-type: none"> - Control metabólico y de presión arterial inadecuados + internamientos por complicaciones agudas en los últimos 12 meses y/o complicaciones crónicas
Gestión de caso	Persona con diabetes mellitus y: <ul style="list-style-type: none"> - Control metabólico y de presión arterial inadecuados pese a buena adhesión al tratamiento (diabetes de difícil control) - Múltiples internamientos por complicaciones agudas en los últimos 12 meses - Síndrome arterial agudo en menos de 12 meses (ACV, TIA, IMA, angina inestable, enfermedad arterial periférica con cirugía) - Complicaciones crónicas severas (enfermedad renal crónica estadio 4 o 5, artropatía de Charcot, ceguera, múltiples amputaciones, pies con nueva ulceración, necrosis, infección o edema. - Comorbilidades severas (cáncer, enfermedad neurológica degenerativa, enfermedades metabólicas, entre otras). - Riesgo social (anciano dependiente en instituciones, persona con bajo grado de autonomía, incapacidad de autocuidado, dependencia + ausencia de red de apoyo familiar o social)

Fuente: Traducido de la Directriz Clínica de Atención a la Diabetes mellitus – Curitiba, 2010 p. 114

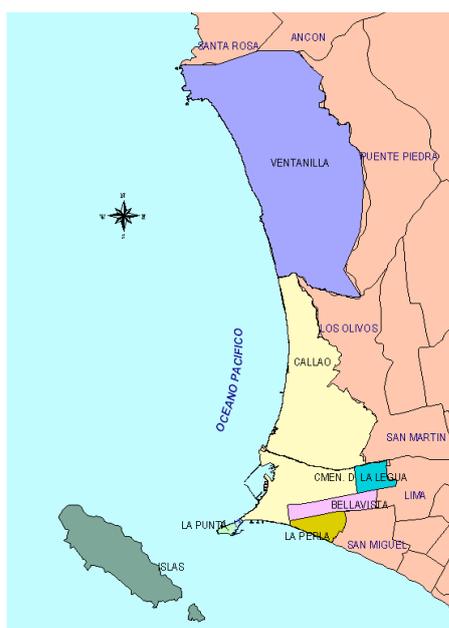
LA RED DE ATENCIÓN DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

La Región Callao es una de las 25 entidades regionales del Perú, constituida en el año 2000 a partir de la Provincia Constitucional del Callao. Con una superficie de apenas 147 km², es la región más pequeña del Perú, pero también, con 982800 habitantes, es la entidad de mayor densidad poblacional del país. Su ubicación estratégica, adyacente a la provincia de Lima, la convierte en parte de Lima Metropolitana, el mayor centro de desarrollo económico y poder político del Perú.

La Región Callao se superpone territorialmente a la Provincia Constitucional del Callao, por lo que los asuntos de gobierno local se dividen en dos niveles. Los asuntos de orden regional (educación, salud, transporte) son competencia del Gobierno Regional del Callao, mientras que los asuntos ediles (limpieza, promoción del deporte, servicios básicos de la comuna) los administra la Municipalidad Provincial del Callao. Paralelamente, cada distrito tiene su propia Municipalidad Distrital que se ocupa de los asuntos municipales en sus respectivas jurisdicciones (Municipalidad Provincial del Callao, 2013).

Administrativamente, la Región Callao comprende 6 distritos (ver figura 4): Bellavista, Callao, Carmen de la Legua-Reynoso, La Perla, La Punta y Ventanilla. Este último distrito es el más recientemente poblado, encontrándose aquí numerosos “pueblos jóvenes” (nombre dado a las aglomeraciones de viviendas de construcción precaria y desorganizada).

Figura 4: Divisiones administrativas (distritos) de la Región Callao



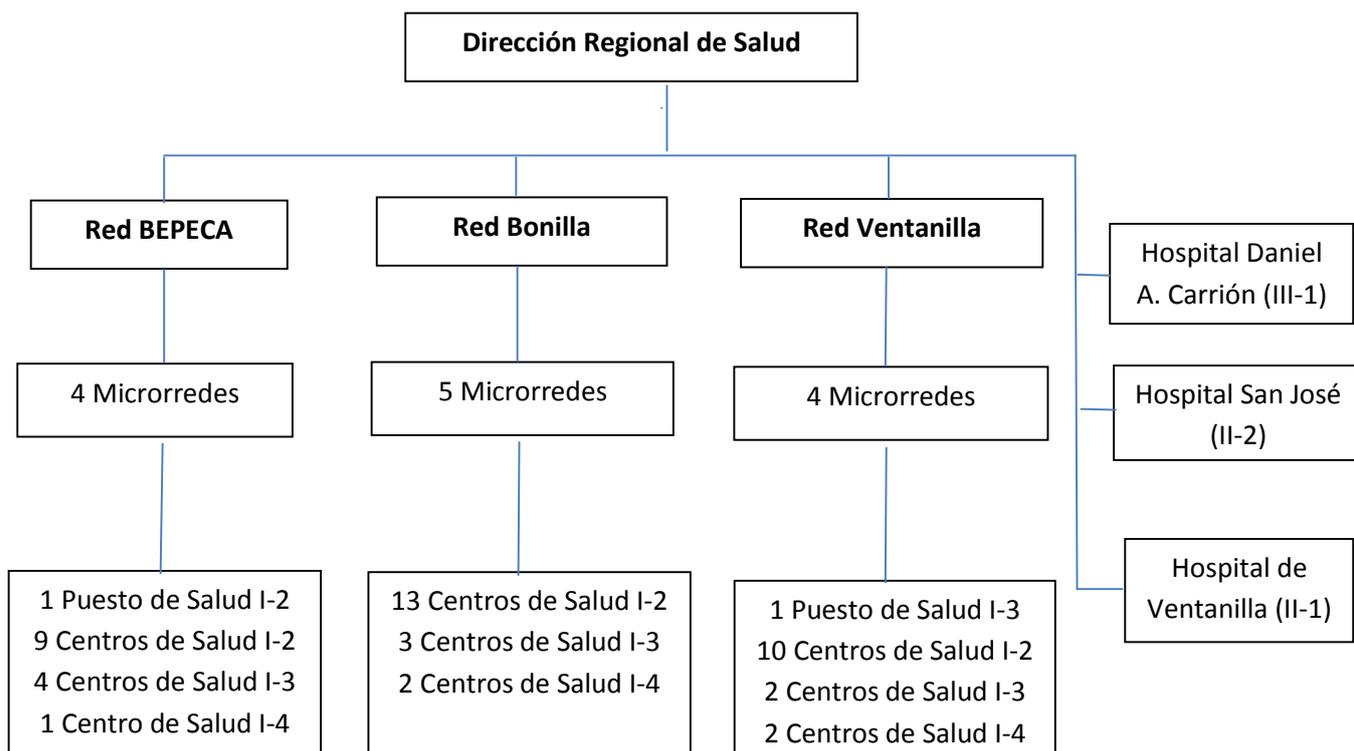
Fuente: Hospital San José del Callao, 2008

El sistema de salud de la Región Callao corresponde actualmente a la red de establecimientos que anteriormente administraba y financiaba el Ministerio de Salud del Perú en el ámbito geográfico de la Región Callao, y que transfirió a ésta en el año 2010, en el marco de la consolidación del proceso de Regionalización, quedando así bajo la administración de la Dirección Regional de Salud del Callao, y conservando la estructura y organización previamente definidas.

De esta manera, la red de servicios de salud del Gobierno Regional del Callao, de acuerdo a los Lineamientos Generales para la conformación de Redes de Salud (Ministerio de Salud del Perú, 2000) se encuentra actualmente organizada bajo el modelo de gestión de Redes de Salud. De acuerdo a estos lineamientos, la Dirección Regional de Salud Callao ha establecido 3 Redes de Salud, las que a su vez se dividen en microrredes (13 en total en el Callao), las cuales coordinan directamente con los establecimientos del primer nivel de atención (46 Centros y 2 Puestos de Salud). Paralelamente, los 3 hospitales vinculados a la Dirección Regional de Salud del Callao (Hospital Daniel Alcides Carrión, Hospital San José y Hospital de Ventanilla) tienen asignados un área de influencia para el sistema de referencias y contrarreferencias de la Redes de Salud.

La Figura N° 5 presenta la distribución de los establecimientos de salud de la Región Callao, de acuerdo a las 3 redes de atención existentes.

Figura 5: Organización de la red de atención de salud de la Región Callao



Fuente: Elaboración propia del autor

La atención primaria en salud en el Perú se brinda en los establecimientos de salud del tipo Puesto de Salud y Centro de Salud. El puesto de salud, de acuerdo a las normas del Registro Nacional de Establecimientos del Ministerio de Salud (RENAES), tiene por función desarrollar atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidad. Se clasifica en: Puesto de Salud I (establecimiento categoría I-1 del RENAES), que cuenta con personal técnico sanitario (auxiliar o técnico de enfermería, técnico en farmacia), y el Puesto de Salud II (categoría I-2), que cuenta además con médico, enfermera u otro profesional de la salud.

Los centros de salud son las unidades de referencia adonde son derivados los pacientes de los puestos de salud, según su complejidad de atención. Se clasifican en Centro de Salud I (categoría I-3 del RENAES), que cuenta con equipo multidisciplinario formado por médico, enfermera, enfermera obstetra, odontólogo, técnico de farmacia, psicólogo y técnicos de enfermería, sin contar con camas de hospitalización; y el Centro de Salud II (categoría I-4), que tiene, además de lo señalado, camas para hospitalización,

siendo en algunos casos Hospitales Materno-Infantiles (que ofrecen atención de partos de manera ininterrumpida).

Los hospitales, que representan al segundo y tercer nivel de atención, se clasifican a su vez en: Hospital II-1 (categoría II-1), que cuenta con cuatro especialidades básicas – Medicina, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia-, brindando atenciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, así como rehabilitación; Hospital II-2 (categoría II-2), que cuenta con instalaciones para atención integral ambulatoria y hospitalaria básica y de otras especialidades, con énfasis en la recuperación y rehabilitación; y el Hospital III-1 (categoría III-1), con instalaciones para atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en actividades recuperativas y de rehabilitación de alta complejidad. Finalmente, el establecimiento de categoría III-2 corresponde a los Institutos Especializados, con instalaciones destinadas a la docencia, investigación y prestación de servicios de salud altamente especializados.

LA ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS EN LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Actualmente, la atención a los pacientes con diabetes mellitus en la Dirección Regional de Salud del Callao se realiza a través su red de establecimientos, conformada por los servicios ambulatorios y hospitalarios, organizados en 13 microrredes, 3 Redes y la Dirección Regional de Salud. Asimismo, estos establecimientos se clasifican de acuerdo a la complejidad de la atención que ofrecen, en establecimientos del Primer, Segundo y Tercer nivel de atención. Paralela a esta red, existen los establecimientos de EsSalud, fuerzas armadas y policiales y privados.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reciben atención financiada por la Dirección Regional de Salud del Callao en su red de establecimientos bajo dos modalidades:

- 1) El Seguro Integral de Salud (SIS), cuya puerta de ingreso principal es el primer nivel de atención, excepto en las atenciones de emergencia, a través del cual se puede ingresar por el segundo o tercer nivel de atención.
- 2) La Estrategia Sanitaria de Enfermedades no Transmisibles, gestionada a través del Presupuesto por Resultados (PpR), que brinda atenciones complementarias a los pacientes con cobertura del SIS.

Como herencia del Ministerio de Salud (previo al proceso de Regionalización de 2010), la Dirección Regional de Salud del Callao se encontraba incluido en el sistema de Salud de Lima Metropolitana que comprendía 4 regiones de salud: La Dirección Regional de Salud del Callao (antigua DISA Callao, hoy llamada DIRESA Callao), la Dirección de Salud Lima Ciudad (DISA Lima Ciudad), Dirección de Salud Lima Sur (DISA Lima Sur) y la Dirección de Salud Lima Este (DISA Lima Este). La proximidad geográfica entre estas regiones de salud implica que no exista una verdadera delimitación física entre estas regiones de salud (solamente administrativa-financiera), de manera que los flujos de usuarios para la demanda de servicios de salud suelen ignorar estas delimitaciones territoriales.

En líneas generales, la organización de la línea de cuidados para el paciente con diabetes mellitus tipo 2 debe regirse de acuerdo a las disposiciones que emanan del Ministerio de Salud (a través de la Estrategia de Enfermedades no transmisibles). Al momento, no existe una directriz clínica de alcance nacional que trate de manera específica la línea de cuidados en la diabetes mellitus.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo y exploratorio, en la red de atención de salud del Callao, una de las 24 regiones administrativas del Perú.

Población de estudio

La población de estudio comprendió a las unidades de salud e instancias de gestión de la Dirección Regional del Callao que atienden pacientes con cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS).

La elección de la región Callao como escenario de la investigación se debe al hecho de su reducida extensión (147 km², la región más pequeña del Perú) y su población casi exclusivamente urbana lo que permitiría, *a priori*, accesibilidad a la gran mayoría de establecimientos. Además de lo señalado, se trata de la región con mayor índice de desarrollo humano (IDH) del Perú, lo que representa, al menos en teoría, la posibilidad que esta región cuente con la mejor oportunidad de contar con una red integrada de servicios de salud en el país (PNUD, 2005).

Los establecimientos de la Dirección Regional fueron escogidos entre los otros subsistemas de salud del Callao por su amplia cobertura y distribución (mayor que los demás). Finalmente, por el hecho que el alumno/investigador es un médico de uno de los hospitales de esta Dirección Regional.

Criterios de inclusión

Fueron considerados en el estudio, los establecimientos de salud pertenecientes a la Dirección Regional de Salud del Callao –vinculados por tanto al Ministerio de Salud–, que atendían a pacientes que cuentan con cobertura del SIS, y que poseían una Coordinación y/o responsable por la atención a la DM tipo 2 con al menos 3 meses en el establecimiento (tiempo considerado como el mínimo necesario para el adecuado conocimiento de las acciones que son emprendidas en la atención a la Diabetes mellitus tipo 2).

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los establecimientos de salud de la Región Callao que no estaban vinculados al Ministerio de Salud del Perú, los establecimientos especializados (hospitales de emergencias, centros de rehabilitación física o de salud mental), y aquellos que no brinden cuidados o coordinación en la atención de los pacientes con diabetes mellitus. No fueron considerados tampoco otros establecimientos de salud del Callao pertenecientes a los demás subsistemas de salud existentes en el Perú – el Seguro Social (EsSalud), las Fuerzas Armadas, y los establecimientos y sistemas de salud privados y comunitarios). Además de lo señalado, fueron excluidos los coordinadores de atención con menos de 3 meses en el cargo.

Informantes clave

Los informantes clave fueron los coordinadores o responsables de la Estrategia de atención a los pacientes con diabetes mellitus a nivel de la Dirección Regional de Salud del Callao, responsables a nivel de redes y microrredes de salud de la jurisdicción, centros y puestos de Salud, así como también en los hospitales del categoría II-1, II-2 y III-1 .

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de entrevista fue elaborado a partir de una matriz de dimensiones y variables tomando como referencias las definiciones operacionales y actividades propuestas por la Estrategia Nacional de Daños no Trasmisibles del Perú (formuladas de acuerdo a los lineamientos del Presupuesto por Resultados para el año 2013); las normas y recomendaciones del Ministerio de Salud del Perú y de la Dirección Regional de Salud del Callao para la atención de la diabetes mellitus. Complementariamente, se utilizaron elementos del Cuestionario de Evaluación de la Atención de las Enfermedades Crónicas (Assessment of Chronic Illness Care–ACIC), versión 3.5 (Bonomi, 2002), y de las recomendaciones para las acciones relacionadas con la diabetes en la APS de la Organización Panamericana de la Salud (Macinko, 2011). Asimismo, se utilizaron elementos de las matrices y entrevistas empleadas por Dias (2012) en su investigación

sobre estrategias de coordinación entre la atención primaria y secundaria en salud en el municipio de Belo Horizonte.

El cuestionario base para el trabajo de campo contempló 6 dimensiones de estudio: (1) Caracterización general de la Unidad de salud, (2) Caracterización de los elementos de estructura de las unidades prestadoras de servicios de salud, (3) Caracterización de las actividades del proceso de atención al paciente, (4) Caracterización de las relaciones/mecanismos de comunicación en la red de servicios, y (5) Identificación/caracterización de los problemas y posibilidades de mejoría en la coordinación del proceso de atención.

El Cuadro 6 muestra la subdivisión de las dimensiones de estudio, ordenadas a fin de establecer mejor las variables que se considerarán para cada uno de los 4 niveles de coordinación. A partir de estas variables se elaboraron los instrumentos (cuestionarios), para cada uno de los 3 niveles centrales de coordinación (microrredes, Redes y Dirección Regional) y para el nivel de atención local (puestos, centros de salud y hospitales), los que se muestran en los Apéndices 1, 2, 3, y 4.

Cuadro 6: Matriz para caracterización de la atención al paciente con Diabetes mellitus 2 por el SIS en la Región Callao

Dimensión	Subdimensión	Variables	Unidades locales	Microrred	Red	Región
Caracterización general de la Unidad de salud	Caracterización del responsable de la atención a los pacientes con DM2	Profesión, Especialización en el cargo, Edad, Sexo, Experiencia en el cargo	X	X	X	X
	Experiencia del establecimiento en el manejo de la DM2	Tiempo de inicio de las actividades de la Institución en torno a la DM2	X			
Caracterización de los elementos de estructura de las unidades prestadoras de servicios de salud	Existencia de áreas administrativas para la coordinación	Número de ambientes dedicados a la labor administrativa de coordinación	X	X	X	X
	Existencia de recursos físicos y humanos para la atención de los pacientes	Número de consultorios disponibles para la atención de los pacientes con DM2, tipo de profesionales disponibles para la atención, disponibilidad de horarios para la atención	X			
	Recursos financieros dedicados a la atención a la DM	Presupuesto asignado a la estrategia en el 2012	X			
	Integrantes del equipo de trabajo	Número de integrantes, tipo de profesión, capacitación recibida en relación a cuidados en DM2	X	X	X	X
Caracterización de las actividades del proceso de atención al paciente	Desarrollo de las Actividades de cuidados para DM2	Estratificación por riesgo del paciente con DM2, Desarrollo de atenciones de acuerdo a la estratificación por riesgo y al nivel de complejidad, uso de indicadores.	X			
	Apoyo al automanejo y control del paciente con DM2	Oferta de grupos para apoyo al autocuidado: Grupos de pacientes con DM2, grupos de nutrición, grupos de adultos mayores, otros	X			
	Fundamento de las decisiones	Existencia de Guía de Práctica Clínica en DM2, utilización de las guías clínicas	X			

Cuadro 6: Matriz para caracterización de la atención al paciente con Diabetes mellitus 2 por el SIS en la Región Calla (continúa)

Dimensión	Subdimensión	Variables	Unidades locales	Microrred	Red	Región
Caracterización de las relaciones/mecanismos de comunicación en la red de servicios	Coordinación existente entre los diferentes puntos de atención en la red/microrred de servicios	Coordinación entre establecimientos del mismo nivel, Coordinación entre el primero y segundo nivel, Coordinación entre el segundo y tercer nivel, Coordinación entre microrredes y redes	X	X	X	X
	Sistema de información en DM2 interconectado en la red de servicios	Existencia de historia clínica informatizada en las unidades de observación, existencia de libro de registro de pacientes	X	X	X	X
Identificación / caracterización de los problemas en la coordinación del proceso de atención	Identificación de limitaciones para el desarrollo de las actividades de la estrategia	Identificación de limitaciones de coordinación, financieras, capacitación, organización del trabajo	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia del autor

Se utilizaron diversas estrategias para obtener la información a través de los cuestionarios. Se enviaron al menos dos correos electrónicos y comunicaciones telefónicas por el propio investigador para todos los potenciales entrevistados, explicándoles el objetivo de la investigación e invitándoles a participar del estudio, informando que su participación sería voluntaria.

De los 36 potenciales respondedores, 20 fueron entrevistados por el propio investigador, 8 respondieron el cuestionario por email, y 8 respondieron por teléfono. Estas estrategias no fueron previstas inicialmente, sino que tuvieron que ser utilizadas por las preferencias o la disponibilidad de horarios del entrevistado, y en algunos casos debido a la localización del establecimiento en zonas de elevada peligrosidad.

El período de entrevistas abarcó los meses de Septiembre de 2013 a Enero de 2014.

Tratamiento y Análisis de Datos

Los datos cuantitativos del cuestionario fueron exportados al software estadístico *Statistical Package for Social Science* – SPSS, versión 21. El análisis descriptivo de los datos fue hecho mediante la construcción de tablas univariadas y bivariadas.

Las preguntas específicas y abiertas fueron analizadas manualmente, teniendo como referencia los estándares propuestos por las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados para la estrategia de Daños no Trasmisibles, por el Ministerio de Salud, la Dirección Regional y otras normas e recomendaciones que sirvieron de base para el instrumento de pesquisa.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud del Perú y fue aprobado mediante Oficio N° 1204-2013-DG-OGITT-OPE/INS, de fecha 26 de Junio de 2013. Asimismo, contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección Regional de Salud Callao, mediante Oficio N° 3399-2013-DG/DIRESA CALLAO/COM.ETIC.INV., de fecha 20 de Agosto de 2013.

Todos los entrevistados firmaron los términos de consentimiento libre e informado (ver Apéndices)

RESULTADOS

Población potencial y población estudiada

De las 68 potenciales coordinaciones de atención a la diabetes mellitus de establecimientos de salud y de nivel central pertenecientes a la Región Callao, 53 coordinaciones conformaron la población estudiada. De las 53 coordinaciones estudiadas, 39 correspondieron a establecimientos de salud, de los cuales 36 fueron puestos o centros de salud, y 3 fueron hospitales. Las otras 14 coordinaciones corresponden a los niveles gerenciales de la Dirección Regional de Salud del Callao, redes y microrredes de salud. Hubo en total 15 pérdidas, 9 por no cumplir con los criterios de inclusión al estudio, 3 coordinaciones no existentes y efectivamente 3 rechazos a participar. La Tabla N° 1 describe la población potencial y la población estudiada.

Tabla 1: Población potencial de coordinaciones y población estudiada. Callao/Perú, 2013

Tipo de Coordinaciones	Población de estudio	Pérdidas			Total	Población estudiada/Coordinaciones de DM entrevistadas
		Menos de 3 meses	Rechazo a participar	Coordinación inexistente / no ocupada		
Puestos de Salud	29	5	2	2	9	20
Centros de Salud	19	1	1	1	3	16
Hospitales	3	0	0	0	0	3
Microrred	13	2	0	0	2	11
Red	3	1	0	0	1	2
Diresa	1	0	0	0	0	1
TOTAL	68	9	3	3	15	53

En relación a la distribución de las 39 coordinaciones de establecimientos de salud entrevistadas, 16 centros y puestos de salud correspondieron a la Red Bonilla-La Punta, 10 a la Red Bellavista-La Perla-Callao, y 10 a la Red Ventanilla Asimismo, fueron entrevistadas 3 coordinaciones de hospitales, los cuales no están vinculados directamente a las redes de atención, pero sí a la Dirección Regional de Salud del Callao, por lo que los resultados concernientes a ellos se presentarán aparte de los de las Redes.

A continuación se presentarán los resultados de las 39 coordinaciones correspondientes a los establecimientos de salud. Posteriormente serán presentados los resultados de las 14 coordinaciones de nivel central (regional, redes y microrredes).

Caracterización de la atención a los pacientes con Diabetes mellitus 2 en los establecimientos de salud (Puestos, Centros de Salud y Hospitales)

Caracterización de los coordinadores

La edad media de los coordinadores de centros y puestos de salud y hospitales fue de 42 años (rango, 27 a 64 años). Los entrevistados tuvieron un tiempo medio como coordinadores en el establecimiento de 12 meses (rango, 4 a 48 meses), y una experiencia en cuidados de la diabetes de 11 años (rango, de 1 a 25 años). Se observa que la edad media, el tiempo en el cargo y la experiencia en cuidados de la diabetes fueron mayores en los coordinadores de los hospitales que en los centros y puestos de salud componentes de las 3 redes. En especial se destaca el tiempo en el cargo de los coordinadores de atención a la diabetes de los hospitales, que por lo menos fue el doble del tiempo en el cargo de los coordinadores de puestos y centros de salud. La Tabla N° 2 muestra las características de edad, sexo, y experiencia profesional de los coordinadores entrevistados.

Tabla 2: Edad, tiempo en el cargo y experiencia en cuidados en DM de los coordinadores por redes y hospitales. Callao/Perú, 2013

		Red			Hospitales	Total
		Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla		
Edad	Media (años)	43	41	39	49	42
Tiempo en el cargo	Media (meses)	12	9	12	24	12
Experiencia en DM	Media (años)	11	13	8	18	11

La mayoría de los coordinadores eran de sexo femenino, siendo la formación profesional más frecuente los médicos, y no contaban con formación de postgrado (sólo 9 contaban con especialización o maestría, y ninguno con Doctorado).

La Tabla N° 3 muestra la distribución de los coordinadores de los establecimientos estudiados por género, formación profesional y de postgrado por redes de atención y hospitales.

Tabla 3: Género, formación profesional y de postgrado de los coordinadores por redes (Centros y Puestos de salud) y hospitales. Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	Total
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla		
Género					
<i>Femenino</i>	11	6	5	2	24
<i>Masculino</i>	5	4	5	1	15
Formación					
<i>Médico</i>	9	5	8	3	25
<i>Enfermero</i>	2	0	0	0	2
<i>Asistente social</i>	3	0	0	0	3
<i>Nutricionista</i>	0	4	0	0	4
<i>Enfermera Obstetra</i>	2	1	1	0	4
<i>Odontólogo</i>	0	0	1	0	1
Postgrado					
<i>Especialización en el área de formación</i>	2	0	0	1	3
<i>Maestría en área de formación</i>	4	0	1	1	6
<i>Sin postgrado</i>	10	10	9	1	30
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la diabetes mellitus 2 en los establecimientos de salud

De los 39 coordinadores de establecimientos de salud entrevistados, solamente 3 respondieron que en sus establecimientos los ambientes para la atención a la diabetes están concentrados en una sola unidad (ninguno de los 3 hospitales tenía tal característica). Ningún establecimiento de salud contaba con oficinas exclusivas para las labores administrativas de la coordinación.

Todos los centros y puestos de salud informaron que cuentan exclusivamente con médicos generales, con la excepción de un centro de salud de la Red Ventanilla, que contaba con un especialista en Medicina Interna. Se observa en los 3 hospitales la disponibilidad de médicos especialistas involucrados en la atención a la diabetes mellitus (endocrinólogos, cardiólogos y otros (Tabla 4).

En relación a la atención no médica, la casi totalidad de los establecimientos de salud contaba con enfermeras, psicólogos y técnicos de enfermería, mientras más de la mitad contaba con nutricionistas y odontólogos (Tabla 4).

La mayoría de los centros y puestos de salud brindaba atención médica a los pacientes por las mañanas y las tardes, situación inversa en lo relacionado a la atención no médica (Tabla 5).

En cuanto a la conformación de los equipos de atención a la diabetes en los centros y puestos de salud, estuvieron constituidos principalmente por médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. En los hospitales, los equipos estuvieron conformados casi exclusivamente de médicos generales, endocrinólogos y enfermeras.

Tabla 4: Disponibilidad de atención médica y no médica en los establecimientos de salud estudiados. Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	TOTAL
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla		
Especialidades Médicas disponibles					
<i>Medicina Interna</i>	0	0	1	3	4
<i>Medicina General</i>	16	10	9	3	38
<i>Endocrinología</i>	0	0	0	2	2
<i>Cardiología</i>	0	0	0	3	3
<i>Otros</i>	0	0	0	3	3
Especialidades No Médicas disponibles					
Nutricionista	11	5	3	3	22
Enfermera	14	9	8	3	34
Psicólogo	15	9	8	3	35
Asistente social	13	8	5	3	29
Odontólogo	13	8	7	3	31
Otros profesionales	0	0	0	3	3
Técnicos de enfermería	13	8	8	3	32
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Tabla 5.: Características de los establecimientos en relación a la disponibilidad de atención médica y no médica. Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	TOTAL
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla		
Disponibilidad de la Atención médica en el EESS					
<i>Solamente por la mañana</i>	10	5	3	0	18
<i>Mañana y tarde</i>	6	5	7	3	21
Disponibilidad de la atención no médica en el EESS					
<i>Solamente por la mañana</i>	13	8	7	0	28
<i>Mañana y tarde</i>	3	2	3	3	11
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Las preguntas sobre el presupuesto designado para la atención a la DM2 en los establecimientos en los años 2012 y 2013 no fueron respondidas por ninguno de los coordinadores entrevistados.

Caracterización de las actividades del proceso de atención al paciente a través del SIS y la Estrategia de Daños no Trasmisibles

La Tabla N° 6 muestra las características de la procedencia de los pacientes que buscaron atención por el SIS/PpR a los establecimientos de salud evaluados.

De acuerdo a los coordinadores, en 26 de los 39 establecimientos de salud el paciente con diabetes mellitus usuario del SIS provenía de otra unidad de salud. La mayoría de los pacientes encaminados desde otro establecimiento provenía de los hospitales, y apenas en 7 de los establecimientos estudiados el paciente provino de un internamiento previo.

Tabla 6: Procedencia del paciente según el lugar de atención por redes y por hospitales. Callao/Perú, 2013

Procedencia	Redes			Hospitales	Total
	Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla		
Encaminado de otra unidad					
<i>Sí</i>	9	7	7	3	26
<i>No</i>	7	3	3	0	13
Origen del encaminamiento					
<i>Puesto/centro de Salud</i>	5	2	0	3	10
<i>Hospital</i>	9	7	7	2	25
<i>Internación</i>	3	0	1	3	7
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Apenas 6 coordinadores de los establecimientos de salud señalaron que se utilizaba alguna clasificación de riesgo en su institución como elemento para la organización de las actividades. En todos aquellos establecimientos donde se utilizaba una clasificación de riesgo, lo hicieron según los criterios establecidos por la estrategia nacional de daños no transmisibles para la diabetes mellitus (PpR). Esta clasificación establece tres categorías: Paciente prediabético con tratamiento, paciente diabético sin tratamiento especializado (ambos correspondientes a los centros y puestos de salud) y paciente diabético con tratamiento especializado (correspondiente a los hospitales II-2 y III-1); para cada una de las cuales está prescrita un conjunto de acciones.

Llama la atención que en la Red Bellavista ningún coordinador refirió utilizar la clasificación de riesgo, al igual que en ninguno de los tres hospitales evaluados. Asimismo, 5 coordinadores no sabían con certeza si en el establecimiento se venía utilizando alguna clasificación de riesgo.

La Tabla 7 muestra la utilización de clasificación de riesgo en los establecimientos de salud por redes de atención y en los hospitales estudiados.

Tabla 7: Utilización de clasificación de riesgo en los establecimientos de salud.

Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	Total
	Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla		
Uso de Clasificación de riesgo en DM					
<i>Sí</i>	3	0	3	0	6
<i>No</i>	10	8	7	3	28
<i>No sabe</i>	3	2	0	0	5
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

En los pocos centros y puestos de salud de las Redes Bonilla y Ventanilla donde los coordinadores informaron utilizar la clasificación de riesgo propuesta por las definiciones operacionales del PpR, se evidencia que para la categoría “paciente prediabético con tratamiento”, se viene realizando un número menor de actividades (consultas médicas y de consejería, análisis de laboratorio) que lo preconizado por dicha clasificación. Situación diferente ocurre en la categoría “paciente diabético sin tratamiento especializado”, en la cual se aprecia un exceso de atenciones en algunos componentes relacionados con la atención de los profesionales de la salud (consultas médicas, controles antropométricos, orientación sobre estilo de vida) y en otras un menor cumplimiento (exámenes de laboratorio) de lo señalado por las definiciones operacionales del PpR para tal categoría.

La Tabla 8 resume las actividades realizadas en los establecimientos que utilizaron la clasificación de riesgo propuesta por las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados.

Tabla 8: Acciones para el tratamiento del paciente con DM2 de acuerdo a la Clasificación del PpR en Centros y Puestos de Salud. Callao/Perú, 2013

	Recomendación de definiciones del PPR	Red			Total
		Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla	
		Media anual	Media anual	Media anual	
Paciente pre-diabético con tratamiento					
<i>Consultas médicas</i>	4	3	NA	3	3
<i>Controles de antropometría</i>	4	2	NA	1	2
<i>Controles de glucosa</i>	4	2	NA	1	2
<i>Controles de lípidos</i>	2	2	NA	1	2
<i>Control de enzimas hepáticas</i>	1	0	NA	0	0
<i>Consultas con otros profesionales</i>	3	2	NA	1	2
<i>Orientación sobre estilos de vida</i>	4	2	NA	1	2
Paciente diabético sin tratamiento especializado					
<i>Consultas médicas</i>	4	5	NA	6	6
<i>Controles de antropometría</i>	4	4	NA	6	5
<i>Controles de glucosa</i>	4	4	NA	4	4
<i>Controles de lípidos</i>	2	2	NA	2	2
<i>Control de enzimas hepáticas</i>	1	0	NA	1	1
<i>Control de HbA1c</i>	ND	0	NA	0	0
<i>Control de creatinina</i>	1	1	NA	0	1
<i>Consulta con otros profesionales</i>	3	2	NA	0	1
<i>Orientación sobre estilos de vida</i>	3	4	NA	4	4
<i>Detección de señales de alarma</i>	ND	2	NA	2	2
Total de establecimientos		3	0	3	

No se consigna la categoría "Paciente diabético con tratamiento especializado", que corresponde a los hospitales. NA: No aplica (al no haber utilización de clasificación de riesgo en los establecimientos de la red). ND: No existen datos disponibles.

A pesar que las coordinaciones de diabetes mellitus de los hospitales no utilizaron la clasificación de riesgo propuesta por las Definiciones operacionales del PpR, ellos informaron una estimativa de las acciones realizadas para cada tipo de paciente.

La Tabla N° 9 compara las actividades realizadas en los hospitales en relación a lo propuesto por las definiciones operacionales del PpR; en ella se puede apreciar que en la mayoría de atenciones por profesionales de la salud y de apoyo al diagnóstico, existe un claro exceso (incluso hasta el triple de lo recomendado por dicha clasificación de riesgo).

Tabla 9: Número de atenciones especializadas al paciente diabético en los hospitales estudiados en relación a las recomendaciones del PpR para hospitales. Callao/Perú, 2013

	Recomendación de definiciones del PPR	Hospitales			Total
		1	2	3	
		Media anual	Media anual realizada	Media anual realizada	
Paciente diabético con tratamiento especializado					
<i>Número de consultas</i>	6	12	12	12	12
<i>Controles antropométricos</i>	4	12	12	12	12
<i>Controles de glucosa</i>	6	6	12	12	10
<i>Controles de lípidos</i>	2	2	4	4	3
<i>Controles de enzimas hepáticas</i>	2	1	2	2	2
<i>Control de HbA1c</i>	4	3	4	4	4
<i>Controles de creatinina</i>	1	1	2	2	2
<i>Consulta con otros profesionales</i>	4	1	2	2	2
<i>Orientación sobre estilos de vida</i>	4	12	12	12	12
<i>Detección de señales de alarma</i>	4	12	6	6	8

En relación al uso de Guías Clínicas para orientar el tratamiento de la diabetes mellitus, se evidencia que de los 39 establecimientos de salud, solamente en 16 centros y puestos de salud y en apenas un hospital se utilizaban guías clínicas de elaboración nacional (Consenso peruano sobre prevención y tratamiento de diabetes mellitus 2, síndrome metabólico y diabetes gestacional, 2012). En los otros 2 hospitales se utilizaban guías clínicas para el manejo de diabetes propias de la Institución, mientras en los restantes 22 establecimientos no se utilizaban guías clínicas. Ninguno de los coordinadores de los establecimientos estudiados señaló el uso de guías clínicas internacionales para el manejo de los pacientes con diabetes mellitus.

Con respecto a la existencia de oferta de acciones de promoción y prevención para los pacientes con diabetes, solamente 4 establecimientos (dos de ellos hospitales) contaban con grupos de apoyo de diabetes mellitus, mientras 14 establecimientos tenían grupos de apoyo nutricional. 4 establecimientos contaban con grupos de adultos mayores.

La Tabla N° 10 muestra la distribución de la utilización de guías clínicas y la oferta de acciones de promoción y prevención para los pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 10.: Utilización de guías clínicas y grupos de apoyo al tratamiento en DM2 en los establecimientos de salud. Callao/Perú, 2013

	Red				Total
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla	Hospitales	
Uso de Guías Clínicas (GC)					
<i>Uso de GC propia</i>	0	0	0	2	2
<i>Uso de GC nacional</i>	7	4	5	1	17
<i>Uso de GC internacional</i>	0	0	0	0	0
<i>No uso de GC</i>	9	6	5	0	20
Oferta de acciones de promoción y prevención					
<i>Grupo de diabetes</i>	0	1	1	2	4
<i>Grupo de actividad física</i>	0	0	0	0	0
<i>Grupo de orientación nutricional</i>	8	2	3	1	14
<i>Grupos de adultos mayores</i>	0	1	0	3	4
<i>Total de coordinaciones estudiadas</i>	16	10	10	3	39

Caracterización de los mecanismos de coordinación de las acciones en diabetes mellitus

De los 39 establecimientos evaluados, en sólo 18 se realizaban reuniones de coordinación de las actividades por el equipo de atención, de los cuales 8 lo hacían al menos con una frecuencia mensual. En todos ellos, al menos participaban un médico y una enfermera, siendo escasa la participación de otros profesionales. La agenda de las reuniones fue principalmente indicadores de calidad y planeamiento y programación de las actividades, indicadores de producción y asuntos administrativos (Tabla 11).

La tabla 11 caracteriza los mecanismos de coordinación a nivel de los establecimientos de salud estudiados.

Tabla 11: Características de las reuniones de coordinación de la atención a nivel de los establecimientos de salud. Callao/Perú, 2013

	Red				Total
	Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla	Hospitales	
Realiza reuniones de coordinación en el EESS	8	3	5	2	18
Frecuencia de las reuniones					
<i>No existe periodicidad</i>	3	0	2	0	5
<i>1 vez al mes</i>	4	2	2	0	8
<i>1 vez cada 2 meses</i>	1	1	1	2	5
<i>No se reúne</i>	8	7	5	1	21
Participantes en las reuniones					
<i>Médico</i>	8	3	5	2	18
<i>Nutricionista</i>	1	0	1	0	2
<i>Enfermera</i>	8	3	4	3	18
<i>Psicólogo</i>	1	0	1	0	2
<i>Asistente social</i>	1	0	0	0	1
<i>Odontólogo</i>	0	0	1	0	1
<i>Técnico de enfermería</i>	4	0	2	1	7
Agenda de las reuniones					
<i>Discusión de casos clínicos</i>	0	0	1	0	1
<i>Presentación de indicadores de producción</i>	2	1	2	3	9
<i>Presentación de indicadores de calidad</i>	8	3	5	0	16
<i>Discusión de asuntos administrativos generales</i>	2	2	1	3	8
<i>Planeamiento y programación de acciones</i>	7	2	2	3	14
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Se observó también que sólo 4 de los 39 establecimientos de salud estudiados contaban con un libro de registro de los pacientes con DM. Se destaca que ningún hospital refirió utilizarlo. Si bien la mayoría de coordinadores señaló que el establecimiento disponía de historias clínicas para los pacientes con diabetes mellitus (33 de 39 establecimientos estudiados), llama la atención que 6 coordinadores informaran que no se cuenta con prontuario/historia clínica para registrar la atención de los pacientes con diabetes mellitus. Además de lo señalado, ninguno de los establecimientos de salud cuenta con historias clínicas informatizadas.

La Tabla 12 señala las características de registro de los pacientes con diabetes mellitus, incluyendo la existencia de historias clínicas informatizadas.

Tabla 12: Registro de los pacientes y uso de historia clínica en los establecimientos de salud por Redes y en los Hospitales. Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	TOTAL
	Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla		
Libro de registro de pacientes					
<i>Sí</i>	3	1	0	0	4
<i>No</i>	13	9	10	3	35
Uso de prontuario/historia clínica para DM en el EESS					
<i>Sí</i>	13	8	9	3	33
<i>No</i>	3	2	1	0	6
Uso de historia clínica informatizada	0	0	0	0	0
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Con respecto al uso de indicadores para valorar complicaciones de la enfermedad (p.ej., neuropatía, pie diabético, hipoglicemias) en los establecimientos de salud, apenas 7 de los 39 coordinadores (ninguno en los hospitales) refirió utilizar este tipo de indicadores. Además, a pesar que 7 coordinadores reportaron el uso de estos indicadores, apenas dos informaron el tipo de indicador: uno refirió monitorizar la presencia de complicaciones neurológicas, mientras en otro centro de salud se utilizaba la ocurrencia de episodios de hipoglicemia.

La Tabla 13 caracteriza el uso de indicadores por parte de los coordinadores, para acompañar el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, así como el tipo de indicadores utilizados.

Tabla 13: Características del uso de indicadores por parte de los coordinadores de atención a la diabetes, por redes y por hospitales. Callao/Perú, 2013

	Red			Hospitales	Total
	Bonilla-La Punta	BEPECA	Ventanilla		
Uso de indicadores para valorar la evolución de los pacientes con DM2					
<i>Sí</i>	3	3	1	0	7
<i>No</i>	13	7	9	3	32
Tipo de indicadores utilizados para evaluar complicaciones de DM2					
<i>Complicaciones neurológicas</i>	0	1	0	0	1
<i>Episodios de hipoglicemia</i>	0	0	1	0	1
<i>No específica</i>	3	2	0	0	5
Total de establecimientos	16	10	10	3	39

Identificación de los problemas en la Coordinación de la atención a la DM

A continuación, serán presentadas las principales dificultades para la atención a la diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a la percepción de los 16 coordinadores de la Red Bonilla, los 10 coordinadores de la Red Bellavista-La Perla-Callao, los 10 coordinadores de la Red Ventanilla y los 3 coordinadores de los hospitales estudiados. Se pidió que asignasen una puntuación del 0 al 10 para cada enunciado planteado, donde 0 indica que no es una dificultad, y 10 indica que es una máxima dificultad.

La Tabla 14 muestra las dificultades percibidas por los coordinadores de los centros y puestos de salud de la Red Bonilla-Punta. Aquí se destacan como problemas principales el subregistro de la producción, la ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de atención a la diabetes, el número limitado de profesionales para la atención a los pacientes, el desconocimiento de la población sobre su necesidad de recibir atención para la diabetes, la falta de monitoreo por parte del gestor del establecimiento, así como la subestimación del Presupuesto por resultados para la diabetes en el establecimiento y la baja adhesión del equipo con el alcance de las metas planteadas.

Además de lo señalado, otras dificultades identificadas libremente por los coordinadores fueron la multiplicidad de funciones que realizan en su establecimiento, así como la falta de capacitación en el manejo de la diabetes mellitus, la falta de insumos para la medición rápida de glucosa y de medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Tabla 14.: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red Bonilla. Callao/Perú, 2013

(Puntaje del 0 al 10; 0: “No es una dificultad”, 10: “Máxima dificultad”)

Dificultades	Red Bonilla				
	N° de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	16	6	10	8	8
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	16	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	16	4	6	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	16	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	16	4	8	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	16	6	10	9	8
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	16	4	6	6	6
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	16	4	10	8	8
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	16	2	8	6	6
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	16	4	8	6	6
Presupuesto de programación del PPR subestimado	16	6	10	8	8
Subregistro de la producción del establecimiento	16	4	10	9	10
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	16	4	10	8	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	16	6	10	9	10
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	16	4	10	6	6
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	16	4	8	7	8
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	16	4	8	7	6
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad de los coordinadores</i>	6	9	10	10	10
<i>Falta de insumos para medición rápida de glucosa</i>	5	6	10	8	8
<i>Falta de horario diferenciado para la atención</i>	4	2	8	6	7
<i>Falta de capacitación al personal</i>	3	8	10	9	9
<i>No hay espacio diferenciado</i>	2	2	8	5	5
<i>Insuficiente abastecimiento de medicinas</i>	2	7	10	8	8

La Tabla 15 muestra las dificultades percibidas por los coordinadores de la Red Bellavista-La Perla-Callao. Las principales dificultades reportadas fueron el monitoreo insuficiente por parte del gestor, el subregistro de la producción, la falta de incentivos para el personal que realiza las acciones de cuidado a los pacientes, el número insuficiente de profesionales para la atención a la diabetes, la subestimación del presupuesto por

resultados para la atención de la DM en el establecimiento, y el escaso conocimiento sobre programación por parte del equipo de atención.

Asimismo, los coordinadores identificaron libremente como dificultad la multiplicidad de funciones que realizan, la falta de insumos para la medición rápida de la glucosa, así como la falta de capacitación al personal del establecimiento.

Tabla 15: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red BEPECA, Callao/Perú, 2013

(Puntaje del 0 al 10; 0: “No es una dificultad”, 10: “Máxima dificultad”)

Dificultades	Red Bellavista-La Perla-Callao				
	N° de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	10	2	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	10	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	10	6	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	10	2	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	10	4	8	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	10	2	10	8	9
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	10	2	6	5	6
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	10	8	10	9	10
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	10	2	8	6	6
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	10	4	8	6	6
Presupuesto de programación del PPR subestimado	10	6	10	8	8
Subregistro de la producción del establecimiento	10	4	10	9	10
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	10	4	10	8	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	10	6	10	9	10
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	10	4	8	6	6
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	10	4	8	8	8
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	10	4	8	7	8
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	6	9	10	10	10
<i>Falta de insumos para medición rápida de glucosa</i>	5	6	10	8	8
<i>Falta de horario diferenciado para la atención</i>	4	6	8	7	6
<i>Falta de capacitación al personal</i>	2	7	9	8	8
<i>No hay espacio diferenciado</i>	1	4	4	4	4

La Tabla 16 muestra las dificultades percibidas por los coordinadores de centros y puestos de salud de la Red Ventanilla. Las principales dificultades señaladas fueron el presupuesto subestimado para la atención a la diabetes en el establecimiento, el monitoreo insuficiente de las metas por el gestor, el subregistro de la producción del establecimiento, el número limitado de profesionales para la atención de los pacientes con diabetes mellitus, la baja adhesión del equipo de atención con las metas planteadas, y la ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia. Asimismo, se mencionaron de manera libre otras dificultades como la multiplicidad de funciones de los coordinadores y la falta de insumos para la medición rápida de glucosa.

Tabla 16: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Red Ventanilla, Callao/Perú, 2013

(Puntaje del 0 al 10; 0: “No es una dificultad”, 10: “Máxima dificultad”)

Dificultades	Red Ventanilla				
	N° de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	10	2	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	10	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	10	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	10	4	8	7	8
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	10	4	8	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	10	4	10	8	9
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	10	4	6	5	6
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	10	4	10	8	10
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	10	4	8	6	6
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	10	4	8	7	7
Presupuesto de programación del PPR subestimado	10	8	10	9	8
Subregistro de la producción del establecimiento	10	4	10	8	10
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	10	6	10	8	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	10	6	10	8	8
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	10	4	6	5	6
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	10	4	8	7	7
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	10	6	8	7	8
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	5	8	9	9	9
<i>Falta de insumos para medición rápida de glucosa</i>	4	8	10	9	9
<i>Falta de horario diferenciado para la atención</i>	3	4	6	4	4
<i>Ausencia de espacio diferenciado para la atención de los pacientes</i>	1	5	5	5	5
<i>Número limitado de medicamentos para el tratamiento de la diabetes</i>	1	6	6	6	6
<i>El SIS no cubre todos los análisis que requieren los pacientes</i>	1	6	6	6	6

La Tabla 17 describe las dificultades percibidas por los coordinadores de la atención a la diabetes mellitus en los 3 hospitales estudiados. Las principales dificultades señaladas fueron el monitoreo insuficiente de las metas por parte del gestor del hospital, la inadecuación del plan de salud para la región, el subregistro de la producción de atenciones para pacientes con diabetes mellitus, la ausencia de incentivos al equipo de la estrategia de diabetes, la inadecuación del plan de salud para la región, la inadecuación del plan de salud para la red y la subestimación del presupuesto para la atención a la diabetes. Asimismo, los coordinadores informaron libremente otros problemas como la multiplicidad de funciones de los coordinadores, la utilización del presupuesto para otras actividades del hospital, la falta de coordinación con el responsable de la estrategia de Daños no Trasmisibles y con la oficina de Planeamiento del hospital, y la disponibilidad irregular de medicamentos en el hospital.

Tabla 17: Percepción de las dificultades para atención al paciente con DM2 por parte de los coordinadores – Hospitales, Callao/Perú, 2013

(Puntaje del 0 al 10; 0: “No es una dificultad”, 10: “Máxima dificultad”)

Dificultades	N° de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	3	6	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	3	8	10	9	9
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	3	8	8	8	8
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	3	4	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	3	6	6	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	3	4	8	5	5
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	3	2	6	5	5
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	3	10	10	10	10
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	3	4	4	4	4
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	3	6	8	6	6
Presupuesto de programación del PPR subestimado	3	8	8	8	8
Subregistro de la producción del establecimiento	3	8	10	9	9
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	3	6	6	6	6
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	3	8	10	9	9
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	3	2	6	4	4
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	3	6	8	6	6
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	3	6	8	7	7
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	3	10	10	10	10
<i>Falta de coordinación con el responsable de la estrategia de Daños No Trasmisibles del Hospital</i>	3	9	10	9	9
<i>Falta de coordinación con la oficina de Planeamiento del Hospital</i>	2	8	9	9	9
<i>Disponibilidad discontinua de medicamentos</i>	2	9	9	9	9
<i>Utilización del presupuesto programado en otras actividades del hospital</i>	2	10	10	10	10

Caracterización da atención a la diabetes mellitus tipo 2 según los coordinadores de nivel central (Microrredes, Redes y Dirección Regional de Salud del Callao)

Caracterización de los coordinadores de niveles centrales

La edad promedio de los coordinadores de niveles centrales fue 44 años (rango, 29 a 64 años). Llama la atención que los coordinadores de Redes y Dirección Regional tuvieron una edad menor que los coordinadores de microrred (37 años de media en los coordinadores de red y regional versus 45 años en los coordinadores de microrred), así como menor tiempo en el cargo de la coordinación (media de 8 versus 10 meses) y menor tiempo de experiencia en cuidados de la diabetes (media de 8 versus 12 años).

La Tabla 18 muestra las características de edad, tiempo en el cargo y experiencia en cuidados de la diabetes mellitus por parte de los coordinadores de niveles centrales (microrredes, redes y Región).

Tabla 18: Edad, tiempo en el cargo y experiencia en cuidados de la DM de los coordinadores de microrredes, redes y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013

		Coordinadores de nivel central						Promedio
		Microrredes Bonilla	Microrredes BEPECA	Microrredes Ventanilla	Red Bonilla	Red Ventanilla	Diresa Callao	
Edad	Media	48	46	42	37	33	41	44
Tiempo en el cargo	Media (meses)	8	12	12	6	12	6	10
Experiencia en DM	Media (Años)	10	16	11	10	12	2	11
Total de coordinadores entrevistados		5	2	4	1	1	1	14

Al igual que en el caso de los establecimientos de salud, la mayoría de los coordinadores de niveles centrales fueron mujeres (11 de 14 coordinadores), y de profesión médicos (8 de los 14 coordinadores). Sólo 3 de los 14 coordinadores tenían formación de postgrado (especialización o maestría).

La Tabla 19 muestra las características de sexo, formación profesional y de postgraduación de los coordinadores de niveles centrales entrevistados.

Tabla 19: Sexo, formación profesional y de postgrado de los coordinadores de microrredes, redes y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013

	Coordinadores de nivel central						Promedio
	Microrredes Bonilla	Microrredes BEPECA	Microrredes Ventanilla	Red Bonilla	Red Ventanilla	Diresa Callao	
Sexo							
<i>Femenino</i>	5	2	1	1	1	1	11
<i>Masculino</i>	0	0	3	0	0	0	3
Formación							
<i>Médico</i>	2	1	4	1	0	0	8
<i>Enfermero</i>	1	0	0	0	1	0	2
<i>Asistente social</i>	2	0	0	0	0	0	2
<i>Nutricionista</i>	0	1	0	0	0	0	1
<i>Obstetra</i>	0	0	0	0	0	1	1
Postgrado							
<i>Especialización en el área de formación</i>	1	0	0	0	0	0	1
<i>Maestría en área de formación</i>	2	0	0	0	0	0	2
<i>Doctorado en área de formación</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>No cuenta con postgrado</i>	2	2	4	1	1	1	11
Total de coordinaciones	5	2	4	1	1	1	14

Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM2

En relación a la existencia de oficinas exclusivas para las funciones administrativas de la coordinación, solamente la Dirección Regional disponía de una oficina dedicada a la coordinación.

Con respecto al equipo de coordinación de las actividades relacionadas con la diabetes mellitus en los niveles centrales, 12 de las 14 coordinaciones contaban con médicos generales, 9 contaban con enfermeras, y 6 con nutricionistas y técnicos de enfermería. La coordinación de la Dirección Regional trabajaba de manera aislada a dicho nivel.

La Tabla 20 muestra la conformación de los integrantes del equipo de coordinación a nivel de microrredes, redes y Dirección Regional.

Tabla 20: Integrantes del equipo de coordinación para las actividades de atención a la diabetes mellitus en los niveles centrales (microrredes, redes y Dirección Regional). Callao/Perú, 2013

	Coordinadores de nivel central						Promedio
	Microrredes Bonilla	Microrredes BEPECA	Microrredes Ventanilla	Red Bonilla	Red Ventanilla	Diresa Callao	
Miembros del equipo de coordinación							
<i>Médico General</i>	5	1	4	1	1	0	12
<i>Nutricionista</i>	3	1	2	0	0	0	6
<i>Enfermera(o)</i>	5	1	2	0	1	0	9
<i>Psicólogo</i>	3	0	2	0	0	0	5
<i>Asistente social</i>	3	0	1	0	0	0	4
<i>Odontólogo</i>	2	0	1	0	0	0	3
<i>Técnico de enfermería</i>	3	1	2	0	0	0	6
<i>Obstetra</i>	0	0	0	0	0	1	1
Total de coordinaciones entrevistadas	5	2	4	1	1	1	14

Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM

Coordinación a nivel de microrredes

Con respecto a la realización de reuniones de coordinación entre las microrredes y centros y puestos de salud, 7 de los 11 coordinadores de microrred informaron que realizaban reuniones con sus establecimientos; los 2 coordinadores de red de atención señalaron que realizaban reuniones con sus microrredes, y la coordinación de la Dirección Regional afirmó que se reunía con las redes de atención.

En lo referente a las reuniones a nivel de microrred, solamente se reunían con frecuencia mensual 3 de las 4 coordinaciones de microrred pertenecientes a la Red Bonilla-La Punta; en otras 3 microrredes no existe una periodicidad definida de las reuniones, mientras en otras 4 microrredes no se realizaban reuniones. Con respecto a las coordinaciones de Red, la Red Bonilla-La Punta se reunía trimestralmente, mientras la

Red Ventanilla no tenía una periodicidad definida. La coordinación de la Dirección Regional se reunía con sus Redes con una frecuencia trimestral.

La Tabla 21 especifica la realización de reuniones y su frecuencia, en las coordinaciones de los niveles centrales estudiados.

Tabla 21: Reuniones de coordinación y frecuencia de reuniones, en los niveles centrales de coordinación de la atención a la diabetes mellitus. Callao/Perú, 2013

	Coordinadores de nivel central						Promedio
	Microrredes Bonilla	Microrredes BEPECA	Microrredes Ventanilla	Red Bonilla	Red Ventanilla	Diresa Callao	
Realiza reuniones con las coordinaciones subordinadas	4	1	2	1	1	1	10
Frecuencia de las reuniones							
No hay periodicidad	1	0	2	0	1	0	4
Al menos 1 vez al mes	3	0	0	0	0	0	3
Cada 3 meses	0	1	0	1	0	1	3
No se reúne	1	1	2	0	0	0	4
Número de coordinaciones entrevistadas	5	2	4	1	1	1	14

En lo referente a las reuniones a nivel de microrred, sólo 20 de los 36 centros y puestos de salud participaban en estas reuniones (los hospitales se reúnen solamente a nivel de redes de atención, por lo que no fueron considerados en este apartado), a las que asisten exclusivamente los coordinadores o sus representantes. La agenda principal de las reuniones a nivel de microrred fue la capacitación, la presentación de indicadores de producción, discusión de asuntos administrativos generales y planeamiento y programación de acciones.

La Tabla 22 muestra las características de las reuniones de coordinación a nivel de las 11 microrredes estudiadas.

Tabla 22: Características de las reuniones de coordinación a nivel de microrredes. Callao/Perú, 2013

	Coordinaciones de microrred			Total
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao	Ventanilla	
Número de centros y puestos de salud que participan en Reuniones de la Microrred	10	6	4	20
Participantes en reuniones de microrred				
<i>Coordinadores de DM de Centros y puestos de salud</i>	10	6	4	20
<i>Otros participantes</i>	0	0	0	0
Agenda de las reuniones				
<i>Presentación de indicadores de producción</i>	5	4	3	12
<i>Discusión de casos clínicos complicados</i>	5	1	1	7
<i>Presentación de indicadores de calidad</i>	0	0	1	1
<i>Discusión de asuntos administrativos generales</i>	5	2	1	8
<i>Planeamiento y programación de acciones</i>	5	1	2	8
<i>Discusión de mecanismos de referencia y contrarreferencia</i>	2	0	0	2
<i>Capacitación</i>	6	5	6	17
<i>Total de coordinaciones de Centros y puestos de salud</i>	16	10	10	36*

*No se consideraron a los 3 hospitales, pues no coordinan directamente con las microrredes

Coordinación a nivel de Redes de Atención y Dirección Regional de Salud

Con respecto a las reuniones a nivel de Redes de atención, sólo 5 de las 11 coordinaciones de microrred señalaron que se reúnen a nivel de la Red de atención; destaca aquí el hecho que la Red Ventanilla no coordina con las microrredes, sino directamente con los centros y puestos de salud. Los hospitales, que en teoría deben coordinar con las Redes de atención, no acuden a las reuniones realizadas a dicho nivel. La frecuencia de las reuniones de coordinación fue mensual tanto en la Red Bonilla como en la Diresa Callao, mientras fue trimestral en las redes Bepeca y Ventanilla.

La agenda de las reuniones que realizaban las redes rondaba principalmente en asuntos administrativos generales, programación de actividades y capacitación a los coordinadores. A nivel de la Dirección Regional fueron la capacitación, programación de actividades, asuntos administrativos generales y discusión sobre los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Para ninguno de los niveles de coordinación se indicó como punto de la agenda la presentación de indicadores de calidad de la atención prestada.

La Tabla 23 caracteriza los mecanismos de coordinación a nivel de las redes de atención y la Dirección Regional del Callao.

Tabla 23: Características de los mecanismos de coordinación/reuniones a nivel de las Redes de Atención y Dirección Regional de Salud. Callao/Perú, 2013

	Red			Diresa Callao
	Bonilla-La Punta	Bellavista-La Perla-Callao*	Ventanilla	
Se realizan reuniones a nivel de Red/Diresa	Sí	Sí	Sí	Sí
Número de coordinaciones que asisten regularmente	4	1	0	40
Participantes en las reuniones a nivel de Red				
<i>Coordinador de DM de la Red</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Coordinadores de DM de las microrredes</i>	Sí	Sí	No	Sí
<i>Coordinadores de DM de los centros y puestos de salud</i>	No	No	Sí	Sí
<i>Coordinadores de DM de los hospitales</i>	No	No	No	No
<i>Otros</i>	No	No	No	No
Frecuencia de las reuniones a nivel de Red/Diresa	Mensual	Trimestral	Trimestral	Mensual
Agenda de las reuniones de Red/Diresa				
<i>Programación de actividades</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Capacitación a los coordinadores</i>	No	Sí	Sí	Sí
<i>Presentación de indicadores de calidad</i>	No	No	No	No
<i>Presentación de indicadores de producción</i>	No	No	No	Sí
<i>Asuntos administrativos generales</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Discusión de los mecanismos de referencia y contrarreferencia</i>	Sí	No	No	Sí

* Dado que la coordinación de la Red Bellavista-La Perla-Callao no cumplía los criterios de inclusión, los datos fueron tomados de la información brindada por los coordinadores de microrred y de la Diresa Callao

Identificación de los problemas en la Coordinación de la atención a la DM

Coordinaciones a nivel de microrredes

La Tabla 24 resume las dificultades identificadas por los 5 coordinadores entrevistados de las microrredes de la Red Bonilla-La Punta. Entre ellas destaca la ausencia de incentivos para los responsables de la atención a los pacientes, la insuficiencia de profesionales para la atención de la diabetes, una programación subestimada del

presupuesto por resultados, el monitoreo insuficiente por parte de los gestores de los centros y puestos de salud, la baja adhesión de los equipos a las metas planteadas, el subregistro de la producción de los establecimientos y el escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la estrategia de diabetes mellitus. Otras dificultades planteadas libremente por los coordinadores fueron la limitada capacidad de gestión que tienen las microrredes dentro de la Red, la multiplicidad de funciones de los coordinadores y la falta de coordinación adecuada entre las microrredes y los centros y puestos de salud.

Tabla 24: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Bonilla-Punta. Callao/Perú, 2013

Dificultades	Nº de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	5	6	10	7	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	5	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	5	4	6	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	5	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para los establecimientos de salud	5	4	8	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	5	6	10	8	8
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta de los EESS	5	4	6	6	6
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor de los centros y puestos de salud	5	4	10	7	8
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	5	2	8	6	6
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	5	4	8	5	4
Presupuesto de programación del PPR subestimado	5	6	10	8	8
Subregistro de la producción del establecimiento	5	4	10	7	6
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	5	6	8	7	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	5	6	10	8	8
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	5	4	10	5	4
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	5	4	8	7	8
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	5	4	8	6	6
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	4	8	10	9	9
<i>Falta de coordinación efectiva con los centros y puestos de salud</i>	3	7	8	8	8
<i>Capacidad limitada de gestión de la microrred</i>	2	9	10	10	10

En relación a las 2 microrredes pertenecientes a la Red Bellavista-La Perla-Callao, las principales dificultades identificadas fueron el monitoreo insuficiente por parte de los gestores, la subestimación del presupuesto para las actividades y el subregistro de la producción. Además de lo señalado, fueron señalados como problemas la falta de coordinación adecuada entre la Microrred y los centros y puestos de salud, así como la multiplicidad de funciones de los coordinadores de este nivel. Dicha información es presentara en la Tabla 26.

Tabla 25: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Bellavista-La Perla-Callao. Callao/Perú, 2013

Dificultades	N° de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	2	6	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	2	6	6	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	2	6	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	2	6	6	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	2	8	8	8	8
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	2	6	8	7	7
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	2	4	4	4	4
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	2	8	10	9	9
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	2	2	8	5	5
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	2	6	6	6	6
Presupuesto de programación del PPR subestimado	2	8	10	9	9
Subregistro de la producción del establecimiento	2	8	10	9	9
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	2	6	10	8	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	2	6	8	7	7
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	2	4	4	4	4
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	2	8	8	8	8
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	2	6	8	7	7
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	2	9	9	9	9
<i>Falta de coordinación entre la Microrred y los centros y puestos de salud</i>	1	10	10	10	10
<i>Capacitación limitada al personal de los centros y puestos de salud</i>	1	7	7	7	7

En relación a la Red Ventanilla, las principales dificultades identificadas por los 4 coordinadores de microrred entrevistados fueron el limitado monitoreo por los gestores, el presupuesto subestimado para el PpR, la ausencia de incentivos para los equipos de atención a la diabetes, la baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas, el subregistro de la producción, la inadecuación del plan de salud para la microrred, y las metas físicas sobreestimadas por la estrategia de diabetes. Además de lo señalado, los coordinadores mencionaron libremente como problemas la multiplicidad de funciones y la falta de coordinación directa entre los establecimientos y las microrredes. Esta información es presentada en la Tabla 26.

Tabla 26: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de las microrredes de la Red Ventanilla. Callao/Perú, 2013

Dificultades	Nº de respuestas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	4	6	8	7	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	4	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	4	4	8	6	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	4	4	8	7	8
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento	4	4	8	6	6
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	4	4	10	7	7
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del EESS	4	4	6	6	6
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor	4	6	10	9	9
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	4	4	8	6	6
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	4	4	8	7	8
Presupuesto de programación del PPR subestimado	4	8	10	9	8
Subregistro de la producción del establecimiento	4	4	10	8	8
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	4	6	8	8	8
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	4	6	10	9	9
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	4	6	6	6	6
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	4	4	8	7	7
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	4	6	8	7	7
Otras dificultades detectadas por los coordinadores					
<i>Multifuncionalidad</i>	3	9	10	10	10
<i>Las microrredes no coordinan con los centros y puestos de salud</i>	4	8	9	8	8

Coordinaciones a nivel de Redes de Atención y Dirección Regional de Salud

En relación a las 2 coordinaciones de Redes de atención y la coordinación regional entrevistadas, a nivel de las redes destacaron como principales problemas percibidos la subestimación del presupuesto por resultados para la atención a la diabetes mellitus a nivel de las redes, el subregistro de la producción de los centros y puestos de salud, el monitoreo insuficiente de los gestores de centros y puestos de salud, la ausencia de incentivos para el equipo de atención y el número insuficiente de profesionales para la atención de los pacientes. Además de lo señalado, los coordinadores de redes indicaron libremente como problemas la rotación continua de los coordinadores de centros, puestos de salud y microrredes, así como la multiplicidad de funciones que realizan los coordinadores.

A nivel de la Dirección, Regional, las principales dificultades identificadas fueron el limitado presupuesto para las acciones de la coordinación, el monitoreo insuficiente de los gestores de centros y puestos de salud, la ausencia de incentivos para el equipo de atención y la subestimación de las metas de producción de los establecimientos de salud.

Asimismo, fueron señaladas como dificultades importantes la multiplicidad de funciones de la responsable de la coordinación y la falta de capacitación especializada a los coordinadores de los niveles centrales.

La Tabla 27 muestra las dificultades identificadas por los coordinadores de las redes de atención y dirección regional entrevistados.

Tabla 27: Dificultades para el desarrollo de las actividades de coordinación del cuidado de la diabetes identificadas a nivel de los responsables de Redes de Atención y Dirección Regional. Callao/Perú, 2013

Dificultades	Red Bonilla-La Punta	Red Ventanilla	Diresa Callao
Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM	6	8	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región	6	6	7
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red	6	7	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred	8	7	6
Inexistencia o inadecuación del plan de salud para los establecimientos de salud	7	8	7
Insuficiencia /Inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM	8	9	8
Insuficiencia o desconocimiento sobre la capacidad de oferta de los EESS	5	6	5
Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor del centro/puesto de salud	8	9	9
Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM	9	6	8
Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM	3	8	4
Presupuesto de programación del PPR subestimado	8	9	10
Subregistro de la producción de los centros y puestos de salud	9	10	8
Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas	8	8	6
Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM	10	8	9
Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la Estrategia de DM	5	6	4
Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la Estrategia de DM	7	8	6
Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM	7	6	5
Otras dificultades detectadas por los coordinadores			
<i>Multifuncionalidad</i>	8	7	10
<i>Falta de capacitación especializada al personal responsable de las coordinaciones</i>	NR	9	9
<i>Rotación continua de los responsables de la coordinación en DM</i>	8	9	9
<i>Escasa participación de los hospitales en la programación de las actividades</i>	NR	NR	8

DISCUSIÓN

La implementación de la atención a la diabetes mellitus tipo 2, dentro de la Estrategia Nacional de Daños no Trasmisibles, representa un desafío para el sistema de salud peruano, puesto que implica cambiar el modelo de atención basado en las enfermedades agudas (Mendes, 2011), vigente por muchas décadas. Ahora, insertada en la política de financiamiento de los servicios de salud a la población en situación de pobreza/extrema pobreza por medio del Seguro Integral de Salud y el Presupuesto por Resultados (PpR), la atención a la diabetes mellitus debe orientarse a un enfoque integral, como es preconizado por las normativas y documentos técnicos desarrollados por el Ministerio de Salud del Perú, y como es propuesto por el Modelo de Atención a las Enfermedades Crónicas (MCC), por Mendes (2011) en relación a las redes de atención de salud, y por otras directrices clínicas internacionales.

En la presente investigación, la caracterización de la atención al paciente con diabetes mellitus por el SIS estuvo orientada a evaluar elementos de la estructura y del proceso de la atención, desde el punto de vista de los responsables de la coordinación de las acciones en los establecimientos de salud y en los niveles centrales (microrredes, redes y dirección regional de salud), considerando que su condición les permitiría un conocimiento amplio de los componentes estudiados.

Para el desarrollo de la discusión se presentan los resultados obtenidos, organizados por los objetivos específicos de la investigación, comparándose según las dimensiones y variables de estudio, con lo propuesto por los modelos de atención considerados estándares, como el Modelo de Cuidados Crónicos, la propuesta de las Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, y por las disposiciones del Seguro Integral de Salud y las definiciones operacionales de programación del Presupuesto por Resultados del Ministerio de Salud para el año 2013.

Uno de los aspectos iniciales en la investigación que llamó la atención fue el corto tiempo de experiencia en el cargo de los coordinadores de centros y puestos de salud. Esto muestra una frecuente rotación de los cargos, que probablemente impida al coordinador un conocimiento pleno de los asuntos relacionados a dicha función, y dificulte el seguimiento de los planes de trabajo de los establecimientos de salud.

Además, es notable el número de coordinadores que no contaba con formación de postgrado a nivel de los centros y puestos de salud, a diferencia de los hospitales. Situación similar se aprecia en los niveles centrales de coordinación, pues ninguno de responsables de la coordinación de DM2 de las Redes de Atención o de la Dirección

Regional) contaba con especialización o maestría. Esta situación puede significar una limitante en las competencias técnicas de los coordinadores, y parece señalar una deficiencia en el sistema de salud público de la Región Callao en la formación complementaria de la línea de carrera de sus funcionarios.

El desconocimiento del presupuesto asignado para las actividades de atención a la diabetes mellitus fue otro de los elementos que llamó la atención al momento de realizar el trabajo de campo. Esto puede deberse a una marcada centralización de la información, que no llega a ser difundida y comunicada a los niveles locales, o al desinterés de los coordinadores respecto a esta por la distribución inadecuada de los recursos programados, que fue reportado como una limitación por los coordinadores de hospitales. Esta situación puede representar una dificultad para ejecutar las acciones, al desconocerse la disponibilidad de los recursos inicialmente planificados, con su consecuente efecto sobre los resultados de estas acciones.

En lo referente a la evaluación de la estructura para la atención a la diabetes mellitus, uno de los aspectos a destacar es el elevado número de centros y puestos de salud evaluados que brindan atención sólo por las mañanas, situación que refleja un número insuficiente de profesionales para la atención de los pacientes, o quizás una organización de la oferta de consultas poco enfocada en los pacientes interesados en recibir atención por las tardes. La inadecuación de la estructura se hace aún más evidente en lo referente a la escasez de médicos especialistas, que representa una notable limitante a la accesibilidad a la atención para los pacientes diabéticos, en discordancia con las recomendaciones de la OPS para el acceso a servicios especializados en los lugares más apropiados, de preferencia fuera de los hospitales (OPS, 2010). Esto tiene su origen principalmente en las disposiciones del Ministerio de Salud para los establecimientos del primer nivel (centros y puestos de salud), mediante los cuales los médicos especialistas pueden ser solamente asignados a los hospitales, generando así una concentración de la oferta de atención especializada en el segundo nivel de atención (hospitales II-1, II.2 y III-1), y a la vez una pérdida de la capacidad de los centros y puestos de salud de servir como puerta de entrada al sistema de salud y cubrir una mayor proporción de pacientes.

De acuerdo al modelo de cuidados crónicos del Instituto McColl, son elementos claves en la gestión de las enfermedades crónicas: la implementación efectiva como prioridad de los gestores de salud, la atención multidisciplinaria al paciente con enfermedad crónica en una línea de cuidados continuos a lo largo del tiempo, la introducción de directrices clínicas como soporte a las decisiones, el desarrollo de un sistema de información eficaz, el desarrollo pleno de sistemas de autocuidado para

empoderar a los pacientes en torno a sus condiciones de salud, y la integración de los recursos de la institución de salud con la comunidad (Wagner, 2001).

Además de lo señalado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su documento sobre la Renovación de la Atención Primaria a la Salud en las Américas, destaca el papel de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en el cual propone, en su modelo asistencial, un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población, con prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios (OPS, 2010).

Uno de los aspectos de mayor relevancia identificados en la presente investigación fue la escasa utilización de la clasificación de riesgo propuesta por las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados (PpR) en los establecimientos de salud, y ninguno de los hospitales la utilizaba. A esto se añade el elevado número de respuestas “no sabe” en ítems como la utilización de la clasificación de riesgo. Esta situación revela deficiencias en la capacitación de los coordinadores y en la medida en que se implementan las normativas del Ministerio de Salud para la atención de la diabetes. Asimismo, muestra las diferencias en la aplicación de estas normativas en las redes de atención, puesto que en una de las redes ninguno de los coordinadores utilizaba la clasificación de riesgo propuesta.

La utilización de la clasificación de riesgo representa una de las estrategias que ha mostrado mayor eficacia en el diseño del plan de cuidados de las enfermedades crónicas no transmisibles, a fin de asegurar la continuidad de los cuidados (Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, 2010). Asimismo, Mendes (2011) señala que la implantación del Modelo de Atención a las enfermedades crónicas, principalmente en la gestión de la clínica mediante la estratificación del riesgo, permite organizar mejor la atención a las enfermedades crónicas, convirtiéndose en una potente herramienta de comunicación dentro de la red. Pese a lo mencionado, es reducido el número de directrices clínicas revisadas en la presente investigación que hacen mención de una estratificación/clasificación de riesgo como componente de la gestión de la enfermedad. En el Perú no existe aún una directriz clínica que establezca tal clasificación; sin embargo, las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados, que no están insertadas en una directriz clínica, ofrecen una clasificación dirigida a la programación de los productos que serán financiados, proporcionando así un estándar que sirvió para evaluar los procesos de atención de los establecimientos estudiados.

Otro elemento que merece atención es la aplicación de la clasificación de riesgo en los pocos establecimientos cuyos coordinadores refirieron utilizarla. En las categorías “paciente prediabético con tratamiento” y “paciente diabético sin tratamiento especializado”, se evidencia una subutilización de los cuidados propuestos por las definiciones del PpR, en particular en la Red Ventanilla. Cabe aquí destacar que los coordinadores no disponían de un registro de estas atenciones, por lo cual la información se basó apenas en estimaciones.

A nivel de los hospitales estudiados, la comparación con el estándar del PpR es incluso más compleja, puesto que los coordinadores refirieron no emplear las clasificaciones de riesgo propuestas por el PpR. Es así, que de acuerdo a las estimaciones de los coordinadores, se puede apreciar una clara sobreutilización de los servicios, en particular las atenciones médicas ambulatorias (en algunos casos más del doble de lo propuesto). Esto tiene grandes implicancias en la capacidad de ofertar servicios a los pacientes usuarios del SIS/PpR, así como en el gasto de los recursos que pudiera ser innecesariamente elevado.

En vista de lo mencionado, pueden apreciarse aquí dos de los principales problemas relacionados con la calidad de atención, como son los cuidados de salud innecesarios: la sobreutilización y la subutilización de los servicios, que evidencian una desorganización e inadecuación de la atención, sin tomar en cuenta lo que está preconizado por el conocimiento científico, dejando de prestar la atención a los pacientes que precisan atención y prestando atención a quienes no la precisan. En ambos casos se pueden ocasionar daños al paciente y gastos innecesarios al sistema de salud (Ezekiel, 2008).

En relación a la utilización de guías clínicas para orientar la atención de los pacientes, es también notable el elevado número de centros/puestos de salud que no las utilizan; en este aspecto, los centros/puestos de salud de las 3 redes estudiadas tuvieron similar deficiencia (alrededor del 50% de estos establecimientos). Esta carencia, implica también una dificultad para la toma de decisiones basada en evidencias, con los consecuentes inconvenientes en la calidad de cuidados de la salud, elemento ampliamente reconocido por los modelos de atención a las enfermedades crónicas del Instituto McColl y por la propuesta de las redes de atención integradas de la OPS (Wagner, 1998; OPS, 2010).

Otro elemento que genera interés es la ausencia de una estandarización de las directrices clínicas, que puede evidenciarse en particular en los hospitales, donde 2 de ellos utilizaba directrices propias, cuando la recomendación es el desarrollo de una

directriz clínica bajo la dirección de la autoridad regional, a través de la discusión multidisciplinaria, en acuerdo con las sociedades científicas involucradas. Un ejemplo relevante de este proceso coordinado es la Directriz Clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, Brasil (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2010); en este caso, una vez aprobada la Directriz, la Secretaría se ocupa de socializarla mediante el entrenamiento continuo y asegura los insumos para su aplicación (exámenes, medicamentos). Es por tanto, una acción coordinada multifacética que involucra a los diferentes actores relacionados con el proceso de atención.

Con respecto a la oferta de acciones de promoción y prevención, analizados desde la oferta de grupos de apoyo (para diabetes, actividad física, nutrición y de adultos mayores), la evaluación de los establecimientos mostró que apenas 4 de los 39 establecimientos contaban con grupos de apoyo a los paciente con diabetes, y 14 con grupos de orientación nutricional. Asimismo, 4 establecimientos (3 de ellos hospitales) contaban con grupos de adultos mayores. La situación presentada es también preocupante, puesto que la presencia de grupos de apoyo al autocuidado es considerada un elemento central del Modelo de Cuidados Crónicos, al proporcionar al paciente un ambiente adecuado para su empoderamiento en relación a su condición de salud, y una muestra más de la inadecuada utilización de una directriz clínica que prevea acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, orientadas por la clasificación de riesgo (Wagner, 1998; Mendes, 2010).

La conformación de las redes integrales de atención a la salud forma parte de la política del Ministerio de Salud del Perú, preconizada a través del Modelo de Atención Integral de Salud vigente desde el año 2011 (Ministerio de Salud, 2011). Asimismo, es un objetivo preconizado por la Organización Panamericana de la Salud (2010), como estrategia para mejorar la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por ello, la identificación del sistema de establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Callao como una red de atención integral fue uno de los elementos clave evaluados en la presente investigación, a través de la coordinación de la atención entre los establecimientos de salud, microrredes, redes y dirección regional.

En este aspecto, se evidencias claras deficiencias en la coordinación de la atención dentro de los establecimientos, en particular a nivel de los centros/puestos de salud, puesto que menos de la mitad de ellos que realizan reuniones, en particular en la Red Bellavista-La Perla-Callao. Asimismo, se evidenció una periodicidad irregular de las reuniones en un número significativo de establecimientos, lo que parece señalar una programación de

las actividades reactiva a las necesidades de cumplir objetivos establecidos por los niveles de coordinación centrales.

Con respecto al encaminamiento de los pacientes hacia los establecimientos de salud, destaca el adecuado cumplimiento de los flujos de atención de acuerdo a lo propuesto por el SIS (de los puestos y centros de salud hacia los hospitales), dado que es requisito para la atención ambulatoria en hospitales la referencia de los centros/puestos de salud.

A nivel de los niveles de coordinación centrales, menos de la mitad de las coordinaciones de microrredes se reunían con sus centros/puestos de salud de manera periódica, mientras la Red Ventanilla se reunía directamente con sus establecimientos de salud de manera trimestral, sin reunirse con sus coordinadores de microrred (cuya función en el caso de esta Red es meramente referencial). De manera similar, en la coordinación regional, las reuniones se realizaban sin la participación de los hospitales. Esta situación revela deficiencias en la capacidad de coordinación en los niveles centrales, corroborada por los coordinadores de los hospitales estudiados, hecho que parece indicar una falta de interés o una escasa percepción de beneficio de las coordinaciones que se vienen realizando, ante la inadecuación de los planes de salud regionales y de redes manifestada. Asimismo, podría relacionarse con la multiplicidad de funciones reportada por los coordinadores.

Además de lo señalado, cabe destacar que las reuniones de coordinación, de acuerdo a los responsables de diabetes de los niveles centrales, estuvieron orientadas a la capacitación y actividades administrativas (programación de actividades, flujos de referencia y contrarreferencia). Sin embargo, elementos tan importantes como desarrollo y acompañamiento de indicadores de calidad de atención no formaron parte de la agenda de las reuniones, ni tampoco lo fueron en las reuniones de redes ni en las de la Dirección Regional.

Uno de los puntos débiles señalados por los coordinadores a nivel de los hospitales los coordinadores fue la utilización del presupuesto de la estrategia para otras actividades del hospital, hecho que revela una utilización de recursos inadecuada, restringiendo el financiamiento a las actividades programadas, o bien una deficiente programación del presupuesto, finalmente percibida como un presupuesto insuficiente. Esta situación está asociada también a la falta de coordinación con el responsable de la estrategia de Daños no Trasmisibles y con la oficina de Planeamiento del hospital, lo que parece señalar una acción aislada de las oficinas del hospital, sin comunicación para la programación debida. Finalmente, y al igual que los centros/puestos de salud, la disponibilidad irregular de

medicamentos en el hospital ha sido percibida como una de las mayores dificultades que deben enfrentar los coordinadores de los hospitales, mayor aún dado que no existe otro establecimiento adónde referir al paciente en caso no hayan los medicamentos prescritos.

Otro de los elementos investigados fue la existencia de un registro de pacientes, ante lo cual fueron muy pocos coordinadores de establecimientos de salud (ninguno de los hospitales) que refirieron disponer de tal registro. Dada esta circunstancia, es difícil conocer el número exacto de pacientes, dato imprescindible para la programación de actividades, lo que refleja una insuficiente coordinación y un inadecuado seguimiento y evaluación de la atención.

En relación a la utilización de historias clínicas, merece la atención el hecho que 6 coordinaciones de centros/puestos de salud refirieron no utilizar prontuarios/historias clínicas en la atención a los pacientes con diabetes mellitus. Esta situación lleva a cuestionarse sobre la forma en que se registrarían las atenciones en estos establecimientos, y la dificultad para poder ofrecer continuidad de la atención con estas limitaciones. Una posible explicación a esta deficiencia es que algunos de los coordinadores eran profesionales de la salud poco familiarizados con el registro de la información en historias clínicas (asistentes sociales, nutricionistas, odontólogos), por lo cual desconocían su uso para las atenciones por la estrategia de diabetes mellitus.

Además de lo mencionado, la presente investigación muestra la inexistencia de historias clínicas informatizadas en los establecimientos de salud del Callao, situación que limita el desarrollo de un sistema de información efectivo. Al respecto, existen en la actualidad proyectos en desarrollo por el Ministerio de Salud para la implementación de historias clínicas electrónicas, lo que permitirá su utilización en la Región Callao, con los consiguientes beneficios (Ministerio de Salud, 2013).

Con respecto al uso de indicadores para valorar complicaciones de la enfermedad (p.ej., neuropatía, pie diabético, hipoglicemias), ninguno de los coordinadores de los hospitales señaló utilizarlos, lo que impide un mejor seguimiento de estas condiciones para la planificación de actividades y presupuesto destinado a las mismas. Asimismo, parece haber una incongruencia en la información brindada por los centros/puestos de salud, pues apenas algunos de los que refirieron utilizar indicadores pudieron especificarlos. Es posible que las respuestas afirmativas se hayan originado por un intento de responder lo políticamente correcto.

Uno de los puntos clave que la presente investigación intentó mostrar es la problemática que dificulta el adecuado desarrollo de los cuidados para el paciente con

diabetes, identificada por los coordinadores tanto de establecimientos de salud, como de los niveles centrales de coordinación.

La dificultad más frecuentemente señalada por los coordinadores de los centros/puestos de salud fue la multiplicidad de funciones que realizan los coordinadores, situación que nuevamente destaca la deficiencia de recursos humanos de estos establecimientos, e impide una adecuada dedicación de los responsables a las acciones de programación y a la ejecución de las mismas. Esta situación fue también la referida un mayor número de veces por los coordinadores de los hospitales y de todos los niveles centrales (microrredes, redes y dirección regional).

A nivel de los centros y puestos de salud, la principal dificultad evidenciada por los coordinadores fue el subregistro de la producción del establecimiento, en probable relación con las deficiencias del sistema de información para el registro por parte de los profesionales de la salud y el reporte de los datos de las atenciones brindadas. Este elemento es de suma importancia para la formación de una red de atención integrada, como es propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2010), el Modelo de Cuidados Crónicos (Wagner, 1999), y ampliamente estudiado por Mendes (2011), y Wan et al (2002).

Otra de las principales dificultades que enfrentan los coordinadores de la atención a la diabetes mellitus es la ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de diabetes, que genera desmotivación en el equipo. Este hecho ha sido reportado en el estudio de McCugh (2013), en Irlanda, que evaluó los factores limitantes y facilitadores para la mejora en el manejo de la diabetes, desde la percepción de la práctica clínica general, a través de entrevistas semiestructuradas a médicos generales y enfermeras, de manera presencial o computarizada. Se encontró, a semejanza de la presente investigación, la ausencia de un incentivo económico para el personal que atiende a los pacientes con diabetes mellitus, que es percibido como una “falta de interés” del sistema de salud en el manejo de las condiciones de salud crónicas; asimismo, se percibió una inadecuada coordinación entre las unidades de atención primaria y los hospitales, señalado como una duplicación de acciones (McCugh, 2013). A diferencia de la presente investigación, sólo se tomó en consideración al personal que atendía directamente a los pacientes, y no al coordinador de tales atenciones, y fue realizado únicamente en unidades de atención primaria.

Además de lo señalado, destaca como dificultades significativas de los coordinadores el monitoreo insuficiente de las metas por los gestores y la baja adherencia de los equipos al cumplimiento de las mismas, elementos relacionados con los objetivos

preconizado por las redes de atención integradas propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (2010).

La insuficiencia de profesionales para la atención a los pacientes con diabetes mellitus y la subestimación del presupuesto para las actividades programadas por el PpR son otras dificultades principales apuntadas por los coordinadores de los centros/puestos de salud, y muestran una realidad vigente en el sistema de salud del Perú, que merece la debida atención por los gestores del sistema de salud, por sus implicancias en la inversión económica y de formación de recursos humanos que deben considerarse como una prioridad. Estas deficiencias guardan estrecha relación con la limitación en la oferta de turnos de atención ambulatoria, generando de esta manera problemas en la accesibilidad a la atención. Hallazgos similares fueron descritos por Assunção, dos Santos y Gigante (2011), en la ciudad de Pelotas (Brasil), donde se evidenció una limitación en términos de los parámetros de estructura, que no cumplían los requisitos mínimos considerados necesarios para brindar una atención adecuada a los pacientes con diabetes mellitus, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

Además de lo señalado, la falta de capacitación del personal de la estrategia de atención a la diabetes representó una de las dificultades que generó mayor preocupación de los coordinadores de los establecimientos de salud y los niveles centrales. Esto se refleja claramente en la escasa aplicación de las normativas y la subutilización de herramientas para la gestión de las enfermedades crónicas por parte de los coordinadores, y muestra deficiencias en aspectos relacionados con la calidad de los cuidados brindados, señala una tarea pendiente por parte de los gestores que debería ser atendida en el menor plazo posible. Situación similar es mostrada por Raaijmakers et al (2013), en Holanda, que entre otros problemas, destaca la falta de conocimientos de los profesionales sobre los programas de estilo de vida y las estrategias de prevención.

Otra de las dificultades apuntadas por los coordinadores de centros y puestos de salud fue la falta de insumos para la medición rápida de glucosa y abastecimiento insuficiente de medicamentos para el tratamiento de la diabetes. Estas son dificultades fundamentales que representan, una vez más, limitaciones en la accesibilidad al tratamiento y el seguimiento de la enfermedad, y generan flujos hacia otros establecimientos, sobrecargando su estructura.

La presente investigación también pudo identificar algunos aspectos positivos de la atención brindada a los pacientes con DM2. El primero de ellos fue el cumplimiento de los flujos de atención establecidos por el SIS, debido en parte a que es un requisito para el pago de la prestación por el Estado. Asimismo, el adecuado cumplimiento de

algunos ítems de las atenciones preconizadas por el PpR en los centros y puestos de salud (controles de lípidos y enzimas hepáticas en el paciente diabético sin tratamiento especializado, y control de lípidos en el paciente prediabético con tratamiento). Por otro lado, en los centros y puestos de salud los aspectos relacionados a la calidad de atención fueron parte de la agenda en casi la mitad de las coordinaciones entrevistadas.

En líneas generales, los objetivos planteados por el estudio fueron cumplidos. Hubo escasas pérdidas de informantes por rechazo a participar, principalmente por no cumplir con el criterio de inclusión de un mínimo de 3 meses en el cargo. Se consiguió caracterizar a los establecimientos de salud y niveles centrales de coordinación y a los responsables de dichas funciones para la atención de la diabetes mellitus tipo 2, así como los mecanismos de coordinación a nivel de los establecimientos y en los niveles centrales (microrredes, redes y dirección regional de salud), a fin de determinar la constitución efectiva de redes integrales de servicios de salud. Además, se consiguió caracterizar la organización de los equipos de atención a la diabetes, y las limitaciones para el desarrollo de las actividades de atención a la diabetes, de acuerdo a los coordinadores de los diferentes ámbitos estudiados.

La atención a la diabetes mellitus en el Callao no está basada en el Modelo de Cuidados Crónicos y no atiende a los primeros 4 de los 6 puntos enfatizados por Coleman y Wagner al referirse al mencionado modelo (2011). El quinto y sexto puntos (desarrollo pleno de sistemas de autocuidado para empoderar a los pacientes e integración de los recursos de la institución de salud con la comunidad) tuvieron un cumplimiento parcial, limitados a la organización de grupos de apoyo en algunos de los establecimientos de salud estudiados.

La presente investigación presenta una serie de limitaciones. La principal de ellas es la diversidad de colecta de la información, que debió realizarse, además de presencialmente, por vía telefónica o por correo electrónico, fundamentalmente por problemas de agenda, disponibilidad de los coordinadores, distancia (pese a ser un área urbana, algunos centros/puestos de salud se encontraban a más de 90 minutos de distancia entre sí), y en algunos casos la ubicación de los establecimientos de salud en áreas de elevada delincuencia.

Otra de las limitaciones identificadas fue la confiabilidad de la información brindada por los entrevistados, al basarse exclusivamente en las estimaciones hechas por ellos, hecho que refleja la dificultad para obtener información estadística oficial que corrobore lo manifestado, en concordancia con la deficiencia de los sistemas de información identificada en la pesquisa. Esta subjetividad puede significar un potencial

sesgo, incrementado por la diversidad de los sistemas de recolección (pues fueron realizadas algunas entrevistas por teléfono y por correo electrónico). Pese a las limitaciones descritas para la recolección de información descritas, se considera que, ante la escasez de fuentes documentarias, la fuente utilizada en la presente investigación fue la mejor disponible.

Una posible fuente adicional de información pudieron ser los coordinadores de la prestación del Seguro Integral de Salud de los establecimientos; sin embargo, existía una menor probabilidad que estos coordinadores conocieran detalles del tratamiento de la diabetes y las disposiciones del Presupuesto por Resultados, lo que hacía más compleja la realización de las entrevistas.

La utilización de la clasificación de los pacientes establecida por las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados (PpR) representó también una limitación como elemento de comparación para las acciones realizadas en los establecimientos de salud. Esta clasificación carece de una directriz clínica que la fundamente (formando parte aislada de un documento técnico para la programación del presupuesto y no una propuesta basada en evidencias científicas), y en algunos ítems no se especificó el número de atenciones que se deben realizar (en particular lo correspondiente a los análisis de laboratorio). Pese a ello, no existe en el Perú algún otro documento o norma que proponga la organización de las acciones para el tratamiento de los diversos grupos de pacientes con prediabetes o diabetes mellitus tipo 2, por lo que resultó el único estándar disponible en el país, que en teoría debió ser utilizado de manera obligatoria.

Otra de las limitaciones identificadas fue la similitud de los formatos de entrevistas, que fueron inicialmente probados para su adecuada comprensión con coordinadores de atención a la DM2 de establecimientos de salud fuera de la Región Callao, pero no se realizó dicha tarea para los niveles centrales de coordinación. Esta situación generó el riesgo potencial de perder información, de mayor relevancia, entre los coordinadores de microrredes, redes y dirección regional.

A partir de los resultados obtenidos, se pueden identificar áreas que podrían ser objeto de futuras investigaciones. Una de ellas es el abordaje de la problemática de la formación del recurso humano que realiza acciones de coordinación en diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Otro de los potenciales objetos de investigación es el análisis de la coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención para la prestación de cuidados a las enfermedades crónicas no transmisibles. Finalmente, se sugiere la realización de investigaciones referentes a la evaluación, en términos de indicadores de resultados (eficacia del tratamiento prescrito, incidencia de

complicaciones, costos para el sistema de salud) para la atención de la diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En relación a la metodología utilizada, los futuros estudios en el campo podrían considerar exclusivamente datos obtenidos de entrevistas personales, a fin de evitar los posibles sesgos de otras técnicas de obtener datos, así como datos organizados que pudieran obtenerse de las atenciones a los pacientes (lo que implicaría el desarrollo del sistema de información recomendado), lo que eliminaría la subjetividad de la información requerida.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación sobre las características de la atención a los pacientes con diabetes mellitus por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región Callao, mostró importantes deficiencias en la coordinación de la atención entre los establecimientos de salud (centros, puestos de salud y hospitales) y los niveles centrales (microrredes, redes y dirección regional). El uso de la clasificación de riesgo para organizar la prestación de los cuidados a la diabetes, utilizando las definiciones operacionales del Presupuesto por Resultados (componente de financiamiento adscrito al SIS), y el empleo de indicadores para valorar las complicaciones de la enfermedad, fueron muy limitados en los establecimientos de salud estudiados. Se apreció también una frecuente rotación de los coordinadores en los centros/puestos de salud, y la insuficiente capacitación de los equipos de atención, a pesar de ser ésta el principal punto de agenda de las reuniones de coordinación.

Asimismo, se evidenció la ausencia de médicos especialistas en los centros y puestos de salud, que reduce la capacidad de oferta de servicios a los pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención, hecho recomendado por la OPS, y que debería ser tomado en cuenta por el Ministerio de Salud como parte de la reforma de la salud, a fin de fortalecer el papel de la atención primaria en salud.

Se pudo evidenciar también la inexistencia de directrices clínicas estandarizadas para organizar los cuidados de los pacientes con diabetes mellitus, con su consecuente riesgo sobre la calidad de los cuidados brindados a los pacientes.

Los resultados de la presente investigación, dado el importante número de establecimientos estudiados, puede considerarse representativa de la Región Callao y de los pacientes del Seguro Integral de Salud atendidos en esta región. Sin embargo, es conveniente señalar que serán necesarias investigaciones en otras regiones de salud y en las redes de atención de otros subsistemas de salud del Perú para poder caracterizar la situación de la atención a la diabetes en el país.

Se espera que los resultados de la esta investigación puedan proporcionar a la Dirección Regional de Salud del Callao y al Ministerio de Salud del Perú información que le permita establecer medidas para mejorar el cumplimiento de sus disposiciones en relación a los cuidados de la diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles, fortaleciendo el desarrollo de las redes de atención integradas de servicios de salud.

Además de lo expuesto, cabe resaltar la necesidad de la implementación de un registro de los pacientes atendidos en los establecimientos, y de un sistema de información electrónico, a fin de proporcionar herramientas para los coordinadores y gestores para una mejor planificación y la adecuada elaboración de indicadores para acompañar las acciones de cuidados a los pacientes, elemento apuntado como prioritario por el Modelo de Cuidados Crónicos.

La cuestión de la coordinación de la atención es crucial para el uso más eficiente de los recursos y para asegurar la continuidad y una mejor calidad de la atención prestada. El Ministerio de Salud tiene un rol esencial en el ordenamiento de las redes de atención puesto que, aunque no se encuentran completamente subordinadas en el aspecto jerárquico, en el aspecto normativo mantiene su papel rector en la conducción de la salud pública del Perú.

Con todo lo señalado se aprecia que, a nivel de los establecimientos de salud de la Región Callao que atienden a pacientes con diabetes mellitus a través del Seguro Integral de Salud y con financiamiento de la estrategia de daños crónicos no transmisibles (PpR para la atención de la diabetes), y pese al grado de formalización existente en el Ministerio de Salud (normas, cargos, manuales), con la creación de regiones, redes y microrredes, no existen redes integradas de atención de salud según las recomendaciones del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud del Perú (2011), de la Organización Panamericana de Salud (2010), del Modelo de Cuidados Crónicos (Wagner, 2001), cuyos beneficios y potencialidades han sido mostrados por Mendes (2011). Esta situación representa una seria limitante a los esfuerzos del Ministerio de Salud por implementar una política de atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, a fin mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable (en pobreza/pobreza extrema), en el camino que viene recorriendo el SIS/PpR hacia el Aseguramiento Universal de Salud en el Perú.

REFERENCIAS

- Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Mex* 2011;53 supl 2:S243-S254.
- Alwan A et al. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Organización Mundial de la Salud, 2011.
- Asociación Americana de Diabetes. *American Diabetes Association Clinical Practice Guidelines*, *Diabetes Care* 2013, 36 (Sup.1).
- Assunção MCF, dos Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):88-95
- Barceló A, et al. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2012.
- Bermúdez-Tamayo C, et al. Características organizacionales de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Atención Primaria*, 2004. 33(6): p. 305-11.
- Bernabei R. et al. – Randomized trial of impact of integrated care and *case management* of older people living in the community. *British Medical Journal* 1998, 316: p. 23-27
- Bonomi AE., Wagner, EH, Glasgow RE., Von Korff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research* 2002. 37:3
- Brundtland GH. *Global Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report by the Director-General*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document EB 105/42) (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=ebdoc)
- Coleman K, Wagner EH. *Improving Primary Care For Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model*. Traducción en Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millenium. *Health Affairs*. 2009, 28(1): p. 75-85.
- Dias, MP. “Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte”. Tesis de Maestría, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012
- Ezekiel JE, Fuchs VR. *The perfect storm of overutilization*. *JAMA* 2008; 299 (23): 2789–2791
- Franco TB, Magalhães Jr. HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; 2003. p. 25-34.
- Lavery 1996. *Variation in the Incidence and Proportion of Diabetes-Related Amputations in Minorities*. *Diabetes Care* 1996, 19:1
- Macinko J, et al. – *The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*. *Health Services Research* 2003, 38: p. 819-853

Macinko J, et al. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desarrollo, 2011 (<http://www.iadb.org>)

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 2011

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 2012.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* 2010, 14(34).

Mc Hugh S, O'Mullane M, Perry IJ, Bradley C. *Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: a qualitative study of views in general practice.* *BMJ Open* 2013;3:e003217

Ministerio de Salud de Argentina. Resolución 695 – 2009 – Guía de Práctica Clínica de Diabetes de Argentina

Ministerio de Salud del Perú. Ley N° 30024. Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. 2013

Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 771-2004 / MINSa: Establecen Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 721-2005: Planes Generales de las Estrategias Sanitarias Nacionales. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM721-2005.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. RM 384-2008/MINSa: Lineamientos para la implementación y mantenimiento del Registro Nacional de Establecimientos de Salud. 2008

Ministerio de Salud del Perú. Especial por el Día Mundial de la Diabetes. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>

Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N°1617-2011/MINSa: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. 2011

Municipalidad Provincial del Callao. Información sobre el Callao y sus distritos. Disponible en: http://www.municallao.gob.pe/muniCallao/el_callao.jsp

Organización Mundial de la Salud, WHO Regional Office for Europe. *Protocol and Guidelines. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme.* Copenhague, 1995.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.

Organización Mundial de la Salud. *Non-communicable diseases: Fact sheet.* Ginebra; 2013 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>)

Organización Mundial de la Salud – Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.

Organización Mundial de la Salud, Resolution WHA53.17. *Prevention and control of noncommunicable diseases. Proceedings of the World Health Assembly, 15-20 May*

2000. Ginebra, 2000. (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42)
- Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2002. Reducing the risks, promoting healthy life*. Ginebra; 2002
(http://whqlibdoc.who.int/whr/2002/WHR_2002.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud. Observatorio Regional de Salud: Premature NCD deaths. OPS, 2011
(http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5542&Itemid=2391, visitada el 03/10/2012).
- Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Vida - *Veracruz Initiative for Diabetes Awareness*; OPS/HDM/NC. Washington, 2007. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2496>
- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. 2010
- Pajuelo, J, Sánchez, J. El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* 2007; 68:1
- Peray JL. Redes hospitalarias e integración de niveles asistenciales. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaría de Salud de Bogotá / Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- PNUD-Perú: Índice de Desarrollo Humano Distrital 2005. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1344_PNUD-IDH2005-1.pdf
- Porter ME & Teisberg EO. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007
- Raaijmakers LGM, Hamers FJM, Martens MK, Bagchus C, de Vries NK y Kremers SPJ. *Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands*. *BMC Family Practice* 2013, 14:114
- Rivera FJU. *Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha*. Fundación Oswaldo Cruz, Brasil, 2006
- Seclén S et al. Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. *Acta Médica Peruana* 1999;17:1
- Velásquez A. *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Ministerio de Salud del Perú, 2008.
- Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. *Rev Med Peru* 1992; 64 (347): 71-75.
- Wagner EH *et al.* – A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag. Care Q.* 1999, 7: 56-66.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. *Quality Improvement in Chronic Illness Care. A Collaborative Approach*. *J Quality Improvement* 2001;27(2):63-80.
- Wickramasinghe LK et al. Impact on diabetes management of General Practice Management Plans, Team Care Arrangements and reviews. *Med J Aust.* 2013;199(4):261-5

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global *Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030*. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-1053

Wilson V, *Complications of diabetes: human and healthcare costs*. *Journal of Diabetes Nursing* 1 April. 2005

Zimmet P, Mc Carth D. La diabetes de 1994 a 2010: Estimaciones mundiales y las proyecciones. Instituto internacional de la diabetes - Centro colaborador de la OMS para la diabetes mellitus, 1997, 20:1183 -1197.

APÉNDICES

Apéndice 1. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de establecimientos de salud (puestos/centros de salud y hospitales)

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA REGIÓN CALLAO
--

Cuestionario 1. Coordinador Local de la Atención a la Diabetes Mellitus 2

Entrevistador/entrevista
Número de cuestionario : _____
Nombre: _____ Fecha de la entrevista: / /

Bloque 1. Caracterización del responsable por la atención a los pacientes con DM2/caracterización del entrevistado
1.1 Entrevistado: _____
1.2. Edad: _____
1.3. Sexo : () 1. F () 2. M
1.4. Cargo/función: _____
1.5. Tiempo en el cargo: _____ años
1.6. Experiencia en el ámbito de los cuidados en DM: _____ años
1.7. Formación: () 1. Médico () 2. Enfermero () 3. Asistente social () 4. Psicólogo () 5. Nutricionista () 6. Otro profesional de la salud de nivel superior. Especifique _____ () 7. Administrador () 10. Técnico en enfermería () 11. Otro profesional de nivel técnico. Especifique : _____
1.8. Postgrado: () 1. Especialización en el área de formación () 2. Maestría en el área de formación () 3. Doctorado en el área de formación () 4. Especialización en salud pública () 5. Maestría en salud pública () 6. Doctorado en salud pública () 7. Otro: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Bloque 2. Caracterización general del establecimiento

2.1. Nombre : _____
2.2. Tipo : <input type="checkbox"/> 1. Puesto de Salud nivel I-1 <input type="checkbox"/> 2. Puesto de Salud nivel I-2 <input type="checkbox"/> 3. Centro de Salud nivel I-3 <input type="checkbox"/> 4. Centro de Salud Nivel I-4 <input type="checkbox"/> 5. Hospital nivel II-1 <input type="checkbox"/> 6. Hospital nivel II-2 <input type="checkbox"/> 7. Hospital nivel III-1
2.3. Microrred de servicios de salud: _____
2.4. Red de servicios de salud: _____
2.3. Año de inicio de las actividades en DM en el establecimiento: _____

Bloque 3. Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM

3.1. En su establecimiento, ¿los diferentes ambientes para la atención a la DM están reunidas en una Unidad o Centro de Atención? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.2. ¿Existen oficinas exclusivas para uso administrativo de la coordinación? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.3. Cuántos consultorios están disponibles para la atención médica a la DM : _____
3.4. Cuántos consultorios están disponibles para la atención no médica a la DM: _____
3.5. La atención médica a la DM está disponible: <input type="checkbox"/> 1. Solamente por la mañana <input type="checkbox"/> 2. Solamente por la tarde <input type="checkbox"/> 3. Por la mañana y por la tarde
3.6. Especialidades de los médicos que atienden a los pacientes con DM: <input type="checkbox"/> 1. Medicina Interna <input type="checkbox"/> 2. Medicina general <input type="checkbox"/> 3. Endocrinólogo <input type="checkbox"/> 4. Otras. Especifique: _____
3.7. ¿Existe otro tipo de atención no médica para la DM en el establecimiento? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.7.1. Si su respuesta fue Sí, ¿qué tipo de atención? <input type="checkbox"/> 1. Nutricionista <input type="checkbox"/> 2. Enfermero <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo <input type="checkbox"/> 4. Asistente social <input type="checkbox"/> 5. Odontólogo <input type="checkbox"/> 6. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 7. Podólogo <input type="checkbox"/> 10. Técnico en enfermería <input type="checkbox"/> 11. Otro. Especifique _____
3.8. La atención no médica a la DM está disponible: <input type="checkbox"/> 1. Solamente por la mañana <input type="checkbox"/> 2. Solamente por la tarde

3. Por la mañana y por la tarde
 9. No aplica

3.9. ¿Cuántos profesionales de la salud por categoría profesional integran su equipo de trabajo para la atención a la DM? Registre el número de profesionales de cada categoría

1. Médico internista. Número _____
 2. Médico generalista. Número _____
 3. Endocrinólogo. Número _____
 4. Cardiólogo. Número _____
 5. Otro especialista no médico. Especifique:
 1. Nutricionista. Número _____
 2. Enfermero. Número _____
 3. Psicólogo. Número _____
 4. Asistente social. Número _____
 5. Odontólogo. Número _____
 6. Fisioterapeuta. Número _____
 7. Profesor de educación física. Número _____
 10. Podólogo. Número _____
 11. Técnico en enfermería. Número _____
 12. Otro. Especifique _____

3.10. ¿Cuál fue el presupuesto programado para la atención a la DM en el año 2012? _____

3.11. ¿Cuál fue el presupuesto programado para la atención a la DM en el año 2013? _____

3.12. ¿El personal que atiende a los pacientes con DM ha sido capacitado sobre las definiciones del PPR 2013?
 1. Sí 2. No 8. NS

3.13. ¿El personal que atiende a los pacientes con DM ha sido capacitado sobre las disposiciones del SIS referentes a DM?
 1. Sí 2. No 8. NS

Bloque 4. Caracterización de las actividades del proceso de atención a la DM mediante el SIS

4.1. El paciente atendido en el consultorio del hospital :

- 1. Vino encaminado de otra unidad de salud
- 2. Vino sin ninguna atención anterior
- 8. NS
- 9. No aplica

4.1.1. Si vino encaminado de otra unidad de Salud, señale cuál(es):

- 1. Vino encaminado de un puesto/centro de salud
- 2. Vino encaminado de la emergencia
- 3. Vino del internamiento del hospital
- 4. Vino de otro hospital

4.2. El paciente atendido en el consultorio en el consultorio del centro /puesto de salud

- 1. Vino encaminado de otra unidad de salud
- 2. Vino sin ninguna atención anterior
- 8. NS
- 9. No aplica

4.2.1. Se vino encaminado de otra unidad de Salud, señale cuál(es):

- 1. Vino encaminado de un puesto/centro de salud
- 2. Vino encaminado de la emergencia
- 3. Vino del internamiento del hospital
- 4. Vino de otro hospital

4.2.2. ¿Existe clasificación de riesgo del paciente con DM?

- 1. Sí 2. No 8. NS

4.2.2.1. Si su respuesta es Sí, el paciente es clasificado según las definiciones operacionales del PPR 2013 en:

- 1. Paciente pre diabético con tratamiento 1. Sí 2. No 8. NS
- 2. Paciente diabético sin tratamiento especializado 1. Sí 2. No 8. NS
- 3. Paciente diabético con tratamiento especializado 1. Sí 2. No 8. NS
- 4. Otra clasificación. Especifique _____

4.3. Si el paciente es clasificado de acuerdo con las definiciones del PPR, responda:

4.3.1. Para el paciente prediabético con tratamiento, ¿cuál es la atención que es ofertada?

- 9. No aplica
- 1. Consultas médicas – Cuántas veces al año _____
- 2. Control de antropometría – Cuántas veces al año _____
- 3. Control de glicemia - Cuántas veces al año _____
- 4. Control de lípidos - Cuántas veces al año _____
- 5. Control de la función hepática - Cuántas veces al año _____
- 6. Consulta con otro profesional de la salud - Cuántas veces al año _____
- 7. Orientación sobre estilo de vida - Cuántas veces al año _____
- 10. Detección de señales de alarma - Cuántas veces al año _____
- 11. Otras atenciones. Especifique: _____

4.3.2. Para el paciente diabético sin tratamiento especializado, ¿cuál es la atención que es ofertada?

- 9. No aplica
- 1. Consultas médicas – Cuántas veces al año _____
- 2. Control de antropometría – Cuántas veces al año _____
- 3. Control de glicemia – Cuántas veces al año _____
- 4. Control de lípidos – Cuántas veces al año _____
- 5. Control de la función hepática – Cuántas veces al año _____
- 6. Control de hemoglobina glicosilada – Cuántas veces al año _____
- 7. Control de creatinina – Cuántas veces al año _____
- 10. Consulta con otro profesional de la salud – Cuántas veces al año _____

11. Orientación sobre estilo de vida – Cuántas veces al año _____
 12. Detección de señales de alarma – Cuántas veces al año _____

4.3.3. Para el paciente diabético con tratamiento especializado, ¿cuál es la atención que es ofertada?

9. No aplica
 1. Consultas médicas – Cuántas veces al año _____
 2. Control de antropometría – Cuántas veces al año _____
 3. Control de glicemia – Cuántas veces al año _____
 5. Control de lípidos – Cuántas veces al año _____
 6. Control de la función hepática – Cuántas veces al año _____
 7. Control de hemoglobina glicosilada – Cuántas veces al año _____
 10. Control de creatinina – Cuántas veces al año _____
 11. Consulta con otro profesional de la salud – Cuántas veces al año _____
 12. Orientación sobre estilo de vida – Cuántas veces al año _____
 13. Detección de señales de alarma – Cuántas veces al año _____

4.4. Si el paciente NO es clasificado de acuerdo a las definiciones del PPR, ¿cuál es la atención que es ofertada?

9. No aplica
 1. Consultas médicas - Cuántas veces al año _____
 2. Control de antropometría - Cuántas veces al año _____
 3. Control de glicemia - Cuántas veces al año _____
 4. Control de lípidos - Cuántas veces al año _____
 5. Control de la función hepática - Cuántas veces al año _____
 6. Control de hemoglobina glicosilada - Cuántas veces al año _____
 7. Control de creatinina - Cuántas veces al año _____
 10. Consulta con otro profesional de la salud - Cuántas veces al año _____
 11. Orientación sobre estilo de vida - Cuántas veces al año _____
 12. Detección de señales de alarma - Cuántas veces al año _____

4.5. ¿Utilizan en el establecimiento guías de práctica clínica para orientar el manejo de la diabetes?

1. Sí, es una guía propia del establecimiento. Año de publicación: _____
 2. Sí, es una guía de una institución nacional: _____ Año _____
 3. Sí, es una guía de una institución internacional: _____ Año _____
 4. No, cada médico maneja al paciente según su propio criterio

4.6. ¿Existen en el establecimiento los siguientes servicios de prevención y promoción?:

1. Oferta de grupos de pacientes con diabetes en la Unidad
 2. Oferta de actividades físicas para los pacientes en su Unidad
 3. Oferta de orientación nutricional
 4. Otra oferta de grupos de apoyo. Especifique: _____

Bloque 5. Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM

5.1. ¿Realiza usted reuniones con su equipo?

1. Sí 2. No 8. NS

5.1.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?

1. No hay periodicidad
 2. Al menos 1 vez a la semana
 3. Al menos 1 vez cada 15 días
 4. Al menos 1 vez al mes
 5. Otra. Especifique: _____

5.2. Si la respuesta 5.1. fue Sí, señale los profesionales que participan de las reuniones (señale todos los que apliquen):

1. Médico
 2. Nutricionista
 3. Enfermero/a

- 4. Psicólogo
- 5. Asistente social
- 6. Odontólogo
- 7. Fisioterapeuta
- 10. Profesor de educación física
- 11. Podólogo
- 12. Técnico de enfermería
- 13. Otro. Especifique _____

5.3. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):

- 1. Discusión de casos clínicos más complicados
- 2. Presentación de los indicadores de producción
- 3. Presentación de los indicadores de calidad
- 4. Discusión de asuntos administrativos generales
- 5. Realización de planeamiento y programación de acciones
- 6. Otra. Especifique _____
- 9. No aplica

5.4. Se realizan reuniones con otros coordinadores de DM de los servicios de su microrred?

1. Sí 2. No 8. NS

5.4.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?

- 1. No existe periodicidad
- 2. Al menos 1 vez por semana
- 3. Al menos 1 vez cada 15 días
- 4. Al menos 1 vez al mes
- 5. Al menos 1 vez cada 2 meses
- 6. Al menos 1 vez cada 3 meses
- 7. Otra. Especifique: _____

5.5. Si la respuesta 5.4. fue Sí, ¿quiénes son los participantes? (señale todos los que apliquen):

- 1. Coordinadores de DM de los puestos de Salud.
- 2. Coordinadores de DM de los centros de Salud
- 3. Coordinadores de DM de los hospitales de segundo nivel
- 4. Coordinadores de DM de los hospitales de tercer nivel
- 5. Coordinadores de DM de establecimientos de otra microrred de su red regional
- 6. Coordinadores de otras microrredes de su región de salud
- 7. Coordinadores de otras redes de su región de salud
- 10. Coordinador de su Región de Salud
- 8. NS
- 9. No aplica

5.6. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):

- 1. Discusión de casos clínicos más complicados
- 2. Presentación de los indicadores de producción
- 3. Presentación de los indicadores de calidad
- 4. Discusión de asuntos administrativos generales
- 5. Realización de planeamiento y programación de las acciones
- 6. Discusión de los mecanismos de referencia y contrarreferencia
- 7. Otra. Especifique _____

5.7. Existe un libro o base de datos para el registro de los pacientes con DM en el establecimiento?

1. Sí 2. No 3. NS

5.8. Existe un prontuario único/historia clínica para el paciente?

<input type="checkbox"/> 1. En el establecimiento <input type="checkbox"/> 2. En la microrred <input type="checkbox"/> 3. En la red <input type="checkbox"/> 4. No existe ni en el establecimiento, ni en la microrred ni en la red <input type="checkbox"/> 8. NS
5.8.1. Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí, ¿este es informatizado? <input type="checkbox"/> 1. En el establecimiento <input type="checkbox"/> 2. En la red <input type="checkbox"/> 3. En el establecimiento y en la red
5.9. Usted utiliza algún indicador para acompañar la atención a la DM en su establecimiento? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
5.9.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Utiliza algunas de estas condiciones como indicador? <input type="checkbox"/> 1. Pie diabético <input type="checkbox"/> 2. Complicaciones neurológicas <input type="checkbox"/> 3. Complicaciones oftalmológicas <input type="checkbox"/> 4. Amputaciones <input type="checkbox"/> 5. Otra. Especifique _____
5.10. ¿Existen medicamentos disponibles en su establecimiento para proveer al paciente con DM? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
5.10.1. Si su respuesta anterior fue Sí, ¿cuáles dispone? (señalar todos los que aplican) <input type="checkbox"/> 1. Glibenclamida <input type="checkbox"/> 2. Metformina <input type="checkbox"/> 3. Insulina Regular <input type="checkbox"/> 4. Insulina NPH <input type="checkbox"/> 5. Otro medicamento. Especifique: _____
5.10.2. Si la respuesta 5.10. fue Sí, ¿Los medicamentos son ofertados gratuitamente al paciente? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
5.10.2. Si la respuesta 5.10.2. fue No, ¿cuál es el encaminamiento que da? <input type="checkbox"/> 1. Encamina al paciente a otro establecimiento con documento escrito y formal <input type="checkbox"/> 2. Encamina al paciente para otro establecimiento sin documento escrito y formal <input type="checkbox"/> 3. Orienta al paciente para que adquiera el medicamento con su propio recurso <input type="checkbox"/> 4. No hace nada
5.11. Los medicamentos que se ofrecen por el SIS, ¿están disponibles todo el tiempo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
5.12. Los exámenes que son necesarios para la atención a DM son realizados en su establecimiento? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
5.12.1. Si su respuesta fue Sí, ¿cuáles exámenes realiza? <input type="checkbox"/> 1. Glicemia <input type="checkbox"/> 2. Hemoglobina glicosilada <input type="checkbox"/> 3. Perfil lipídico <input type="checkbox"/> 4. Creatinina

() 5. Microalbuminuria
5.12.2. Si su respuesta fue Sí, los exámenes son ofertados gratuitamente al paciente? () 1. Sí () 2. No () 8. NS
5.12.3. Si la respuesta fue No, ¿cuál es el encaminamiento que usted da? () 1. Encamina al paciente a otro establecimiento con documento escrito y formal () 2. Encamina al paciente para otro establecimiento sin documento escrito y formal () 3. Orienta al paciente para que adquiera el medicamento con su propio recurso () 4. No hace nada

Bloque 6. Identificación de los problemas en la Coordinación de la atención a la DM
6 .1. Puntuar, de cero a diez, las dificultades identificadas en la atención a la DM (donde 0 “no es una dificultad” y 10 es la “dificultad máxima”)
6.1.1. Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM ()
6.1.2. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región ()
6.1.3. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red ()
6.1.4. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred ()
6.1.5. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento ()
6.1.6. Insuficiencia y/o inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM ()
6.1.7. Insuficiencia y/o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del establecimiento ()
6.1.10. Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor ()
6.1.11. Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.12. Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.13. Presupuesto de programación PPR subestimado ()
6.1.14. Subregistro de la producción del hospital ()
6.1.15. Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas ()
6.1.16. Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM que valore el alcance de las metas programadas ()
6.1.17. Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.18. Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.19. Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM ()
6.1.20. Otras dificultades identificadas:

<hr/> <hr/> <hr/>
6.2. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención incorpora acciones de promoción, prevención, y tratamiento : _____
6.3. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención articula la atención entre los diferentes establecimientos (puestos, centros de salud y hospitales): _____

Apéndice 2. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de microrredes

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA REGIÓN CALLAO

Cuestionario 2. Coordinador de la Microrred de Salud

Entrevistador/entrevista	
Nombre: _____	Fecha de la entrevista: / /
Número de cuestionario : _____	

Bloque 1. Caracterización del responsable de la Coordinación de la atención a los pacientes con DM2 en la Microrred / Caracterización del entrevistado
1.1. Entrevistado: _____
1.2. Edad: _____
1.3. Sexo : () F () M
1.4. Cargo/función: _____
1.5. Tiempo en el cargo: _____ años
1.6. Experiencia en el ámbito de los cuidados en DM: _____ años
1.7. Formación: () 1. Médico () 2. Enfermero () 3. Asistente social () 4. Psicólogo () 5. Nutricionista () 6. Otro profesional de la salud de nivel superior. Especifique _____ () 7. Administrador () 10. Técnico en enfermería () 11. Otro profesional de nivel técnico. Especifique : _____
1.8. Postgrado (señale todos los que apliquen): () 1. Especialización en el área de formación () 2. Maestría en el área de formación () 3. Doctorado en el área de formación () 4. Especialización en salud pública () 5. Maestría en salud pública () 6. Doctorado en salud pública
Teléfono: _____ E-mail: _____

Bloque 2. Caracterización general de la Microrred
2.1. Nombre : _____
2.2. Señale los establecimientos de salud que comprende la microrred por tipo y número existente: <input type="checkbox"/> 1. Hospital III-1; número _____ <input type="checkbox"/> 2. Hospital II-2; número _____ <input type="checkbox"/> 3. Hospital II-1; número _____ <input type="checkbox"/> 4. Centro de Salud nivel I-4; número _____ <input type="checkbox"/> 5. Centro de Salud nivel I-3; número _____ <input type="checkbox"/> 6. Centro de Salud nivel I-2; número _____ <input type="checkbox"/> 7. Puesto de Salud nivel I-1; número _____
2.3. Población asignada a la microrred de salud: _____
2.4. Red de servicios de salud: _____

Bloque 3. Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM
3.1. Existen oficinas exclusivas para uso administrativo de la coordinación? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.1.1. Si indicó sí, ¿cuál es el número de oficinas ? _____
3.2. ¿Cuántos profesionales de la salud por categoría profesional integran su equipo de trabajo para la coordinación de la atención a la DM en su Microrred? (señale todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> 1. Médico internista. Número _____ <input type="checkbox"/> 2. Médico general. Número _____ <input type="checkbox"/> 3. Endocrinólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 4. Cardiólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 5. Otro especialista no médico. Especifique: <input type="checkbox"/> 1. Nutricionista. Número _____ <input type="checkbox"/> 2. Enfermero. Número _____ <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 4. Asistente social. Número _____ <input type="checkbox"/> 5. Odontólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 6. Fisioterapeuta. Número _____ <input type="checkbox"/> 7. Podólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 10. Técnico en enfermería. Número _____ <input type="checkbox"/> 11. Otro. Especifique _____
3.3. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las definiciones del PPR 2013? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.4. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las disposiciones del SIS referentes a la DM2? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
Bloque 4. Caracterización de las actividades del proceso de atención a la DM
4.1. ¿La microrred ha propuesto una clasificación de riesgo del paciente con DM? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS

4.1.1. Si su respuesta es Sí, el paciente es clasificado según las definiciones operacionales del PPR 2013 en:

1. Paciente pre diabético con tratamiento () 1. Sí () 2. No () 8. NS

2. Paciente diabético sin tratamiento especializado () 1. Sí () 2. No () 8. NS

3. Paciente diabético con tratamiento especializado () 1. Sí () 2. No () 8. NS

() 4. Otra clasificación. Especifique _____

4.2. ¿Desarrolla la Microrred los siguientes servicios de prevención y promoción?

() 1. Oferta de grupos de pacientes con diabetes en la Unidad

() 2. Oferta de actividades físicas para los pacientes en su Unidad

() 3. Oferta de grupos de pacientes con obesidad en su Unidad

() 4. Oferta de orientación nutricional

() 5. Otra oferta de grupos de apoyo. Especifique: _____

Bloque 5. Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM

5.1. ¿Realiza usted reuniones con su equipo?

() 1. Sí () 2. No () 8. NS

5.1.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?

() 1. No hay periodicidad

() 2. Al menos 1 vez a la semana

() 3. Al menos 1 vez cada 15 días

() 4. Al menos 1 vez al mes

() 5. Otra. Especifique: _____

5.2. Si la respuesta 5.1. fue Sí, señale los profesionales que participan de las reuniones (señale todos los que apliquen):

() 1. Médico

() 2. Nutricionista

() 3. Enfermero/a

() 4. Psicólogo

() 5. Asistente social

() 6. Odontólogo

() 7. Fisioterapeuta

() 10. Podólogo

() 11. Técnico de enfermería

() 12. Otro- especifique _____

5.3. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):

() 1. Presentación de los indicadores de producción

() 2. Presentación de los indicadores de calidad

() 3. Discusión de asuntos administrativos generales

() 4. Realización de planeamiento y programación de acciones

() 5. Otra. Especifique _____

5.4. Se realizan reuniones con los coordinadores de DM de los establecimientos de su microrred?

() 1. Sí () 2. No () 8. NS

5.4.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?

() 1. No existe periodicidad

<input type="checkbox"/> 2. Al menos 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3. Al menos 1 vez cada 15 días <input type="checkbox"/> 4. Al menos 1 vez al mes <input type="checkbox"/> 5. Al menos 1 vez cada 2 meses <input type="checkbox"/> 6. Al menos 1 vez cada 3 meses <input type="checkbox"/> 7. Otra. Especifique: _____
<p>5.5. Si la respuesta 5.2. fue Sí, ¿quiénes son los participantes? (señale todos los que apliquen):</p> <input type="checkbox"/> 1. Coordinadores de DM de los puestos de Salud <input type="checkbox"/> 2. Coordinadores de DM de los centros de Salud <input type="checkbox"/> 3. Coordinadores de DM de los hospitales de segundo nivel <input type="checkbox"/> 4. Coordinadores de DM de los hospitales de tercer nivel <input type="checkbox"/> 5. Coordinadores de DM de otra microrred de su red regional <input type="checkbox"/> 6. Coordinadores de otras microrredes de su región de salud <input type="checkbox"/> 7. Coordinadores de otras redes de su región de salud <input type="checkbox"/> 10. Coordinador de su Región de Salud <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.6. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):</p> <input type="checkbox"/> 1. Presentación de los indicadores de producción <input type="checkbox"/> 2. Presentación de los indicadores de calidad <input type="checkbox"/> 3. Discusión de asuntos administrativos generales <input type="checkbox"/> 4. Realización de planeamiento y programación de las acciones <input type="checkbox"/> 5. Discusión de los mecanismos de referencia y contrarreferencia <input type="checkbox"/> 6. Otra. Especifique _____
<p>5.7. Existe un prontuario único/historia clínica para el paciente en la microrred?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sólo en los establecimientos de salud <input type="checkbox"/> 2. Sólo en la microrred <input type="checkbox"/> 3. No existe ni en el establecimiento ni en la microrred <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.8. Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí, ¿este es informatizado?</p> <input type="checkbox"/> 1. En el establecimiento <input type="checkbox"/> 2. En la microrred <input type="checkbox"/> 3. No es informatizado ni en el establecimiento ni en la microrred
<p>5.9. ¿Usted utiliza algún indicador para acompañar la atención a la DM en su microrred?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.9.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Utiliza algunas de estas condiciones como indicador?</p> <input type="checkbox"/> 1. Pie diabético <input type="checkbox"/> 2. Complicaciones neurológicas <input type="checkbox"/> 3. Complicaciones oftalmológicas <input type="checkbox"/> 4. Amputaciones <input type="checkbox"/> 5. Otra. Especifique_____

Bloque 6. Identificación de los problemas y posibilidades de mejoría de la Coordinación de la atención a la DM
6.1. Puntuar, de cero a diez, las dificultades identificadas en la atención a la DM (donde 0 “no es una dificultad” y 10 es la “dificultad máxima”)
6.1.1. Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM ()
6.1.2. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región ()
6.1.3. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red ()
6.1.4. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la microrred ()
6.1.5. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento ()
6.1.6. Insuficiencia y/o inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM ()
6.1.7. Insuficiencia y/o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del establecimiento ()
6.1.10. Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor ()
6.1.11. Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.12. Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.13. Presupuesto de programación PPR subestimado ()
6.1.14. Subregistro de la producción de los establecimientos de salud ()
6.1.15. Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas ()
6.1.16. Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM que valoricen el alcance de las metas programadas ()
6.1.17. Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.18. Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.19. Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM ()
6.1.20. Otras dificultades identificadas: _____ _____ _____

6.2. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención incorpora acciones de promoción, prevención, y tratamiento : _____

6.3. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención articula la atención entre los diferentes establecimientos (puestos, centros de salud y hospitales) : _____

Apéndice 3. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de redes de salud

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA REGIÓN CALLAO

Cuestionario 3. Coordinador de la Red de Salud

Entrevistador/entrevista
Nombre: _____ Fecha de la entrevista: / /
Número de cuestionario : _____

Bloque 1. Caracterización del responsable de la Coordinación de la atención a los pacientes con DM2 en la Red / Caracterización del entrevistado

1.9. Entrevistado: _____
1.10. Edad: _____
1.11. Sexo : () 1. F () 2. M
1.12. Cargo/función: _____
1.13. Tiempo en el cargo: _____ años
1.14. Experiencia en el ámbito de los cuidados en DM: _____
1.15. Formación: () 1. Médico () 2. Enfermero () 3. Asistente social () 4. Psicólogo () 5. Nutricionista () 6. Otro profesional de la salud de nivel superior. Especifique _____ () 7. Administrador () 8. Técnico en enfermería () 9. Otro profesional de nivel técnico. Especifique : _____
1.16. Postgrado (señale todos los que apliquen): () 1. Especialización en el área de formación () 2. Maestría en el área de formación () 3. Doctorado en el área de formación () 4. Especialización en salud pública () 5. Maestría en salud pública () 6. Doctorado en salud pública () 7. Otro: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Bloque 2. Caracterización general de la Red
2.1. Nombre : _____
2.2. Señale el tipo de establecimientos de salud que comprende la Red, y el número existente: <input type="checkbox"/> 7. Hospital III-1; número _____ <input type="checkbox"/> 6. Hospital II-2; número _____ <input type="checkbox"/> 5. Hospital II-1; número _____ <input type="checkbox"/> 4. Centro de Salud nivel I-4; número _____ <input type="checkbox"/> 3. Centro de Salud nivel I-3; número _____ <input type="checkbox"/> 2. Centro de Salud nivel I-2; número _____ <input type="checkbox"/> 1. Puesto de Salud nivel I-1; número _____
2.3. Número de microrredes que comprende la Red: _____
2.4. Población asignada a la Red de salud: _____

Bloque 3. Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM
3.1. Existen oficinas exclusivas para uso administrativo de la coordinación? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
3.1.1. Si indicó sí a la anterior pregunta, ¿cuál es el número de oficinas? _____
3.2. ¿Cuántos profesionales de la salud por categoría profesional integran su equipo de trabajo para la coordinación de la atención a la DM en su Microrred? (señale todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> 1. Médico internista. Número _____ <input type="checkbox"/> 2. Médico general. Número _____ <input type="checkbox"/> 3. Endocrinólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 4. Cardiólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 5. Otro especialista no médico. Especifique: <input type="checkbox"/> 1. Nutricionista. Número _____ <input type="checkbox"/> 2. Enfermero. Número _____ <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 4. Asistente social. Número _____ <input type="checkbox"/> 5. Odontólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 6. Fisioterapeuta. Número _____ <input type="checkbox"/> 7. Profesor de educación física. Número _____ <input type="checkbox"/> 10. Podólogo. Número _____ <input type="checkbox"/> 11. Técnico en enfermería. Número _____ <input type="checkbox"/> 12. Otro. Especifique _____
3.3. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las definiciones del PPR 2013? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS

3.4. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las disposiciones del SIS referentes a la DM2?

1. Sí 2. No 8. NS

Bloque 4. Caracterización de las actividades del proceso de atención a la DM

4.1. ¿La microrred ha propuesto una clasificación de riesgo del paciente con DM?

1. Sí 2. No 8. NS

4.1.1. Si su respuesta es Sí, el paciente es clasificado según las definiciones operacionales del PPR 2013 en:

1. Paciente pre diabético con tratamiento 1. Sí 2. No 8. NS

2. Paciente diabético sin tratamiento especializado 1. Sí 2. No 8. NS

3. Paciente diabético con tratamiento especializado 1. Sí 2. No 8. NS

4. Otra clasificación. Especifique _____

4.2. ¿Desarrolla la Red los siguientes servicios de prevención y promoción? (señale todos los que apliquen):

1. Oferta de grupos de pacientes con diabetes a nivel de Red

2. Oferta de actividades físicas para los pacientes a nivel de Red

3. Oferta de grupos de pacientes con obesidad a nivel de Red

4. Oferta de orientación nutricional a nivel de Red

5. Otra oferta de grupos de apoyo. Especifique: _____

Bloque 5. Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM

5.1. ¿Realiza usted reuniones con su equipo?

1. Sí 2. No 8. NS

5.1.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?

1. No hay periodicidad

2. Al menos 1 vez a la semana

3. Al menos 1 vez cada 15 días

4. Al menos 1 vez al mes

5. Otra. Especifique _____

5.1.2. Si la respuesta 5.1. fue Sí, señale los profesionales que participan de las reuniones (señale todos los que apliquen):

1. Médico

2. Nutricionista

3. Enfermero/a

4. Psicólogo

5. Asistente social

6. Odontólogo

7. Fisioterapeuta

10. Profesor de educación física

11. Podólogo

12. Técnico de enfermería

<p>() 13. Otro - especifique _____</p>
<p>5.1.3. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):</p> <p>() 1. Presentación de los indicadores de producción</p> <p>() 2. Presentación de los indicadores de calidad</p> <p>() 3. Discusión de asuntos administrativos generales</p> <p>() 4. Realización de planeamiento y programación de acciones</p> <p>() 5. Otra. Especifique _____</p>
<p>5.2. Se realizan reuniones con los coordinadores de DM de los establecimientos de su Red?</p> <p>() 1. Sí () 2. No () 8. NS</p>
<p>5.2.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones?</p> <p>() 1. No existe periodicidad</p> <p>() 2. Al menos 1 vez por semana</p> <p>() 3. Al menos 1 vez cada 15 días</p> <p>() 4. Al menos 1 vez al mes</p> <p>() 5. Al menos 1 vez cada 2 meses</p> <p>() 6. Al menos 1 vez cada 3 meses</p> <p>() 7. Otra. Especifique: _____</p>
<p>5.3. Si la respuesta 5.2. fue Sí, ¿quiénes son los participantes? (señale todos los que apliquen):</p> <p>() 1. Coordinadores de DM de los puestos de Salud</p> <p>() 2. Coordinadores de DM de los centros de Salud</p> <p>() 3. Coordinadores de DM de los hospitales de segundo nivel</p> <p>() 4. Coordinadores de DM de los hospitales de tercer nivel</p> <p>() 5. Coordinadores de DM de otra microrred de su red regional</p> <p>() 6. Coordinadores de otras microrredes de su región de salud</p> <p>() 7. Coordinadores de otras redes de su región de salud</p> <p>() 10. Coordinador de su Región de Salud</p> <p>() 8. NS</p>
<p>5.4. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (señale todos los que apliquen):</p> <p>() 1. Presentación de los indicadores de producción</p> <p>() 2. Presentación de los indicadores de calidad</p> <p>() 3. Discusión de asuntos administrativos generales</p> <p>() 4. Realización de planeamiento y programación de las acciones</p> <p>() 5. Discusión de los mecanismos de referencia y contrarreferencia</p> <p>() 6. Otra. Especifique _____</p>
<p>5.5. Existe un prontuario único/historia clínica para el paciente en la red?</p> <p>() 1. En el establecimiento de salud</p> <p>() 2. En la microrred</p> <p>() 3. No existe ni en el establecimiento ni en la red</p> <p>() 8. NS</p>
<p>5.6. Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí, ¿este es informatizado?</p> <p>() 1. En el establecimiento de salud</p> <p>() 2. En la microrred</p> <p>() 3. No está informatizado ni en el establecimiento ni en la microrred</p>

5.7. Usted utiliza algún indicador para acompañar la atención a la DM en su microrred?

1. Sí 2. No 3. NS

5.7.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Utiliza algunas de estas condiciones como indicador?

1. Pie diabético
 2. Complicaciones neurológicas
 3. Complicaciones oftalmológicas
 4. Amputaciones
 5. Otra. Especifique _____

Bloque 6. Identificación de los problemas y posibilidades de mejoría de la Coordinación de la atención a la DM

6.1. Puntuar, de cero a diez, las dificultades identificadas en la atención a la DM (donde 0 “no es una dificultad” y 10 es la “dificultad máxima”)

6.1.1. Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM ()

6.1.2. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región ()

6.1.3. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la red ()

6.1.4. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para las microrredes de su Red ()

6.1.5. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para el establecimiento ()

6.1.6. Insuficiencia y/o inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM ()

6.1.7. Insuficiencia y/o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del establecimiento ()

6.1.8. Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor ()

6.1.9. Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM ()

6.1.10. Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM ()

6.1.11. Presupuesto de programación PPR subestimado ()

6.1.12. Subregistro de la producción de los establecimientos de salud ()

6.1.13. Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas ()

6.1.14. Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM que valoricen el alcance de las metas programadas ()

6.1.15. Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la estrategia de DM ()

6.1.16. Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.17. Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM ()
6.1.18. Otras dificultades identificadas: _____ _____ _____
6.2. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención incorpora acciones de promoción, prevención, y tratamiento : _____
6.3. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención articula la atención entre los diferentes establecimientos (puestos, centros de salud y hospitales) : _____

Apéndice 4. Modelo de entrevista a coordinadores de atención a la DM de Dirección Regional de salud

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA REGIÓN CALLAO

Cuestionario 4. Coordinador de la Dirección Regional de Salud

Entrevistador/entrevista

Nombre: _____ Fecha de la entrevista: / /

Número de cuestionario : _____

Bloque 1. Caracterización del responsable de la Coordinación Regional de la atención a los pacientes con DM2 / Caracterización del entrevistado

1.17. Entrevistado: _____

1.18. Edad: _____

1.19. Sexo : () 1. F () 2. M

1.20. Cargo/función:

1.21. Tiempo en el cargo: _____ años

1.22. Experiencia en el ámbito de los cuidados en DM: _____

1.23. Formación:
() 1. Médico
() 2. Enfermero
() 3. Asistente social
() 4. Psicólogo
() 5. Nutricionista
() 6. Otro profesional de la salud de nivel superior. Especifique _____
() 7. Administrador
() 10. Técnico en enfermería
() 11. Otro profesional de nivel técnico. Especifique : _____

1.24. Postgrado:
() 1. Especialización en el área de formación
() 2. Maestría en el área de formación
() 3. Doctorado en el área de formación
() 4. Especialización en salud pública
() 5. Maestría en salud pública
() 6. Doctorado en salud pública () 7. Otro:

Teléfono: _____ E-mail: _____

Bloque 2. Caracterización general de la Red
2.1. Nombre : _____
2.2. Número de establecimientos de salud que comprende la DIRESA : _____
2.3. Número de microrredes que comprende la Red: _____
2.4. Número de redes que comprende la DIRESA: _____
2.5. Población asignada a la Dirección Regional de salud: _____

Bloque 3. Caracterización de los elementos de estructura para la atención a la DM
3.1. Existen oficinas exclusivas para uso administrativo de la coordinación? () 1. Sí () 2. No () 8. NS
3.1.1. Si indicó sí, ¿cuál es el número de oficinas? _____
3.2. ¿Cuántos profesionales de la salud por categoría profesional integran su equipo de trabajo para la coordinación de la atención a la DM a nivel de la DIRESA Callao? (señale todos lo que apliquen) () 1. Médico internista. Número _____ () 2. Médico general. Número _____ () 3. Endocrinólogo. Número _____ () 4. Cardiólogo. Número _____ () 5. Otro especialista no médico. Especifique: () 1. Nutricionista. Número _____ () 2. Enfermero. Número _____ () 3. Psicólogo. Número _____ () 4. Asistente social. Número _____ () 5. Odontólogo. Número _____ () 6. Fisioterapeuta. Número _____ () 7. Profesor de educación física. Número _____ () 10. Podólogo. Número _____ () 11. Técnico en enfermería. Número _____ () 12. Otro. Especifique _____
3.3. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las definiciones del PPR 2013? () 1. Sí () 2. No () 8. NS
3.4. ¿El personal que coordina la atención a DM ha sido capacitado sobre las disposiciones del SIS referentes a la DM2? () 1. Sí () 2. No () 8. NS

Bloque 4. Caracterización de las actividades del proceso de atención a la DM
4.1. ¿La DIRESA Callao ha propuesto una clasificación de riesgo del paciente con DM? () 1. Sí () 2. No () 8. NS

<p>4.1.1. Si su respuesta es Sí, el paciente es clasificado según las definiciones operacionales del PPR de 2013 en :</p> <p>1. Paciente pre diabético con tratamiento () 1. Sí () 2. No () 8. NS</p> <p>2. Paciente diabético sin tratamiento especializado () 1. Sí () 2. No () 8. NS</p> <p>3. Paciente diabético con tratamiento especializado () 1. Sí () 2. No () 8. NS</p> <p>() 4. Otra clasificación. Especifique _____</p>
--

Bloque 5. Caracterización de las relaciones y mecanismos de coordinación de la atención a la DM
<p>5.1. ¿Realiza usted reuniones con su equipo? () 1. Sí () 2. No () 8. NS</p>
<p>5.1.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones? () 1. No hay periodicidad () 2. Al menos 1 vez a la semana () 3. Al menos 1 vez cada 15 días () 4. Al menos 1 vez al mes () 5. Otra. Especifique _____</p>
<p>5.2. Si la respuesta 5.1. fue Sí, señale los profesionales que participan de las reuniones: () 1. Médico () 2. Nutricionista () 3. Enfermero/a () 4. Psicólogo () 5. Asistente social () 6. Odontólogo () 7. Fisioterapeuta () 10. Profesor de educación física () 11. Podólogo () 12. Técnico de enfermería () 13. Otro. Especifique _____</p>
<p>5.3. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (marque todas las que apliquen): () 1. Presentación de los indicadores de producción () 2. Presentación de los indicadores de calidad () 3. Discusión de asuntos administrativos generales () 4. Realización de planeamiento y programación de acciones () 5. Otra. Especifique _____</p>
<p>5.2. Se realizan reuniones con los coordinadores de DM de las Redes de Salud de la DIRESA? () 1. Sí () 2. No () 8. NS</p>
<p>5.2.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿cuál es la periodicidad de las reuniones? () 1. No existe periodicidad () 2. Al menos 1 vez por semana () 3. Al menos 1 vez cada 15 días () 4. Al menos 1 vez al mes () 5. Al menos 1 vez cada 2 meses () 6. Al menos 1 vez cada 3 meses () 7. Otra. Especifique: _____</p>
<p>5.3. Si la respuesta 5.2. fue Sí, ¿quiénes son los participantes? (marque todas las que apliquen) () 1. Coordinadores de DM de los puestos de Salud () 2. Coordinadores de DM de los centros de Salud () 3. Coordinadores de DM de los hospitales de segundo nivel () 4. Coordinadores de DM de los hospitales de tercer nivel () 5. Coordinadores de DM de otra microrred de su red regional () 6. Coordinadores de otras microrredes de su región de salud () 7. Coordinadores de otras redes de su región de salud () 10. Coordinador de otras Direcciones Regionales de Salud</p>

<input type="checkbox"/> 11. Coordinador del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.4. En estas reuniones, ¿cuál es la agenda principal? (marque todas las que apliquen):</p> <input type="checkbox"/> 1. Presentación de los indicadores de producción <input type="checkbox"/> 2. Presentación de los indicadores de calidad <input type="checkbox"/> 3. Discusión de asuntos administrativos generales <input type="checkbox"/> 4. Realización de planeamiento y programación de las acciones <input type="checkbox"/> 5. Discusión de los mecanismos de referencia y contrarreferencia <input type="checkbox"/> 6. Otra. Especifique _____
<p>5.5. Existe una historia clínica para el paciente en la DIRESA? (marque todas las que apliquen)</p> <input type="checkbox"/> 1. En el establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 2. En la microrred <input type="checkbox"/> 3. En las redes <input type="checkbox"/> 4. En la Dirección Regional de Salud <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.6. Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí, este es informatizado? (marque todas las que apliquen)</p> <input type="checkbox"/> 1. En el establecimiento <input type="checkbox"/> 2. En la microrred <input type="checkbox"/> 3. En la Red <input type="checkbox"/> 4. En la Dirección Regional de Salud <input type="checkbox"/> 8. No sabe
<p>5.7. Usted utiliza algún indicador para evaluar la atención a la DM en la DIRESA Callao?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. NS
<p>5.7.1. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Utiliza algunas de estas condiciones como indicador?</p> <input type="checkbox"/> 1. Pie diabético <input type="checkbox"/> 2. Complicaciones neurológicas <input type="checkbox"/> 3. Complicaciones oftalmológicas <input type="checkbox"/> 4. Amputaciones <input type="checkbox"/> 5. Otra. Especifique _____

<p>Bloque 6. Identificación de los problemas y posibilidades de mejoría de la Coordinación de la atención a la DM</p>
<p>6 .1. Puntuar, de cero a diez, las dificultades identificadas en la atención a la DM (donde 0 “no es una dificultad” y 10 es la “dificultad máxima”)</p>
<p>6.1.1. Desconocimiento de la población que necesita de atención por DM ()</p>
<p>6.1.2. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para la región ()</p>
<p>6.1.3. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para las redes ()</p>
<p>6.1.4. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para las microrredes ()</p>
<p>6.1.5. Inexistencia o inadecuación del plan de salud para los establecimientos de salud ()</p>

6.1.6. Insuficiencia y/o inexistencia de profesionales de la salud para la atención a la DM ()
6.1.7. Insuficiencia y/o desconocimiento sobre la capacidad de oferta del establecimiento ()
6.1.8. Monitoreo insuficiente de las metas de la Estrategia de DM por parte del gestor ()
6.1.9. Metas físicas de producción subestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.10. Metas físicas de producción sobreestimadas por la Estrategia de DM ()
6.1.11. Presupuesto de programación PPR subestimado ()
6.1.12. Subregistro de la producción de los establecimientos de salud ()
6.1.13. Baja adhesión del equipo de la estrategia de DM con el alcance de las metas planteadas ()
6.1.14. Ausencia de incentivos para el equipo de la estrategia de DM que valoricen el alcance de las metas programadas ()
6.1.15. Escaso conocimiento de las normas del SIS por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.16. Escaso conocimiento de la programación por parte del equipo de la estrategia de DM ()
6.1.17. Falta de cumplimiento de la Institución de las actividades y productos planificados por la estrategia de DM ()
6.1.18. Otras dificultades identificadas: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6.2. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención incorpora acciones de promoción, prevención, y tratamiento : _____
6.3. Señale con un puntaje de 0 a 10 (nota máxima) la medida en que la atención prestada al paciente con DM en su red de atención articula la atención entre los diferentes establecimientos (puestos, centros de salud y hospitales) :_____

Apéndice 5. Términos del Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Usted está siendo invitado(a) a participar en el estudio "Caracterización de la atención del paciente del Seguro Integral de Salud con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Región Callao", desarrollado por el estudiante Michael Alexander Ayudant Ramos, bajo la orientación de la Prof. Dra. Sheyla Maria Lemos Lima, que dará lugar a la tesis que se presentará a la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz - ENSP/Fiocruz, como requisito parcial para la obtención de una Maestría en Salud Pública.

Esta investigación tiene como objetivo caracterizar la organización de la atención que recibe el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 a través del Seguro Integral de Salud (SIS), en el ámbito de los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Callao, según la percepción de los coordinadores y/o responsables de las acciones relacionadas a la diabetes mellitus.

Su participación en esta investigación será responder una entrevista, a cargo del estudiante/investigador, dirigida a obtener información sobre la manera en que organiza la atención a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mediante el SIS, y la coordinación de esta atención con la red de servicios de salud. Se estima que la duración de esta entrevista no deberá exceder los 30 minutos. No se ha considerado compensación económica por su participación.

Su colaboración en esta investigación mejorará nuestro conocimiento sobre la atención que recibe el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la Dirección Regional de Salud del Callao mediante el Seguro Integral de Salud, y los resultados de búsqueda podrían contribuir a la mejora del sistema de atención de salud en la Región Callao y en el Perú.

La información obtenida a través de esta encuesta será confidencial, y garantizamos la confidencialidad de su participación. Los datos serán divulgados de manera que no permitan su identificación. Los resultados se difundirán en forma de informes de los estudios de casos, trabajos de investigación, disertaciones y tesis. El investigador tomará medidas para cuidar el anonimato de los participantes, como la restricción del uso de citas y no identificación de los encuestados al informar los resultados.

Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento, y puede realizar las preguntas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento, llamando al teléfono del investigador, médico Michael Alexander Ayudant Ramos, celular 997483044 o al email mikeayudant@hotmail.com, o acercarse personalmente a las oficinas de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital San José, situado en Jirón Las Magnolias N° 475, Carmen de La Legua-Reynoso, Callao, teléfono fijo (051-1) 319-9369 (directo). Asimismo, puede realizar consultas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comunicándose con el Dr. Elias Wilfredo Salinas Castro, Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Teléfono: (051-1)471-9920 Anexo 148.

Su participación en la presente investigación es voluntaria, pudiendo en cualquier momento desistir y retirar su consentimiento a participar, sin perjuicio alguno en su relación con el investigador o la Escuela Nacional de Salud Pública / Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Por lo señalado, acepto a participar en la investigación titulada "Caracterización de la atención del paciente del Seguro Integral de Salud con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Región Callao", firmando el presente documento como constancia de mi consentimiento:

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Firma del Investigador

Fecha