

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**Factores sociales y organizacionales relacionados con la
calidad de atención de pacientes con diabetes tipo 2 en
la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la
comuna de Recoleta**

Karen Andrea Pesse Sorensen

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Director de Tesis: Dr. Oscar Arteaga Herrera

Santiago, Junio 2021

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

INFORME DE APROBACIÓN
TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Doctorado en Salud Pública presentada por la candidata

D. KAREN ANDREA PESSE SORENSEN

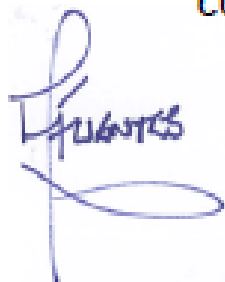
ha sido aprobada con nota 6,3 (seis coma tres) (en la escala de 1 a 7), por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** en Examen de Defensa de Tesis rendido el día 10 de junio de 2021

DIRECTOR DE TESIS



Prof. Oscar Arteaga Herrera

COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS



Prof. Alejandra Fuentes García



Prof. Fernando Poblete Arrué



Prof. Luis Lefio Celedón



Prof. Ángel Otero Puime



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 1 corregida 15.01.2018)

FECHA: 13 de Noviembre de 2018.

PROYECTO: "FACTORES SOCIALES Y ORGANIZACIONALES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; ESTUDIO DE CASO EN LA COMUNA DE CONCHALÍ".

INVESTIGADOR RESPONSABLE: (TESISTA) PROF. KAREN PESSE SORENSEN

INSTITUCIÓN: PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE. (TUTOR DR. OSCAR ARTEAGA)

Con fecha 13 de Noviembre de 2018, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

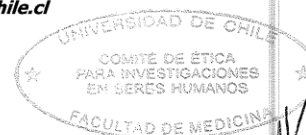
Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 09 de Noviembre de 2018. Además se toma conocimiento de carta de Director del Establecimiento o custodio de la base de datos o carta de compromiso del Investigador responsable de fecha 02 de Octubre de 2018.

Se extiende este documento por el periodo de...**3.. años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

- SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE CONCHALÍ.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



13 NOV 2018



**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún G.	Presidente	Sí
Dr. Hugo Amigo C.	Vicepresidente	Sí
Dra. Lucía Cifuentes O.	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana V.	Miembro	Sí
Dra. María Ángela Delucchi B.	Miembro	Sí
Dr. Miguel O’Ryan G.	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall F.	Miembro	No
Dra. Julieta Gonzalez B.	Miembro	Sí
Prof. ^a María Luz Bascuñán R.	Miembro	Sí

Santiago, 13 de Noviembre de 2018.



Dra. Lucia Cifuentes Ovalle
Vicepresidente (Subrogante) CEISH

Proyecto N° 143-2018
Archivo Acta n° 108

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Santiago, 26 de Marzo de 2019.

Dra. Karen Pesse Sorensen
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Presente

Ref.: Proyecto 143-2018

Estimada Dra. Pesse:

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), con fecha 26 de Marzo de 2019, informa a usted que toma conocimiento de carta recibida con fecha 20/03/2019 referente a su proyecto: **"FACTORES SOCIALES Y ORGANIZACIONALES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; ESTUDIO DE CASO EN LA COMUNA DE CONCHALÍ"**.

Ref.: Cambio de centro donde se ejecutará el proyecto

- Este Comité toma conocimiento y se aprueba cambio de centro a la comuna de Recoleta, sin embargo se solicita al investigador responsable aclarar los motivos del cambio de centro.

Sin otro particular, le saluda atentamente,


Srta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Proyecto Nº 143-2018
Archivo.005

Teléfono 22-978.95.36 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

Dedicatoria

A mi madre (*in memoriam*) ... por todo.

Agradecimientos

A mi director de tesis, Dr. Oscar Arteaga y a la comisión revisora integrada por la Dra. Alejandra Fuentes, y los doctores Ángel Otero, Álvaro Lefio y Fernando Poblete por sus valiosos aportes durante todo el proceso de elaboración de esta tesis. Al cuerpo docente del doctorado por sus enseñanzas y a Hernán Cuitiño por su invaluable ayuda con los aspectos administrativos.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por el permiso laboral y el soporte económico.

Al Programa Salud y Comunidad de la Escuela de Salud Pública y al Colectivo Crítico Pandemia y Salud por permitirme incursionar en la academia y el debate sobre la salud en Chile.

A mis compañeros del doctorado: Faustino, Xime, Cris, Eli, Deby, Angie, María Paz y Carla; y a Jaime, David, Betford, Susu, Alex, Xavi, Paty, Chío y Sole por su amistad, su tiempo y soporte en momentos de crisis.

A mi padre, hermanos y sobrinos, por su interés y cariño siempre.

A la Dra. María Eugenia Chadwick y a todos los integrantes del Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta, a los directores y los encargados el Programa de Salud Cardiovascular en los CESFAM Recoleta, Quinta Bella, Juan Petrinovic y Patricio Hevia por su confianza y apertura para poder realizar la investigación en sus establecimientos.

Y muy en especial, a los prestadores de salud y los pacientes que me permitieron entrevistarlos; por ellos puede conocer no solo sus opiniones y experiencias en relación con la Atención Primaria de Salud en Recoleta, sino sus impactantes vivencias. Con ellos reafirmo mi compromiso de seguir trabajando, participando, enseñando y aprendiendo por y para una mejor salud pública, equitativa y solidaria, en Latinoamérica.

Contenido

Resumen.....	10
Abstract.....	14
1. Introducción.....	15
2. Marco teórico.....	20
2.1 La diabetes como problema de salud pública	20
2.1.1 Enfermedades crónicas a nivel mundial	20
2.1.2 Carga de enfermedad de la diabetes a nivel mundial	21
2.1.3 Carga de enfermedad de la diabetes en Chile.....	22
2.2 Respuesta institucional.....	24
2.2.1 Políticas y propuestas internacionales.....	25
2.2.2 Respuesta institucional en Chile.....	28
2.2.3 Resultados de la atención de los pacientes con diabetes en Chile.....	34
2.3 Modelos de Atención	38
2.3.1 Atención Primaria de Salud	39
2.3.2 Modelo de Cuidados Crónicos.....	49
2.4 Calidad de Atención	56
2.4.1 Concepto e importancia de la calidad de atención.....	56
2.4.2 Dimensiones de la calidad.....	58
2.4.3 Gestión de la calidad de atención.....	63
2.4.4 Gestión de la calidad de atención a pacientes con diabetes en APS.....	66
2.4.5 Resultados de la gestión de la calidad de atención a pacientes con diabetes ..	76
2.4.6 Factores asociados a la calidad de atención de pacientes con diabetes	79
2.5 Determinantes Sociales de la Salud	86
2.5.1 Desarrollo conceptual del enfoque social de la salud	86
2.5.2 Modelos explicativos	89
2.5.3 Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud	94
2.5.4 Sistema de Salud como Determinante Social.....	97
2.5.5 Sistema de Salud de Chile	105
2.5.6 Determinantes sociales de la prevalencia de diabetes	111
2.5.7 Determinantes sociales en la atención de personas con diabetes.....	114
2.5.8 Intervenciones sobre la inequidad en la atención de pacientes con diabetes ..	119
3. Planteamiento del problema.....	122
3.1 Síntesis de la problematización	122
3.2 Pregunta de Investigación	126
3.3 Justificación y Relevancia.....	127
3.4 Supuestos	129
4. Objetivos	131
4.1 Objetivo general	131
4.2 Objetivos específicos.....	131
5. Método	132
5.1 Diseño de la investigación	132
5.2 Contexto del estudio.....	135
5.3 Población y muestra	137
5.4 Recolección de Información	140
5.5 Variables y dimensiones.....	142
5.5.1 Componente cuantitativo.....	142
5.5.2 Componente cualitativo.....	146

5.6	Análisis de la información	148
5.7	Consideraciones éticas.....	149
6.	Resultados	151
6.1	Características de las personas incluidas en el estudio	151
6.1.1	Características de los entrevistados	151
6.1.2	Características de los pacientes incluidos en la muestra de registros clínicos	154
6.2	Calidad de la atención de personas con DM2.....	156
6.2.1	Calidad de atención: conceptualizaciones y dimensiones	156
6.2.2	Comprensión de la enfermedad y su manejo	159
6.2.3	Percepciones sistémicas sobre la calidad	163
6.2.4	Percepciones de las relaciones entre prestadores y pacientes.....	169
6.2.5	Percepciones sobre aspectos técnicos de la calidad	176
6.2.6	Cumplimiento de normas del PSCV y metas sanitarias	202
6.3	Factores condicionantes de la calidad de atención.....	209
6.3.1	Características personales de los pacientes.....	210
6.3.2	Condiciones asociadas a la enfermedad	223
6.3.3	Características personales de los prestadores	227
6.3.4	Condiciones asociadas al trabajo del prestador.....	232
6.3.5	Modelos de organización y de atención.....	235
6.3.6	Gestión de recursos	243
6.3.7	Organización de la atención	256
6.3.8	Sistema de aseguramiento de la calidad	265
6.3.9	Condicionantes del contexto institucional y social	270
7.	Discusión.....	277
7.1	Calidad de atención.....	281
7.1.1	Dimensiones de la calidad de atención	281
7.1.2	Rol esperado del paciente	288
7.2	Factores Condicionantes de la calidad	290
7.2.1	Características de los pacientes y los prestadores	290
7.2.2	Condicionantes Organizacionales	297
7.2.3	Aspectos Contextuales.....	303
7.3	Aspectos metodológicos.....	306
7.3.1	Fortalezas	306
7.3.2	Limitaciones	307
8.	Conclusiones y Recomendaciones.....	308
8.1	Conclusiones.....	308
8.2	Recomendaciones.....	311
	Bibliografía	316
	Anexos	334
Anexo 1:	Modelos de Consentimiento Informado	334
Anexo 2:	Guía de entrevista a pacientes	340
Anexo 3:	Guía de entrevista a profesionales	343
Anexo 4:	Entidades patológicas y protección financiera Garantías Explícitas en Salud	345
Anexo 5:	Iniciativas para mejorar el sistema de agendamiento de citas	347

Índice de tablas

Tabla 1: Número de registros clínicos de pacientes con DM2 incluidos en la muestra por establecimiento.....	138
Tabla 2: Criterios de Inclusión y exclusión para la selección de entrevistados.....	140
Tabla 3: Operacionalización de Variables.....	143
Tabla 4: Características de los prestadores de salud entrevistados.....	152
Tabla 5: Características de los pacientes entrevistados.....	153
Tabla 6: Características de la muestra obtenida de registros clínicos pacientes con DM2	155
Tabla 7: Categorías y sub-categorías de la calidad de atención.....	157
Tabla 8: Comorbilidad y complicaciones de los pacientes con DM2, APS Recoleta	167
Tabla 9: Características del Proceso de Atención a pacientes con DM2, APS Recoleta.	177
Tabla 10: Resultados del proceso de atención a pacientes con DM2, APS Recoleta.....	206
Tabla 11: Categorías de los factores condicionantes de la calidad de atención	209
Tabla 12: Prestaciones y protección financiera incluidas en GES para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	346

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus 2 (E10, E14) según sexo; Chile 2000-2012.....	23
Ilustración 2: Porcentaje de compensación en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, Chile 2006-2011.....	35
Ilustración 3: Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de 15 a 64 años y de 65 y más años; Chile 2012 -2015	36
Ilustración 4: Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en Atención Primaria de Salud.....	41
Ilustración 5: Modelo de Cuidados Crónicos extendido	51
Ilustración 6: Modelo de Producción Social de la Enfermedad.....	90
Ilustración 7: Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.....	91
Ilustración 8: Marco Conceptual Dinámico de un Sistema de Salud	104
Ilustración 9: Dimensión sistémica: principales categorías y factores condicionantes	278
Ilustración 10: Dimensión relacional: principales categorías y factores condicionantes...	279
Ilustración 11: Dimensión técnica: principales categorías y factores condicionantes	280

Resumen

Antecedentes: Para la Organización Mundial de la Salud la diabetes es una prioridad y la recomendación internacional es enfocar los esfuerzos en la disminución de la mortalidad prematura. En Chile, al igual que en otros países, la prevalencia de diabetes en población adulta ha venido aumentando, pasando de 6,3% en el 2003 a 12,3% en 2016. La tasa de mortalidad específica se ha estabilizado durante los últimos diez años, pero un tercio de esas muertes ocurre en menores de 70 años. En Chile el control de la diabetes está incluido en los Objetivos Sanitarios 2011-20. Los establecimientos del primer nivel de atención implementan el Programa de Salud Cardiovascular con base en la guía para el manejo clínico de la diabetes tipo 2, que orientan el cumplimiento de las garantías explícitas y fijan estándares de calidad para la atención de esta patología. Si bien se alcanzan las metas establecidas en cuanto a la cobertura efectiva (porcentaje de personas con diabetes que mantiene adecuados niveles de hemoglobina glicosilada), más de 70% de los pacientes no tiene buen control de su enfermedad, incrementando su riesgo de desarrollar complicaciones. Los indicadores referidos al proceso de atención muestran deficiencias en cuanto a la realización de los exámenes e interconsultas recomendadas por los estándares nacionales e internacionales. Las percepciones de los pacientes sobre la calidad de esta atención, y especialmente sobre el aspecto relacional de la misma, no han sido estudiadas. No existe una definición única de calidad de la atención, pero casi todas incorporan una dimensión técnica, referida al cumplimiento de estándares fijados por los profesionales de la salud, y una relacional, asociada a la comunicación y confianza que se establece entre el paciente y su prestador.

Objetivos: Analizar los factores organizacionales y sociales que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de atención primaria de la comuna de Recoleta. Los objetivos específicos se refieren a la percepción de los pacientes y de los prestadores de salud sobre la calidad de la atención, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma; y al cumplimiento de la normativa establecida (dimensión

técnica). A fin de identificar los condicionantes de la calidad se exploraron las características de pacientes y prestadores, y el contexto organizacional y social en que se produce la atención de personas con diabetes.

Métodos: Estudio de caso en la comuna de Recoleta de la Región Metropolitana, con un diseño de método mixto cuali-cuantitativo que, en componente cuantitativo evaluó la calidad técnica en una muestra de 409 registros clínicos de los pacientes y que en el componente cualitativo desarrolló entrevistas semi-estructuradas en 15 pacientes y 18 prestadores de salud de los cuatro CESFAM de la comuna explorando la dimensión relacional de la calidad y sus condicionantes. La información obtenida de forma concurrente en los dos componentes fue sometida a un proceso de triangulación para integrarla en un análisis descriptivo – explicativo buscando incrementar la validez del estudio.

Resultados: Los pacientes, e incluso algunos prestadores, tienen dificultad para articular un discurso en torno a la calidad de atención; la mayoría enfatiza en los aspectos relacionales. Para los pacientes, esto implica ser considerados como personas, es decir que la atención incluya otros aspectos de su vida más allá de la patología. La principal preocupación de los prestadores es el cumplimiento de las metas y normas, para lo cual se requiere que los pacientes adhieran a las indicaciones de autocuidado.

En el análisis de la calidad a partir de las entrevistas, se construyeron las siguientes categorías: a) Comprensión de la enfermedad como base para el análisis de la calidad, que comprende la forma de entender la enfermedad y sus causas y las vivencias en relación con la misma y las respuestas terapéuticas; b) Percepciones sistémicas sobre la calidad, con las subcategorías de: procesos de comunicación y educación, adherencia a indicaciones y resultados de la atención, incluyendo el uso del sistema privado de salud; c) Percepciones sobre las relaciones entre prestadores y pacientes, incluyendo la atención centrada en el paciente y sus necesidades; d) Percepciones sobre aspectos técnicos de la calidad, que abarca el acceso a atención medicamentos y exámenes, la continuidad de la atención y los modelos de atención integral y de cuidados crónicos; e) Cumplimiento de normas

del PSCV y metas sanitarias, con las subcategorías de individualización de la atención y eficacia del manejo clínico.

En el componente cuantitativo, los datos de los registros clínicos muestran graves deficiencias tanto en el proceso de atención y sus resultados, como en el registro de la información: solo 25,9% de los pacientes tuvo tres o más consultas con tres tipos de profesionales (30,1% solo realizó una consulta anual); el no registro de información alcanza 82,2% para fondo de ojo, siendo de 32,5% para exámenes de laboratorio y 31,2% para electrocardiograma. En relación a las metas clínicas, 43% de los registros muestra un valor de hemoglobina glicosilada de “diabetes compensada”, pero en 18,8% no hay un registro de este parámetro durante todo el año. Si bien 78,5% de los pacientes adhiere al tratamiento farmacológico, otros elementos del autocuidado muestran cifras preocupantes (80,7% de los pacientes presenta sobrepeso u obesidad y 65,3% reporta sedentarismo). La comorbilidad con hipertensión arterial y dislipidemia es alta (83,9% y 69,9%, respectivamente) pero existe un bajo porcentaje de registro de complicaciones, lo que probablemente se debe a que son pacientes atendidos en el primer nivel del sistema de salud.

El análisis de las entrevistas permitió la identificación y descripción de los siguientes condicionantes de la calidad de atención: a) Características personales del paciente, incluyendo etapa del ciclo vital y género, situación socioeconómica y laboral, rol de la familia y las redes de apoyo, y curso de vida; b) Condiciones asociadas a la enfermedad, en particular la etapa de la misma en que se encuentra el paciente y la presencia de comorbilidades, así como su conciencia y actitud ante la enfermedad; c) Características personales del prestador: edad, género, nacionalidad, profesión, formación y capacitación. También incluye su actitud frente a los pacientes y la motivación para trabajar en atención primaria; d) Condiciones asociadas al trabajo del prestador: su cercanía geográfica y simbólica con la población, y funciones y carga de trabajo; e) Modelos de organización y de atención, en particular la territorialización y el policlínico cardiovascular, el modelo de cuidados crónicos y el de atención integral familiar y comunitaria; f) Gestión de recursos en cuanto a infraestructura, equipamiento e insumos y lo referido al

personal de salud y el sistema de información; g) Organización de la atención, que comprende las subcategorías de acceso y tiempo de atención y el funcionamiento de la red de servicios de salud; h) Aseguramiento de la calidad: existencia y cumplimiento de metas sanitarias y normas de manejo clínico, gestión de quejas y reclamos, y decisiones gerenciales; i) Condicionantes del contexto institucional y social.

Conclusiones: El análisis de estas categorías, y la descripción de las relaciones entre ellas, permitió establecer los temas con mayor poder explicativo de la realidad estudiada, con base en el marco de la determinación social de los procesos de salud, enfermedad y atención. Las enfermedades crónicas plantean la necesidad de un cambio profundo en los roles tradicionales del enfermo y del prestador de salud. Dentro de las características de los pacientes destaca el curso de vida y su situación laboral; ambos condicionan tanto su estado de salud, como las posibilidades de autocuidado y la relación del paciente con el sistema de salud y sus prestadores. La familia juega un rol importante apoyando el autocuidado del paciente y el balance entre este y la calidad de vida más allá del control de la enfermedad. Además, gran parte de la protección social es asumida por ella o las redes sociales de apoyo. Las principales características de los prestadores se refieren a su cercanía geográfica o simbólica con la población y a su capacidad de generar cambios en los determinantes sociales. Predomina un discurso que privilegia la voluntad individual más que los condicionantes estructurales. La fragmentación del sistema de atención en salud, su financiamiento poco solidario, prestaciones dependientes de la disponibilidad financiera de las personas, y falta de coordinación con el sistema de seguridad social, influyen en la percepción de la calidad por parte de pacientes y prestadores. También la condicionan las tensiones entre los modelos y las prácticas de atención, las dificultades con los sistemas de registro de información y la falta de recursos en el primer nivel, así como la persistencia del paternalismo en la relación prestador-paciente. Esto en un contexto en que el discurso biomédico es hegemónico y existe gran inequidad social, agravada por el modelo neoliberal implementado en Chile.

Abstract

Diabetes represents an important public health problem worldwide. In Chile, its prevalence duplicated during the last 15 years, disproportionately affecting the poorer and most vulnerable population groups. Efforts to control type 2 diabetes focus on delaying the onset of complications and avoiding premature deaths caused by the disease, making quality of care one of the pillars of the control strategy.

This research analysed the organizational and social factors associated with the technical and relational dimensions of the care provided by the four primary health care facilities belonging to the Recoleta county to patients with type 2 diabetes. This objective was accomplished through a case study methodology using a mixed methods approach. A stratified sample of 409 clinical records of patients registered in the Cardiovascular Control Program were analysed and 33 semi-structured interviews were performed: 18 with health personnel and 15 with patients.

Findings show interviewees difficulties to conceptualize quality of care and to propose structural changes for its improvement. Relational aspects were highlighted by all interviewees: patients focused in being considered as persons and not only as patients, whereas healthcare providers emphasized on selfcare as mean to achieve sanitary goals and norms. Clinical records showed serious deficiencies in the healthcare process and its results, as well as in data registration.

Main factors affecting the quality of care were patient´s social position, working conditions, and life course, as past hardships reflect on patient´s attitude towards selfcare and his/her relationship with health services. Health professional´s training, motivation, and symbolic or geographical closeness to population also shape care quality. Patients - provider power asymmetries, as well as emphasis on individual aspects that conceals the structural social determinants of health also condition healthcare quality. Incongruities between healthcare ideal models and real practices, as well as resource scarcity also affects quality. Contextual factors include hegemony of the biomedical model and generalized social inequities resulting from the neoliberal model.

1. Introducción

Desde la década de 1980, en el mundo ha habido un marcado y sostenido aumento en la prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) en general y de enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en particular. Éstas causan más del 70% de las muertes en el mundo, de las cuales casi la mitad son consideradas prematuras, ya que acontecen en personas menores de 70 años (1). En los últimos veinte años el mayor incremento de casos de DM2 se ha dado en los países que han experimentado un rápido crecimiento económico, afectando a los más pobres (2,3). En 2013 la diabetes fue declarada prioridad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) dada la gran carga que representan sus elevadas cifras de mortalidad prematura, discapacidad y costos por demanda de atención y afectación de la productividad que produce (5).

En Chile, las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) confirman una situación similar: la prevalencia de diabetes en la población adulta pasó de 6,3% en el 2003 (6), a 9,4% en 2010 (7); esta alza es significativa e independiente del envejecimiento poblacional (8). Los resultados de la ENS 2016-17 revelan otro fuerte incremento: la prevalencia de “sospecha de diabetes mellitus”¹ llega a 12,3% (9). Al igual que lo descrito en otros países, la enfermedad, y también sus precursores tales como obesidad y síndrome metabólico, afectan en mayor medida a las personas de menor nivel socioeconómico y educación formal (7). Desde el 2005 la tasa específica de mortalidad se ha estabilizado en alrededor de 20 defunciones por 100.000 habitantes (10); al ser ajustada por edad, esta tasa muestra una tendencia a disminuir y a revertir la diferencia entre hombres mujeres, lo que revela la influencia del aumento de la esperanza de vida sobre este indicador (11). En 2012 la DM2 aportó, por si sola, 2,9% del total de años perdidos por muerte o discapacidad (AVISA), ocupando así el quinto lugar entre las patologías productoras de AVISA, además de aportar a los AVISA de las enfermedades cardiovasculares (12).

¹ Sospecha de Diabetes Mellitus: medición de glicemia en ayuno $\geq 126\text{mg/dl}$.

La respuesta institucional incluye una amplia gama de posibles estrategias que abarcan desde las políticas públicas intersectoriales hasta la atención individual de las personas con diabetes o en riesgo de desarrollarla (13). Sin embargo, dadas las dificultades para la implementación de estas estrategias, el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de ECNT de OMS fija como objetivo específico solo la detención de su aumento, enfocándose en disminuir el riesgo de mortalidad prematura mediante el fortalecimiento y reorientación de los sistemas de salud (4).

En Chile, la atención de las personas con diabetes está considerada dentro del segundo Objetivo Estratégico de los Objetivos Sanitarios 2011-20: “*reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos*”. El objetivo específico referido a esta patología es “*incrementar la proporción de personas con diabetes controlada*”, con la meta de aumentar hasta el 35,8% la cobertura efectiva² del tratamiento de la DM2 al final de este período (14:49). Para lograrlo, los establecimientos de atención primaria (APS) brindan atención integral de prevención, diagnóstico y manejo de la diabetes dentro del Programa de Salud Cardiovascular. El Ministerio de Salud (MINSAL) elaboró, y actualiza periódicamente, guías clínicas para esta atención (15,16). El acceso, oportunidad y protección financiera de estas prestaciones está garantizado por el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) (17).

La evaluación de estas intervenciones muestra importantes avances pero también la persistencia de grandes déficits: según los datos del Departamento de Epidemiología e Información (DEIS) del MINSAL, la cobertura efectiva pasó de 23,7% en 2012 a 27,4% en 2015 (18), situándose así por encima de la meta fijada en los objetivos sanitarios para ese año. Según la ENS 2010, 78,49% (IC_{95%} 72 -

² Cobertura efectiva: porcentaje de personas con diabetes controlada, evaluada mediante el nivel de hemoglobina glicosilada en el último control, sobre el total de personas con diabetes estimado a partir de la prevalencia a nivel poblacional encontrada en la ENS de 2010.

83,8) de los adultos con diabetes³ conocía su condición, pero solo 52,05% (IC_{95%} 44,5 - 59,5) de ellos recibía tratamiento y un poco más de un tercio (34,32%; IC_{95%} 27,7 - 41,7) tenía un adecuado nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c), es decir $\leq 7\%$. Casi la mitad (48,3%; IC_{95%} 40,88 - 55,77) de los pacientes con diabetes refirió que nunca le habían realizado un examen de sus pies y solo 31,8% (IC_{95%} 25,27 - 39,20) había sido examinado en los últimos seis meses. Cifras similares se reportan para la detección de retinopatía diabética: 34,8% (IC_{95%} 28,1% – 42,0%) fue examinado por un oftalmólogo en el último año (7). La información procedente de la red QUALIDIAB⁴ muestra datos similares tanto en los resultados (33% de las personas con DM2 atendidas en 2011 tenía una HbA1c $\leq 7\%$), como en el proceso de atención: menos de la mitad de los pacientes tenía un registro de realización de una revisión de los pies y casi ninguno un examen de fondo de ojo (19).

La exactitud, e incluso la validez de algunos de estos datos ha sido cuestionada dada la posibilidad que estén afectados por sesgos de selección e información, especialmente en lo referido a la integridad del registro (19). Sin embargo, todos muestran importantes falencias en cuanto al cumplimiento de las normas técnicas para la atención de personas con DM2 por parte de los establecimientos de salud; además de la inexistencia de un sistema de información único y confiable. Esto, junto con la falta de información sobre la otra dimensión de la calidad de la atención, la relacional, indica la necesidad de estudiar el tema en detalle en la realidad local.

Esta tesis describe la calidad de la atención brindada a las personas con DM2 en los establecimientos de APS de una comuna de la Región Metropolitana de Chile, explorando los factores organizacionales y sociales que se asocian a esta. En

³ Persona de 15 o más años de edad con glicemia ≥ 126 mg/dl luego de al menos 8 horas de ayuno en el examen de laboratorio realizado para la ENS o auto-reporte de diagnóstico médico de diabetes (que no ocurrió durante embarazo) (7)

⁴ QUALIDIAB es una red formada por Chile, Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Uruguay en el año 1999 con base en el modelo de control de la calidad de la atención europeo DiabCare.

concordancia con lo propuesto por diferentes autores (20–22), para el análisis de la calidad de atención se considerarán tanto su dimensión técnica, concerniente al cumplimiento de las normas y guías clínicas, como la referida a la relación entre el paciente y su prestador de salud. Esta última constituye el aspecto menos estudiado de calidad, aun cuando se reconoce su importancia (23,24), planteándose que su análisis debería trascender la mera medición de la satisfacción del usuario (25,26). En su editorial del Boletín de la OMS del 2017 Kruk y colegas exhortan a incluir la percepción de los pacientes y a complejizar la forma de medir la calidad de atención en pacientes con patologías crónicas (27).

En cuanto a los factores condicionantes de la calidad de atención este estudio extenderá la mirada para incluir no solo las características del paciente y de su prestador de salud (28,29), sino también los determinantes sociales de la salud (30,31), y dentro de ellos, la estructura y organización del sistema de salud (21,22). La fuerte asociación de estos elementos con la calidad de atención en general, y el proceso de prestación de servicios de salud a personas con DM2 en particular, ha sido ampliamente demostrada (32–37).

La realización de este estudio de caso referido al sistema APS de la comuna de Recoleta permitirá la comprensión profunda del fenómeno social bajo estudio (38,39). Esta densidad descriptivo-interpretativa será fortalecida mediante el uso de métodos y técnicas tanto cuantitativas como cualitativas para recoger y analizar las diferentes facetas y factores condicionantes de la calidad de atención desde la diversidad de fuentes de información, con lo que se podrá dar cuenta de su complejidad (40). Se trabajará en la comuna de Recoleta, que pertenece al Servicio Metropolitano Norte de Salud, por razones de factibilidad y conveniencia. Si bien este diseño no permite realizar inferencias estadísticas sobre posibles relaciones casuales, ni sus resultados serán generalizables al sistema APS del país, el análisis de sus implicaciones sobre los modelos de atención, así como la elaboración de explicaciones sobre los condicionantes de la calidad de atención representan un aporte para el sistema de salud chileno.

En el siguiente capítulo se presenta el problema que se pretende abordar con

esta investigación, así como una revisión de la literatura existente sobre las principales teorías y conceptos en que se enmarca el estudio. Los temas desarrollados son la carga social y económica que representa la Diabetes tipo 2 a nivel mundial y en Chile, así como la respuesta institucional existente frente a este problema y sus principales resultados. En el siguiente capítulo del marco teórico se describen los dos principales modelos en que se basa la atención de estos pacientes en el país para luego revisar críticamente las diversas maneras de entender y medir la calidad de atención, con énfasis en aquellas enfocadas en el manejo de la diabetes en la APS. A fin de lograr una mejor comprensión de los factores condicionantes de la calidad de atención se examinan los modelos referidos a los sistemas de atención de salud y de los determinantes sociales de la misma, también focalizados en la atención de la DM2. Esto permite describir y delimitar el problema, así como entender su relevancia y la perspectiva teórica escogida para su estudio, aspectos que serán discutidos en el capítulo tres.

En el capítulo cuatro se presentan los objetivos y supuestos de esta investigación y en el siguiente, lo referido al método. Se describe su diseño, el contexto y la población a ser estudiada, así como las técnicas para la recolección y análisis de la información, y los aspectos éticos considerados al realizar el estudio. En el capítulo seis se presentan los resultados de los componentes cuantitativo y cualitativo de forma complementaria, a fin de dar cuenta del cumplimiento de los objetivos del estudio. Esta información es discutida y contrastada con lo planteado por la literatura científica internacional en el capítulo siete, con base en lo cual en el último capítulo de este documento se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que arriba esta investigación.

2. Marco teórico

En este marco teórico se describe el estado del arte respecto al tema abordado por la presente tesis, que ha sido ordenado de la siguiente forma: primero se analizan los antecedentes que demuestran que la Diabetes mellitus representa un importante problema de salud pública y posteriormente se analiza la respuesta dada por el sistema de salud frente a este problema. A continuación, se presentan los conceptos y modelos teóricos utilizados para el análisis de la atención dada los pacientes con esta patología, enfatizando en lo relativo a su calidad y los factores que la condicionan.

2.1 La diabetes como problema de salud pública

2.1.1 Enfermedades crónicas a nivel mundial

Las ECNT son patologías de larga duración y lenta progresión, que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; no se resuelven espontáneamente y rara vez logran una curación total. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculaba que en el 2016 más del 70% de todas las muertes en el mundo fueron causadas por estas patologías. El 42,5% de esas defunciones acaecieron en personas menores de 70 años de edad y de estas *muertes prematuras*, el 87% ocurrió en países de ingresos bajos y medios. Las enfermedades cardiovasculares causaron la mayoría de estos fallecimientos (17,7 millones cada año), seguidas por el cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) (1).

A nivel mundial se ha evidenciado un marcado incremento en las tasas de prevalencia de las ECNT, que se acentúa en los llamados “países en desarrollo” y que primordialmente se debe a un envejecimiento de la población, una urbanización acelerada y no planificada y a la mundialización de modos de vida poco saludables. Si bien estos condicionantes son globales, se dan de manera más intensa en países que han experimentado un rápido crecimiento económico en las últimas décadas (2), como es el caso de Japón, India, Brasil y Chile.

2.1.2 Carga de enfermedad de la diabetes a nivel mundial

La diabetes representa un importante problema de salud pública: es una de las cuatro ECNT que, de acuerdo a la autoridad sanitaria mundial deben ser priorizadas. Según estimaciones de OMS, en el año 2014 había 422 millones de personas adultas con esa enfermedad en el mundo, lo que contrasta con los 108 millones existentes en 1980. Aun considerando el crecimiento poblacional estas cifras indican que la prevalencia mundial estandarizada por edad de la diabetes casi se duplicó en ese período, pasando de estar presente en 4,7% de los adultos a afectar a 8,5% de los mayores de 20 años (2). Este incremento ha sido mucho más rápido en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos.

Es importante mencionar que, dada la necesidad de pruebas de laboratorio que no están disponibles en muchos lugares, no es posible contar con estadísticas que diferencien entre los casos de diabetes tipo 1 y 2. Sin embargo, se estima que la segunda es la que afecta a la mayoría (80% a 90%) de las personas que padecen esta enfermedad. Además, se está evidenciando un número cada vez mayor de niños con este tipo de diabetes, misma que es producida por una sensibilidad disminuida o una resistencia de los receptores celulares a la insulina.

En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes en el mundo, a lo que hay que agregar 2,2 millones de personas que mueren por enfermedades cardiovasculares y otras asociadas a niveles elevados de glicemia. De estos 3,7 millones de muertes anuales casi la mitad (43%) aconteció en menores de 70 años (13). Una estimación de la carga económica mundial producida por la diabetes en adultos de 20 a 79 años de edad en el año 2015 estableció que su costo global fue de 1,31 trillones (millón de millones) de dólares americanos, lo que corresponde a 1,8% del producto interno bruto (PIB) global. Los costos indirectos (basados en la morbi- mortalidad a diferencia de los directos que se basan en la prevalencia), representaban el 34,7% del total de los costos, con marcada variabilidad entre los países, siendo Norteamérica la región más afectada. La carga económica de la enfermedad en términos del porcentaje del PIB nacional, fue mayor en países de ingresos medios que en los de ingresos altos (5).

Gran parte de los problemas y el sufrimiento causados por la diabetes es consecuencia de las complicaciones debidas al daño de los vasos sanguíneos, tanto distales como proximales, así como en los sistemas nerviosos autónomo y periférico. Más de la mitad de las personas con diabetes fallece por causa de una enfermedad cardiovascular, y la nefropatía diabética es la principal causa de enfermedad renal terminal en los Estados Unidos y en Europa. La diabetes es también la principal responsable de los casos de ceguera en personas menores de 60 años y de amputación de miembros inferiores (3).

2.1.3 Carga de enfermedad de la diabetes en Chile

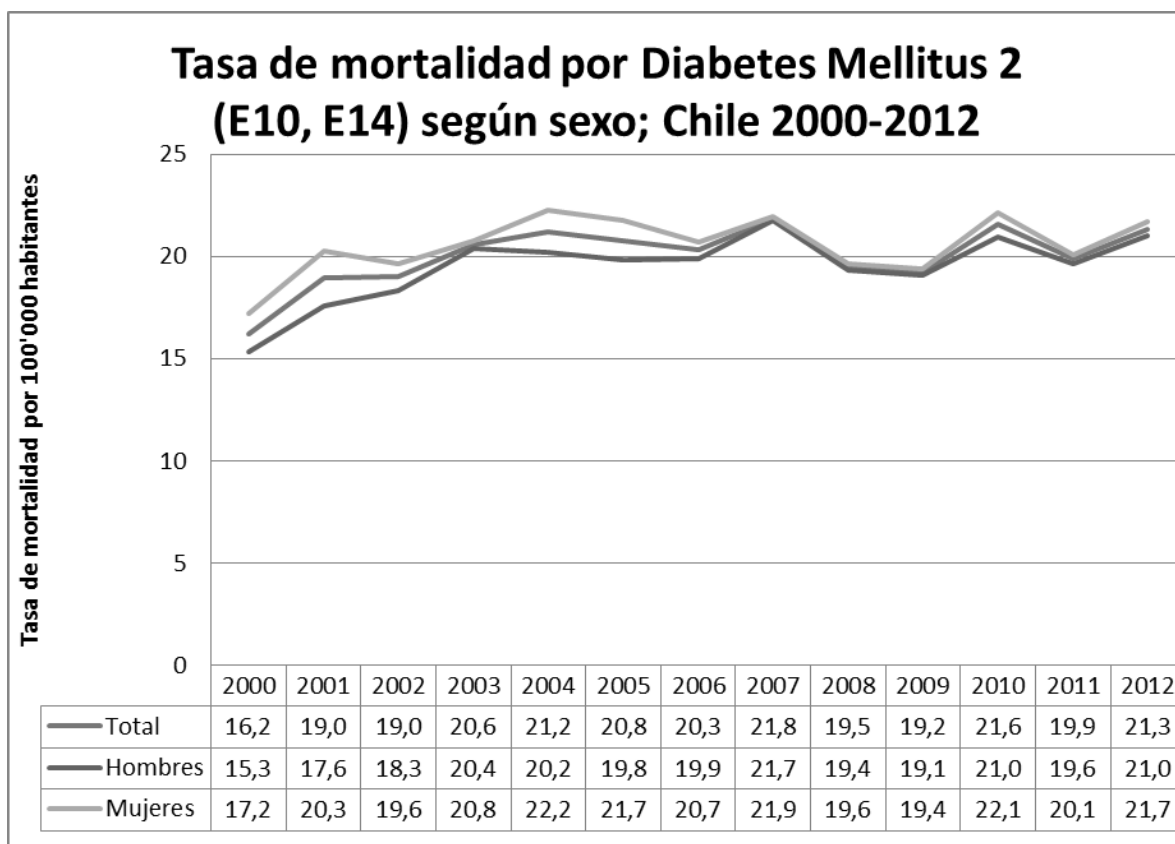
En Chile, al igual que en la mayoría del mundo, las ECNT y en especial la hipertensión y la diabetes, junto con las complicaciones cardiovasculares derivadas de esta, son actualmente las primeras causas de mortalidad. En conjunto, estas patologías representan la tercera causa de años de vida saludables perdidos (41).

De acuerdo a las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), la prevalencia de diabetes subió de 6,3% en el año 2003 a 9,4% en el 2009-10 (6,7); esta alza es significativa e independiente del envejecimiento poblacional (8). Según los datos del 2010, su presencia se incrementa fuertemente con la edad, pasando de afectar al 0,4% (IC_{95%} 0,1-1,1) de las personas de 15 a 24 años, a un 25,8% (IC_{95%} 20,6-31,9) entre los mayores de 65 años. La prevalencia es ligeramente menor en la población urbana (9,2; IC_{95%} 7,9-10,8) que en la rural (10,7; IC_{95%} 7,3-15,4) y más alta entre mujeres (10,4%; IC_{95%} 8,7-12,5) que en hombres (8,4; IC_{95%} 6,6-10,6), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas (7). El perfil del país elaborado por la OMS en el 2016 afirmaba que la prevalencia estandarizada por edad de la diabetes en Chile superaba el 10% en ambos sexos (42), dato que fue corroborado por la ENS 2016-17 en la que el 10,6% de los hombres y el 14,0% de las mujeres tuvieron una glicemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl; resultando en una prevalencia total en adultos del 12,3% (9).

Según los datos del DEIS-MINSAL, entre el año 2000 y el 2012 las tasas de mortalidad por diabetes aumentaron de 16,2 a 21,3 por 100.000 habitantes, lo que

probablemente se debe al aumento en la incidencia más que a variaciones en la letalidad de la enfermedad. Esta alza fue más pronunciada en los primeros años del siglo XXI; a partir del 2005 este indicador se estabiliza en alrededor de 20 /100.000 y se acorta la brecha entre hombres y mujeres, aunque la mortalidad sigue siendo mayor en estas últimas (ver ilustración 1). Estas tasas muestran una tendencia estable durante los últimos diez años, lo que constituye un panorama más favorable que el de otros países de la región (11). Además, al ajustarlas por edad, estas tasas muestran un sostenido descenso desde el año 2004, llegando este a representar más del 20% del valor inicial en el 2011. Además, las tasas ajustadas son consistentemente más elevadas en los hombres (43), lo que muestra la influencia del envejecimiento poblacional, y especialmente de la mayor esperanza de vida de las mujeres, en la prevalencia y mortalidad por esta enfermedad.

Ilustración 1: Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus 2 (E10, E14) según sexo; Chile 2000-2012



Fuente: Elaboración propia con base en información DEIS, MINSAL 2017(10)

La OMS reporta un total de 3210 fallecimientos por diabetes en Chile en el 2015; un tercio de estas (1060) ocurrieron en personas menores de 70 años. Estas defunciones representan el 3% del total de muertes del país, a las que habría que agregar 5820 muertes que pueden ser atribuidas a altos niveles de glucosa en sangre, de las cuales 2090 corresponden a muertes prematuras (42). La diabetes como causa específica genera gran cantidad de muertes prematuras y discapacidades, por lo que, tanto en el 2007 como en el 2012 ocupa el quinto lugar entre las patologías que causan más AVISA en Chile. En el 2012 aportó por si sola el 2,9% de AVISA y contribuyó como factor de riesgo al 19% y 12% de los AVISA de causa cardiovascular en hombres y mujeres chilenas respectivamente. Por otra parte, el 45% de las insuficiencias renales incidentes en 2011-12 tuvieron como causa la nefropatía diabética; siendo la insuficiencia renal crónica, la hipertensión y la diabetes las que generan mayores costos en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) (12).

2.2 Respuesta institucional

Existe consenso respecto a que la mayoría de las ECNT son evitables o prevenibles ya que su desarrollo está estrechamente ligado a las condiciones de vida durante el ciclo vital de las personas. En reconocimiento a esto, algunos autores proponen que su nombre genérico sea cambiado por el de *enfermedades socialmente transmitidas* (44) o *enfermedades bio-sociales y del desarrollo* (45).

La OMS propone clasificar los factores de riesgo intermedios en *factores de riesgo comportamentales modificables* tales como el consumo de tabaco, inactividad física, dietas de alta densidad energética y uso nocivo de alcohol y los *factores de riesgo metabólicos/ fisiológicos*, que son propiciados por los comportamientos anteriores y tienen un efecto directo sobre el riesgo de desarrollo y la gravedad de la enfermedad. En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico/ fisiológico es la hipertensión arterial a la que se atribuye el 19% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el sobrepeso, la obesidad, el aumento de la glucosa sanguínea y la hiperlipidemia (1). Los marcadores

genéticos identificados solo dan cuenta de un pequeño porcentaje de la mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad debido a factores genéticos (3).

Las explicaciones causales dadas por la población han sido estudiadas mediante investigaciones cualitativas como las realizadas por Cabassa (46) y Concha (47) en pacientes de origen latino en los Estados Unidos. Ambos autores encuentran que para estas personas la existencia de la enfermedad está fuertemente asociada a condiciones emocionales descritas como “nervios”, “estrés” o “problemas familiares” que pueden o no estar conectados con el consumo de alimentos no saludables y a la falta de actividad física. El estudio de Bermedo sobre los significados de la diabetes en mapuches – williches chilenos establece que para ellos esta enfermedad es producto del desapego del hombre con la naturaleza y del abandono de los hábitos tradicionales de alimentación, especialmente la incorporación de alimentos procesados con alta cantidad de grasa y azúcar (48).

2.2.1 Políticas y propuestas internacionales

En concordancia con lo anterior, se ha elaborado una amplia gama de estrategias que buscan disminuir tanto la prevalencia de la diabetes como sus consecuencias individuales y sociales. Estas abarcan desde regulaciones internacionales y políticas públicas que promueven entornos saludables hasta la atención individual de las personas con diabetes o en riesgo de desarrollarla (13). Su ámbito de injerencia puede incluir tanto un planeamiento urbano que fomente la movilidad activa, políticas de regulación de la producción y del mercado de alimentos, como acciones del ámbito individual dirigidas a la modificación de conductas o a garantizar el acceso oportuno y equitativo a una atención de salud de buena calidad (1). Muchas intervenciones rebasan el campo de acción del sector salud y requieren de un enfoque intersectorial que resulta difícil de implementar dados los conflictos de interés existentes. Tanto la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) como la OMS han promovido iniciativas que incorporan la abogacía para que las políticas de salud reconozcan la estrecha vinculación existente entre la estructura social y económica y la diabetes (3).

La revisión sistemática que sirve de base para la declaración de la Asociación Americana del Corazón sobre medidas poblacionales para reducir los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de la DM2 identifica las medidas que alcanzan el nivel de recomendación más alto, entre las cuales destacan los subsidios a alimentos y bebidas saludables y las intervenciones multi-componentes en las escuelas o espacios laborales (49). La modificación de espacios urbanos, y los acuerdos comerciales, y las políticas públicas no cuentan con suficiente evidencia sobre su efectividad. Sin embargo, sus efectos se evidenciaron durante el experimento natural a finales del siglo XX en Cuba, donde hubo una fuerte caída en la incidencia de DM2 asociada a los cambios en las condiciones de vida de la población por la crisis económica, (50). Los vacíos de información constituyen una limitante al momento de intentar presionar para la adopción de estas medidas (1).

Merlotti y colaboradores incluyeron 71 estudios (490'813 individuos) en un metanálisis sobre la efectividad de las estrategias individuales de prevención de la DM2. Estas abarcaban desde cambios de conducta hasta cirugía bariátrica; así como algunos fármacos específicos y genéricos. 12 de las 15 estrategias evaluadas mostraron efectividad en la reducción del riesgo de sufrir DM2. La administración de glitazonas, seguida por dieta y actividad física, dieta, actividad física o educación de forma separada dieron los mayores efectos protectores (OR 0,37; 0,43; 0,44; 0,53 respectivamente). Este análisis no mostró efectos positivos para los fármacos estimulantes de las células β , ni de las vitaminas o los estrógenos (51).

Con base en una revisión sistemática sobre el costo-efectividad de las intervenciones orientadas a disminuir la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, Prabhakaran y colaboradores recomiendan enfocar los esfuerzos en medidas poblacionales, en fortalecer la APS mediante guías de manejo clínico adaptadas al contexto local y la disponibilidad de medicamentos esenciales. El conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a la reducción del riesgo y el manejo de estas patologías tendría un costo promedio de 21 dólares por persona /año en países de bajos ingresos y de US\$ 24 en los de ingresos medios;

lo que en opinión de los autores podría contribuir a una protección contra el riesgo financiero implicado en estas enfermedades (52).

El Plan de Acción Global para la Prevención y Control de ECNT de OMS (4) fija como objetivo específico la detención de su aumento, enfocando los esfuerzos en disminuir la mortalidad prematura por diabetes y otras ECNT. Para esto propone el fortalecimiento y la reorientación de los sistemas de salud a fin de que tengan cobertura universal y brinden una atención primaria centrada en las personas; reconociendo que la detección precoz y el acceso a un adecuado y oportuno manejo clínico de estas patologías pueden representar una excelente inversión económica (1). La terapia farmacológica para el control de la glicemia es una de las 16 medidas consideradas más costo-efectivas (*best buys*) para el logro de los objetivos del Plan Global a 2025. Sin embargo, un reciente informe de progreso en la consecución de estos objetivos reconoce que este ha sido insuficiente y muy desigual, existiendo países en que no se ha iniciado el proceso de implementación de los acuerdos (53).

Un artículo publicado en *Lancet* a inicios del 2017 describe el estado del arte en cuanto a la prevención, diagnóstico y manejo clínico de la DM2, así como las controversias y directrices futuras en torno a su atención. Los autores afirman que probablemente la estrategia terapéutica más efectiva sea aquella dirigida a ambos aspectos de la compleja interacción entre el genotipo y el fenotipo de las personas con diabetes, que lleve a la optimización y personalización del tratamiento. Presentan un esquema con dos ramas para optimizar las estrategias existentes: medicina personalizada y tratamientos que tengan influencia positiva sobre el progreso de la enfermedad. La primera se basa en una atención individualizada y terapia farmacológica dirigida; la segunda incluye la administración de tratamientos a personas en riesgo de desarrollar diabetes y la simplificación de los esquemas terapéuticos. Esto sienta las bases para la identificación de nuevas combinaciones de medicamentos y la fijación de objetivos y metas clínicas para la DM2 (54).

2.2.2 Respuesta institucional en Chile

Las políticas de salud chilenas priorizan el control de las ECNT, lo que se traduce en su inclusión en los Objetivos Sanitarios para el período 2011-2020, que en términos generales buscan:

- a) mejorar la salud de la población
- b) disminuir las desigualdades en salud
- c) aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
- d) asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias (55).

La planificación para el logro de estos objetivos incluye como Objetivo Estratégico N° 2: “*Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos*” (14:49), que a su vez se desglosa en objetivos específicos para cada una de las principales patologías crónicas. Entre las estrategias de prevención de las ECNT en el ámbito poblacional sobresalen las políticas de control de tabaco, de ingesta de sal y el etiquetado de alimentos. La principal estrategia en el ámbito individual es la implementación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en toda la red de salud del país (56). En concordancia con la recomendación de la OMS de centrar los esfuerzos en la reducción de la mortalidad prematura y de las complicaciones de la DM2, este estudio se enfocará en la atención de las personas con diabetes que es entregada por o desde los sistemas formales de salud. A continuación, se describirá la respuesta dada en Chile a los pacientes con diabetes, enfatizando en la que se desarrolla en las instituciones del sistema público de salud, y dentro de este, en la atención primaria de salud.

2.2.2.1 Objetivos de la atención de los pacientes con diabetes en Chile

El objetivo específico referido a la diabetes incluido en el segundo objetivo estratégico de los objetivos sanitarios del país, plantea que se busca: “*Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada*”. La meta de este objetivo específico se define como “*Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2*” de 29,8% el 2010 a 31,8% el 2015 y 35,8% el 2020” (14:49).

Esta cobertura es especificada en dos submetas en la resolución que fija las metas para el mejoramiento de la APS en el año 2017:

- a. *29% de cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 años y más.* El indicador tiene el siguiente numerador: número de personas con DM2 de entre 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada (HbA1c) bajo 7%, más el número de personas con DM2 de 80 años y más con HbA1c bajo 8% según último control vigente, en los últimos 12 meses; el denominador es el número total de personas de 15 años y más con DM2 estimado según prevalencia⁵.
- b. *Evaluación anual del pie diabético en el 90% de personas con DM2 bajo control de 15 años y más.* El indicador tiene por numerador el número de personas de 15 años y más con DM2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses; el denominador es el número de personas de 15 años y más con DM2 bajo control (58:3).

Por otra parte, en las orientaciones técnicas y metodológicas para el cumplimiento de los compromisos de gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud de 2016, el segundo compromiso referido a la trazabilidad en la red asistencial de problemas de salud evitables priorizados (58) incluye la *Trazabilidad Egreso Hospitalario Amputación Pie Diabético*.

2.2.2.2 Normativa de la atención de pacientes con diabetes en Chile

En el año 2000 se instaura en Chile el PSCV; este se desarrolla en los establecimientos de atención primaria y atiende a más del 80% de los diabéticos conocidos. Antes de eso, existía un programa específico para la atención de personas con esta patología en el sector público de salud, lo que producía problemas tanto clínicos como operativos (8). Para orientar el manejo de estos

⁵ Prevalencia estimada del 10% en el grupo etario de 15 y 64 años y de 25% en los mayores de 65 años, de acuerdo a ENS 2009-10

pacientes, desde el año 2002 el Ministerio de Salud elabora Guías Clínicas para el manejo de la Diabetes y varias de sus complicaciones más frecuentes (15,16).

Estas guías toman en cuenta la probabilidad de que un paciente con diabetes o hipertensión sufra un evento cardiovascular (infarto agudo al miocardio o accidente vascular cerebral) en el futuro, como base para las intervenciones terapéuticas actuales. Esto representa un importante avance en comparación a la situación antes del año 2002, cuando las normas y guías clínicas para el abordaje de la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias se elaboraban por separado, considerando solo la presencia y gravedad de factores de riesgo de manera aislada y sin tener información precisa sobre las consecuencias a largo plazo de las decisiones clínicas. El enfoque en el riesgo cardiovascular se basa en el tamizaje para identificar a las personas que tienen mayor probabilidad de tener enfermedad cardiovascular, a fin de enfocar los esfuerzos terapéuticos en ese grupo (59).

La guía representa la normativa para la atención ambulatoria de los pacientes con DM2, tanto en APS como por los especialistas del nivel secundario. Incluye recomendaciones para el tamizaje, sospecha y confirmación diagnóstica, evaluación inicial y procedimientos para estimar el (nivel de) riesgo cardiovascular, así como el tratamiento farmacológico y no farmacológico (estilos de vida y cirugía bariátrica en pacientes obesos) y la detección y manejo de las complicaciones más frecuentes (retinopatía, nefropatía, pie diabético, hipertensión arterial, dislipidemia y agregación plaquetaria).

En el capítulo 2.4.4.2 se resumen los contenidos de la guía actualmente vigente para el manejo clínico de la DM2 que resultan pertinentes para esta investigación. Es importante mencionar que la guía aclara que su objetivo es: *“entregar recomendaciones de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de apoyar la toma de decisiones de los equipos de salud en el manejo clínico de las personas con diabetes tipo 2...”* (16:15); especificando que su intención no es establecer estándares de cuidado para pacientes individuales ya que estos deben ser determinados por los profesionales que atienden el caso de acuerdo a sus condicionantes individuales y contextuales (16). Sin embargo, en las

entrevistas exploratorias realizadas por la investigadora a personas involucradas, tanto a nivel operativo como de toma de decisiones, prevalecía la opinión de que estas eran consideradas como un procedimiento estandarizado a ser aplicado a todos los pacientes por todos los prestadores, tanto públicos como privados. Esto se ve reforzado por el hecho que estas guías hacen parte de la política de Garantías Explícitas en Salud (GES) que se describe a continuación.

2.2.2.3 Aspectos operativo-financieros de la atención de los pacientes con diabetes en Chile

Los pacientes con DM2 que están inscritos en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o en una Institución de Salud Previsional (ISAPRE) tienen garantizado el acceso, oportunidad y protección financiera para el adecuado manejo de la enfermedad. El sistema GES asegura el *“acceso a la confirmación diagnóstica, manejo por un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, nutricionista), evaluación completa para detectar complicaciones crónicas de la enfermedad y otras condiciones mórbidas asociadas, tratamiento farmacológico con drogas de primera línea, incluyendo la insulina NPH y fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial y dislipidemia, en [todos] aquellos en quienes se confirme el diagnóstico”*. También está garantizada la interconsulta y el tratamiento por especialista para aquellos casos que lo ameriten (16:59).

La Superintendencia de Salud (17) establece que para la DM2 el GES cubre todas las formas de diabetes estable sin mención de complicación, tanto en adultos como en adultos mayores, con o sin obesidad. El listado completo de las entidades patológicas de esta enfermedad que cuentan con garantías explícitas se encuentra en el Anexo 4.

Se incluyen las siguientes garantías de acceso para todos los beneficiarios:

- Con sospecha: acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica: acceso a tratamiento, incluido el del pie diabético
- En tratamiento: acceso a continuarlo

En cuanto a la garantía de oportunidad se instituyen los siguientes plazos:

- Para el diagnóstico dentro de 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada
- Para el inicio del tratamiento: dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica
- Para atención por un especialista: dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica.

La protección financiera se establece con base en una tabla en que se detalla la periodicidad, los aranceles y los copagos para cada prestación incluida en el GES. En relación a este último, se especifica que las personas afiliadas a FONASA con nivel A y B están exentas de copago, mientras que para las de FONASA C, este será del 10% del valor de arancel (ver Anexo 4).

2.2.2.4 Evaluación de la atención de los pacientes con diabetes en Chile

La información oficial sobre el proceso de atención y sus resultados intermedios es recogida mediante indicadores estandarizados que son registrados en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y consolidados a nivel nacional por el DEIS-MINSAL. Esta información contiene datos sobre el número y las características de los pacientes con diabetes que se controlan en cada servicio, incluyendo información sobre su edad y sexo, nivel de HbA1c, presión arterial, colesterol LDL (Low Density Lipoprotein), entre otros. No existe un registro homólogo de las actividades y resultados en el nivel secundario de atención (8).

El PSCV por su parte, evalúa los logros mediante los indicadores trazadores propuestos en la guía para su implementación en los establecimientos del primer nivel de atención. En el caso de la DM2 estos son:

- a) acceso equitativo a los servicios de salud: la proporción de pacientes diabéticos en control corresponde a la prevalencia estimada de diabetes en los diferentes grupos poblacionales

- b) calidad de la atención: el porcentaje de pacientes que han sido examinados para tamizaje de las principales complicaciones de la enfermedad
- c) proporción de pacientes que logran las metas terapéuticas: HbA1c <7%; Presión arterial <130/80 mm Hg, Colesterol LDL <100 mg/dl y disminución de al menos 5% del peso inicial en pacientes con sobrepeso u obesos (16).

Cabe destacar que la equidad es mencionada tanto en la fase inicial (acceso) como en la medición de impacto (desigualdades en la reducción de la mortalidad y de las complicaciones prevenibles), pero no se hace explícita ni en los indicadores de proceso (calidad de atención), ni de resultados directos (exámenes de tamizaje, cumplimiento de las metas terapéuticas).

Una tercera fuente de información sobre la atención a personas con diabetes en los establecimientos de salud la constituye el sistema de la red QUALIDIAB que busca mejorar estos registros, unificándolos e incluyendo más información referida a la calidad del proceso de atención. Sin embargo, estos datos solo se recogen en establecimientos de atención primaria y han sido cuestionados en relación a su validez y confiabilidad (19); tema que se analiza en detalle en el siguiente capítulo.

Las ENS proporcionan información sobre los resultados a nivel poblacional; su módulo referido a la diabetes incluye datos de glicemia en ayuno y autoreporte de conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, que son comparables para las ENS 2003, 2010 y 2016-7. En la ENS 2010 se agrega la estandarización del tratamiento en las últimas dos semanas, y preguntas sobre la última medición de glicemia, edad de diagnóstico, inicio de tratamiento con insulina, y sobre pie diabético y retinopatía diabética. Otra innovación consistió en la medición de glicemia capilar mediante Hemoglucotest en el hogar del entrevistado, además de la obtención de una muestra de sangre para la determinación de glicemia y HbA1c en los casos con sospecha de diabetes (7).

2.2.3 Resultados de la atención de los pacientes con diabetes en Chile

De acuerdo a los datos de la ENS 2009-2010, más de tres cuartos (78,49%; IC_{95%} 72 - 83,8) de los diabéticos⁶ de 15 años y más conocía su condición, pero solo 52,05% (IC_{95%} 44,5 - 59,5) de ellos recibía tratamiento. Un poco más de un tercio de estos pacientes (34,32%; IC_{95%} 27,7 - 41,7) tenía un nivel de HbA1c bajo 7% (7). Esto indica que, desde un punto de vista meramente formal y cuantitativo, el objetivo sanitario mencionado arriba se ha cumplido: el porcentaje de personas con diabetes cuya enfermedad puede ser considerada como “controlada” excede el 31,8% fijado como meta para el año 2015. Sin embargo, al revisar el cumplimiento conjunto de las tres metas asociadas a una real disminución del riesgo cardiovascular (glicemia, presión arterial y colesterol) encontramos que solo el 1,7% de los pacientes diabéticos lo logran (60).

Respecto al objetivo sanitario referido al examen de los pies de los pacientes con diabetes, se encontró que el 48,3% (IC_{95%} 40,88 - 55,77) refería que no habían sido examinados nunca, y casi un tercio (31,8; IC_{95%} 25,27 - 39,20) había sido examinado en los últimos seis meses. Cifras similares se reportan para la detección de retinopatía diabética: 34,8% (IC_{95%} 28,1% – 42,0%) de los diabéticos decía haber sido examinado por un oftalmólogo u oculista en el último año (7).

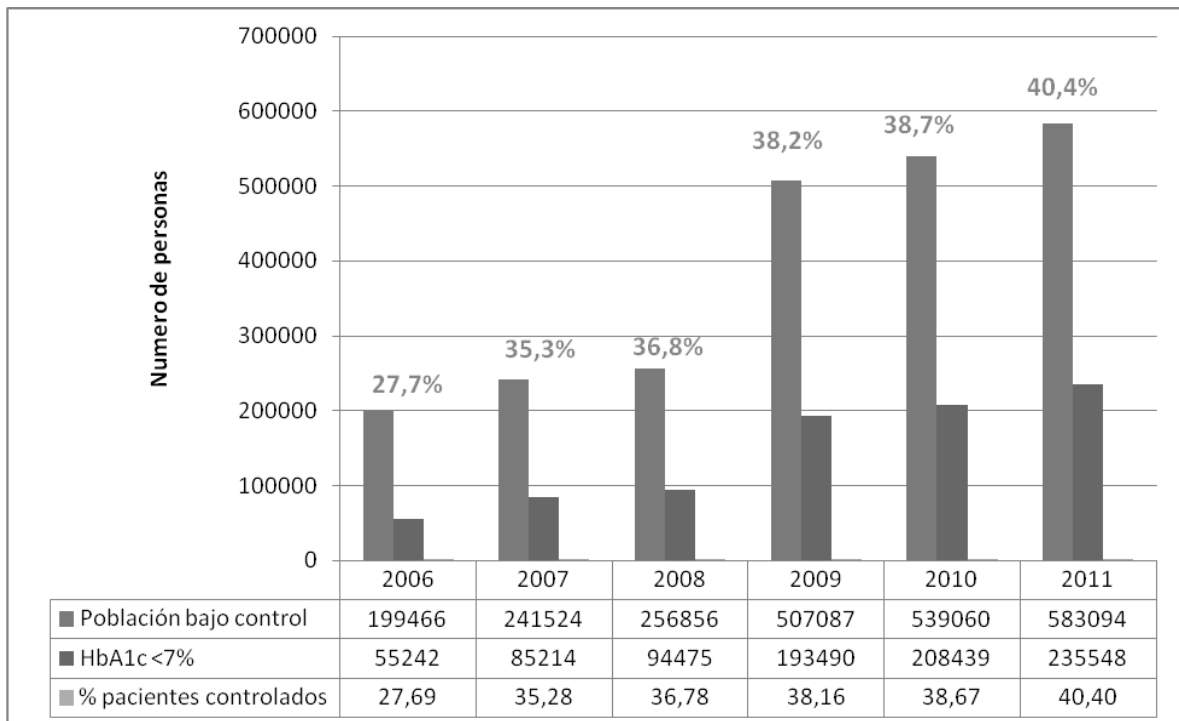
En cuanto al tipo de tratamiento, el 4,3% (IC_{95%} 3,50 – 5,29) de todos los adultos refirió estar tomando medicamentos para la diabetes y 0,64% (IC_{95%} 0,41 – 0,99) reportó estar recibiendo insulina, pero solo el 3,51% (IC_{95%} 2,74 – 4,48) había realizado un cambio en su estilo de vida a fin de controlar la enfermedad. Entre los diabéticos que estaban con tratamiento farmacológico (medicación vía oral o insulina), menos de la mitad (44,0%; IC_{95%} 39,0% - 49,2%) presentaba un valor de HbA1c indicativo de adecuado control de la enfermedad (7). Esta información contrasta con la situación descrita por un estudio de prevalencia del 2006 en que se examinaron 2010 personas de 15 a 75 años de comunas urbanas y rurales del país.

⁶ De acuerdo al criterio especificado en la Introducción

Reconociendo que, dadas las diferencias en sus respectivos marcos muestrales y metodologías los datos no resultan directamente comparables, este estudio reveló que solo el 14,7% de los pacientes con diagnóstico de diabetes no sabía de su condición, valor muy inferior al encontrado en la ENS 2009-2010. En cuanto a la HbA1c, este estudio estableció que menos de 20% de los diabéticos tenía un valor adecuado (61).

El análisis de los datos provenientes de los REM muestra que, aun tomando en cuenta los cambios en el rango de edad considerado para el cálculo de la población objetivo, el porcentaje de pacientes con DM2 que logran tener un nivel de HbA1c considerado como indicativo de un buen control de la enfermedad, aumentó considerablemente desde el 2006 al 2011, situándose por encima de las metas trazadas en los objetivos sanitarios (ver ilustración 2).

Ilustración 2: Porcentaje de compensación en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, Chile 2006-2011

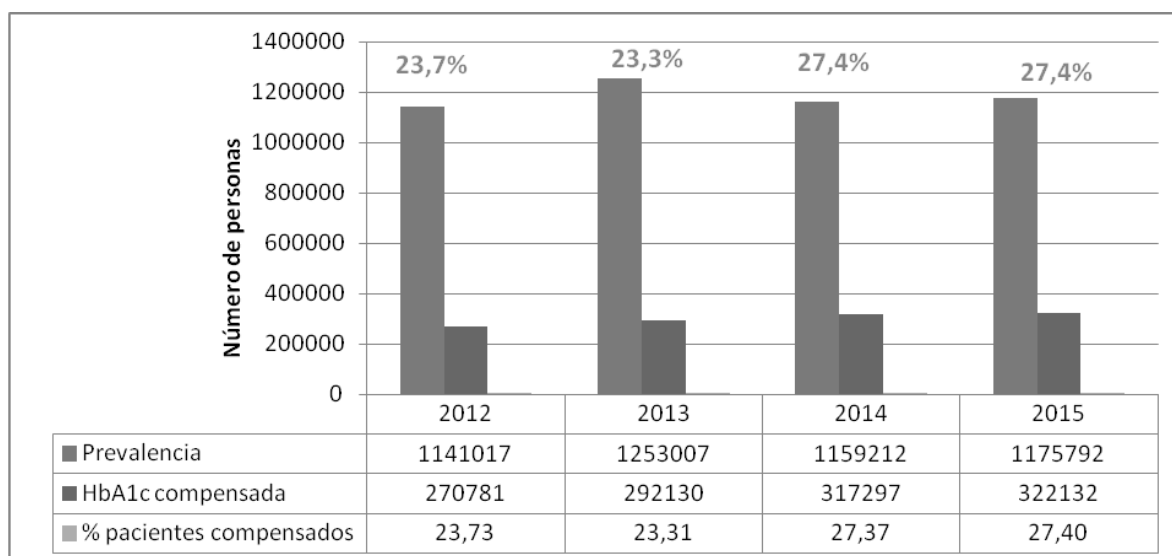


* NOTA: En 2009 la definición de población bajo control cambió: pasó de incluir a los pacientes con diabetes de 15 a 64 años, a considerar a todos los mayores de 20 años.

Fuente: Elaboración propia en base a información de REM DEIS, MINSAL 2016 (18).

A partir del año 2012 se producen cambios en la fórmula de cálculo de este indicador: no solo se modifica el grupo etario considerado, sino también la manera de establecer el número de personas con diabetes que deben ser consideradas en el denominador. Se separa a la población en dos grupos etarios con base en los diferentes niveles de HbA1c a ser considerados como compensación en cada uno y la medición ya no se basa en la población de pacientes inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular de cada establecimiento o comuna, sino que con el dato de prevalencia nacional proveniente de la ENS, por lo que el resultado se denomina “cobertura efectiva” (ver ilustración 3).

Ilustración 3: Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de 15 a 64 años y de 65 y más años; Chile 2012 -2015



Fuente: Elaboración propia en base a información REM DEIS, MINSAL 2016 (18)

Como es esperable, el porcentaje de pacientes que se consideran bien controlados de acuerdo a su nivel de HbA1c, baja considerablemente en comparación con los datos anteriores, mostrando que el acceso a la atención no es universal. Destaca, sin embargo, la tendencia al incremento en el indicador durante los cuatro años analizados y el que siempre estuvo por encima de la meta nacional (20% para el 2012, 22% en el 2013 y 24% para el 2014 y 2015).

El análisis de los datos obtenidos mediante el sistema QUALIDIAB difiere de los anteriores, lo que en parte puede deberse a que esta información es recogida

solo en los servicios de atención primaria y a que la muestra no es estadísticamente representativa del país. En 2011, solo 13% de los pacientes con diabetes tipo 1 y 33% de los diabéticos tipo 2 tenía una HbA1c menor a 7%; y 55% de los diabéticos tipo 1 y 29% de los diabéticos tipo 2 tenía HbA1c igual o sobre 8%. Adicionalmente, solo un tercio (34%) de pacientes con diabetes tipo 2 mostraba niveles de presión arterial inferior a 130/80mmHg al momento del registro y 32% de los pacientes tenían una hipertensión no controlada con valores mayores o iguales a 140/90mmHg. La proporción de pacientes con colesterol LDL mayor a 160mg/dl es menor al 10%, y el 11% de las personas incluidas en el estudio mostraban signos de tener una función renal disminuida, es decir, una Velocidad de Filtración Glomerular menor a 60ml/min (19).

En cuanto al proceso de atención propiamente tal, se encontró que solo para menos de la mitad de los pacientes con diagnóstico de DM2 existía un registro de que se les había realizado una revisión de los pies y en casi ninguno había registro de examen de fondo de ojo. Esto a pesar de que representan el primer paso para la prevención de complicaciones que devienen en procesos con un alto potencial de producir discapacidad y dependencia en estas personas, especialmente si son adultos mayores. Como ya se mencionó, la revisión de los pies está incluida en las metas sanitarias del país. El pie diabético (suma de neuropatía, úlcera activa y amputación de una o ambas extremidades inferiores) ocupa el segundo lugar de frecuencia entre las complicaciones que se presentan en pacientes con DM2, solo superado por las nefropatías unidas a diálisis o trasplante renal que aquejan aproximadamente al 10% de todas las personas con diabetes. La retinopatía (suma de retinopatía y ceguera) figura en el segundo lugar en los diabéticos tipo 1, mientras que la frecuencia de complicaciones cardiovasculares (infarto agudo del miocardio, accidente vascular cerebral) es más del doble en los diabéticos tipo 2 que en los diabéticos tipo 1 (19).

Es necesario señalar que, de acuerdo a lo expresado por varias personas involucradas en las diversas etapas del proceso, es probable que exista sub-registro debido a que algunos de los datos no son anotados directamente por el prestador

de la atención, sino que recogidos por los estadísticos del servicio al momento de llenar las fichas digitales del sistema. Por otra parte, el sistema adolece de un adecuado registro de la frecuencia de toma de los exámenes, por lo que, al menos para el caso de la HbA1c, es posible que se considere que se ha cumplido con el seguimiento aun cuando este examen no haya sido tomado con la frecuencia recomendada. Además, como el resultado de la HbA1c está relacionado con el cumplimiento de una meta, y esto a su vez se asocia con el otorgamiento de incentivo económico para el personal de salud, existe la posibilidad que los registros no sean del todo fidedignos, especialmente al ser datos presentados directamente por cada municipio sin mecanismos formales de auditoría frecuente.

Aun así, la evidencia existente permite afirmar que existen importantes falencias en el manejo de la enfermedad por parte de los establecimientos públicos de atención a la salud. La información registrada en forma periódica y rutinaria para evaluar la calidad de la atención brindada a los pacientes con diabetes es heterogénea y presenta deficiencias en cuanto a la integridad del registro, lo que hace que no se cuente con datos confiables y validados sobre el cumplimiento de las normas técnicas establecidas, ni sobre sus resultados intermedios.

Una vez que se ha explicitado la importancia de la DM2 como problema de salud pública y se han descrito los aspectos más relevantes de la respuesta del sistema de salud ante esta enfermedad, en la siguiente sección se explicitarán los modelos en que se basa la atención a las personas con diabetes.

2.3 Modelos de Atención

A fin de analizar la atención brindada a las personas con DM2, evaluar su calidad e identificar los factores que la condicionan, es necesario conocer la APS y el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) en que se sustenta el diseño e implementación de las prestaciones de salud dirigidas los pacientes con diabetes por parte del sistema público de salud de Chile. La primera constituye la base, tanto conceptual como organizativa, del sistema de salud del país y el MCC guía la respuesta institucional frente a las ECNT, incluida la DM2.

2.3.1 Atención Primaria de Salud

La APS es reconocida como un componente relacionado con la efectividad de los sistemas de salud, mientras que otras perspectivas la consideran un enfoque que orienta la organización y el funcionamiento de todo el sistema. 25 años después de la Declaración de Alma Ata, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó su versión renovada con el propósito de fortalecerla para que pueda liderar el desarrollo de sistemas de salud que permitan alcanzar el nivel más alto posible de salud para todos, abordando los determinantes sociales de la salud y contribuyendo al logro de los objetivos del desarrollo del milenio. Junto con reconocer su potencial para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud, OPS propone centrar los esfuerzos en transformar los sistemas de salud, reorientándolos al logro de una cobertura universal que brinde atención integral e integrada y garantice su calidad (62).

2.3.1.1 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de Chile

En Chile, la APS se plasma en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) implementado desde la reforma del sector salud del año 2005. Es importante mencionar que en el país ya se habían realizado experiencias que intentaban integrar u operacionalizar este enfoque; incluso antes de que este fuera cristalizado en la declaración de Alma Ata en 1978 (63). Al inicio de su implementación oficial, el MAIS se definía como un conjunto de acciones que permiten brindan una atención eficiente eficaz y oportuna, considerando la integralidad física y mental de las personas, su pertenencia a una familia y comunidad y su continua adaptación al medio físico, social y cultural (64). En el 2013 se precisó esta definición a fin de resaltar la importancia de poner al usuario en el centro de la atención y enfatizar en la operacionalización del modelo biosicosocial. Actualmente la definición es:

“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les

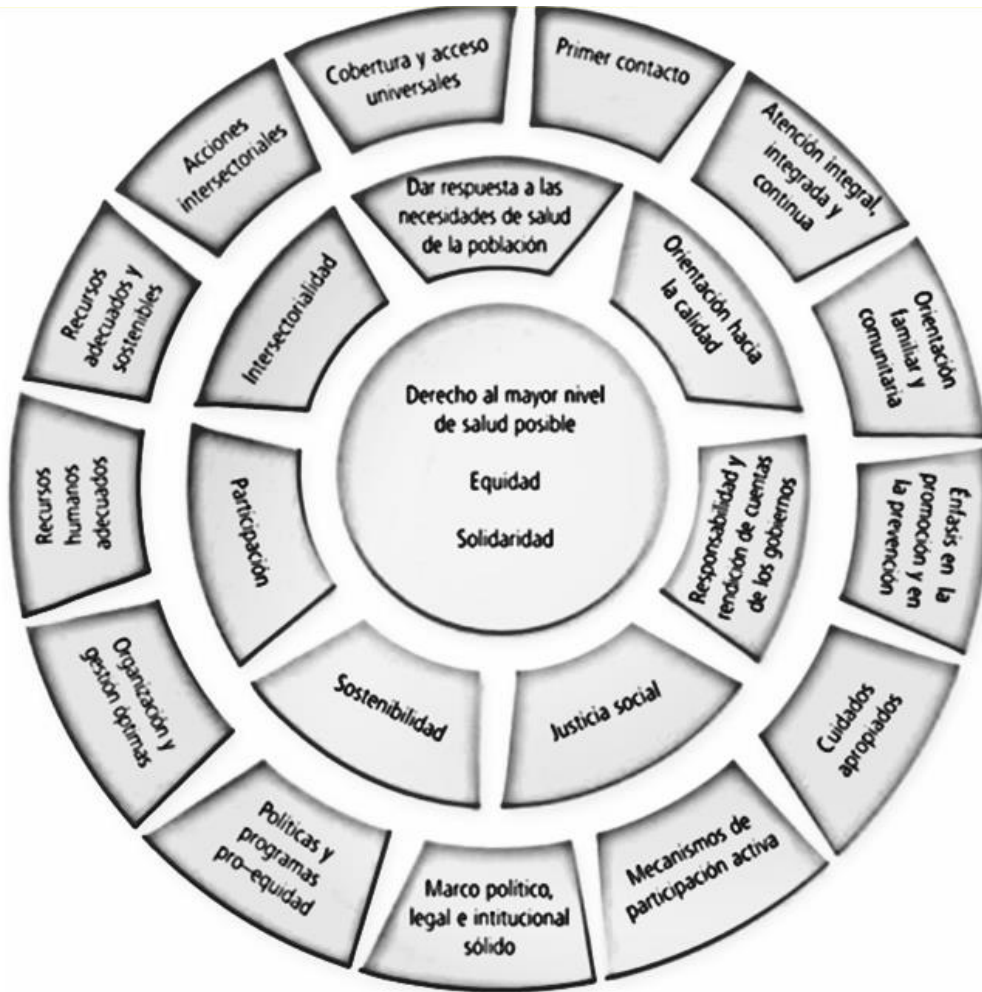
reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (66:12-13).

Si bien en Chile, como en otras partes del mundo, la Atención Primaria de Salud ha sido entendida como un nivel de atención dentro del sistema de servicios de salud, más que como una estrategia integral de organización del sistema de atención y de la sociedad para promover y recuperar la salud de la población, los documentos oficiales exponen el sustento conceptual y valórico del modelo (62). A continuación, se profundiza en esa dimensión de la atención primaria; la descripción de los aspectos operativo- organizacionales de la APS como primer nivel de atención del sistema de salud chileno se encuentra en el capítulo 2.5.5.

2.3.1.2 Valores y principios de la APS

Un sistema de salud basado en la APS se fundamenta en la concepción de la salud como un derecho humano y la visión de cambiar los determinantes sociales y políticos de la salud en pro de alcanzar más salud y bienestar. El documento de OPS sobre APS renovada (62) enumera los valores, principios y elementos esenciales que deberían sustentar el diseño y funcionamiento de un sistema de salud, mismos que son presentados en la ilustración 4.

Ilustración 4: Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en Atención Primaria de Salud



Fuente: OPS 2007 (62)

A continuación, se detallan las principales características de la atención promovidas en el modelo chileno:

Centrada en las personas: considera las necesidades y expectativas de las personas desde su propia forma de definir las y priorizarlas, para lo cual la relación del equipo de salud con los pacientes, las familias, y las comunidades se basa en el reconocimiento de la corresponsabilidad en cuidado y de los derechos y deberes mutuos (65). Hudon y colaboradores identifican cuatro dimensiones de la medicina centrada en el paciente, que sintetizan las propuestas del equipo de Stewart y de Mead y Bower: inclusión de la experiencia relativa a la enfermedad, considerando

al paciente como persona, perspectiva integral o bio-sico-social, responsabilidad y poder compartido basado en un entendimiento común del proceso, y establecimiento de una alianza terapéutica mediante el fortalecimiento de la relación del paciente con su prestador de salud. Cabe destacar la advertencia de los autores sobre la limitación de los instrumentos de evaluación que, si bien incorporan estas cuatro dimensiones, solo se enfocan en el momento de la consulta y no en todo el proceso de atención (66).

Integralidad de la atención: ha sido definida de dos maneras diferentes pero complementarias: una referida a los niveles de prevención, y la otra a la comprensión multidimensional de los problemas de la persona. Implica que el sistema disponga de servicios suficientes para responder a las necesidades biopsicosociales, espirituales y culturales de la población en salud (65).

Continuidad del cuidado: corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados, desde la perspectiva de las personas que se atienden, como coherentes y conectados entre sí. Para esto debe existir una articulación clínica, funcional y profesional de los elementos que conforman el sistema de salud (55). Este tema se analiza con mayor detalle en la sección referida a los factores asociados a la calidad de atención.

El MAIS también plantea un **enfoque intercultural** que corresponde al desafío de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales, tema que ha suscitado amplio debate. Para el sector salud, la interculturalidad se traduce, entre otras cosas, en que todos los sistemas terapéuticos puedan ser practicados en igualdad de condiciones y que existan espacios para el intercambio de conocimientos y prácticas entre las diversas formas de cuidado, atención y reparación de la salud. Se requiere de un cambio cultural que permita a los sistemas de salud abordar la salud desde otras perspectivas, y que incluya servicios acordes a las necesidades de los grupos étnicos que previamente habitaban un territorio que fue colonizado o los que actualmente migran desde países o regiones. Generalmente estas personas detentan baja posición social, y por tanto menor acceso y control sobre bienes y recursos que favorecen la salud (67).

Se reconoce la necesidad de formular políticas que incorporen este enfoque en los programas de salud y de implementar servicios que respondan a estas necesidades (68). Cabe advertir que algunas de las propuestas pueden hacer que las inequidades pasen a ser no solo explicadas, sin justificadas por las diferencias culturales (69). Por ejemplo, en su estudio en Boston, Estados Unidos, McKinlay y colaboradores encuentran que las bajas tasas de diagnóstico de la diabetes son consistentemente atribuidas al nivel socio-económico, pero las deficiencias en el manejo clínico son justificadas por la existencia de barreras culturales (70).

Las principales líneas de acción propuestas para dar cuenta del **enfoque de género** son el cuestionamiento de los estereotipos y roles asignados a hombres y mujeres, así como en acciones orientadas a una distribución más equitativa de las responsabilidades y el poder. También se plantean intervenciones dirigidas a atender las consecuencias de estas desigualdades, en especial aquellas referidas a la sobrecarga, falta de oportunidades y dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres (65). Estos factores, unidos a una expectativa de vida más larga pero frecuentemente en un peor estado de salud (71), se conjugan para que las mujeres vivan una vejez en peores condiciones que los hombres, salvo que exista un sistema de seguridad social que permita compensar estas diferencias (72).

El MAIS no explicita un enfoque similar para los fenómenos asociados a la **concepción social de la edad**, que lleva al establecimiento de roles y conductas esperadas para cada etapa del ciclo vital. Frecuentemente estas producen marginación, invisibilización o maltrato de las personas mayores, especialmente si no cuentan con recursos económicos suficientes para solventar sus necesidades. La instauración de políticas públicas y programas institucionales que den respuesta a esta problemática es todavía incipiente en los países de medianos y bajos ingresos (73). En Chile se ha implementado el Programa de Adulto Mayor, cuyo propósito es fomentar la autonomía y autovalencia de las personas de este grupo etario y asegurar que sus problemas de salud sean atendidos de forma oportuna y con calidad (74); Sin embargo, su vínculo con el PSCV no es claro.

El **enfoque familiar y comunitario** y el fomento de una participación orientada a la corresponsabilidad entre el equipo profesional y el individuo y su comunidad constituyen pilares fundamentales del MAIS. La familia es entendida como el contexto social primario para promover la salud y tratar las enfermedades, reconociendo sus funciones de protección, cuidado, y fomento del desarrollo de competencias en sus miembros. Los equipos de atención primaria contactan a las familias en diferentes circunstancias y momentos de sus vidas por lo que tienen mejores posibilidades para intervenir en pro de su salud. Existen cinco niveles de intervención con las familias, desde un énfasis mínimo hasta la terapia familiar, pasando por consejería informativa, consejería de crisis y evaluación funcional con intervención planificada. El primer control de un enfermo crónico es considerada una intervención correspondiente al nivel 3: consejería de crisis (64).

2.3.1.3 APS y la atención a las personas con ECNT o diabetes

La atención primaria resulta clave para asumir el nuevo reto planteado por el cambio del patrón demográfico y epidemiológico que actualmente viven los países que han experimentado un acelerado crecimiento económico. El primer nivel de atención puede ofrecer una combinación de servicios curativos y preventivos, que incluye el manejo, no solo de las enfermedades, sino también de los factores de riesgo comunes a muchas de estas afecciones: alimentación no saludable, inactividad física, tabaquismo y uso nocivo del alcohol (75,76).

Starfield sostiene que no existe diferencia en el uso de recursos entre personas con patologías agudas y aquellas con condiciones crónicas y que la variabilidad entre ellas se explica por la presencia de multi-morbilidad y no por el tipo de enfermedad. Este argumento la lleva a destacar la importancia de una atención integral y centrada en las personas, no en las enfermedades⁷ (77). La APS

⁷ Sostiene que la forma de entender y atender la enfermedad en los servicios de salud modernos resulta inequitativa ya que no da cuenta ni permite actuar sobre de las múltiples interacciones entre factores de riesgo, condicionantes sociales, y enfermedades y sus consecuencias. También plantea que las derivaciones a especialistas significan mayores dificultades para los pacientes pobres y con

constituye el espacio ideal para brindar una atención que incluya tanto la búsqueda proactiva de nuevos casos (dado su inicio asintomático), su detección temprana para evitar complicaciones, y la evaluación de los factores de riesgo involucrados. Las condiciones crónicas requieren de intervenciones tanto farmacológicas como en la esfera psicosocial orientadas al cambio de conductas para la disminución del riesgo a desarrollar complicaciones. Estas acciones terapéuticas frecuentemente son emprendidas de forma gradual (“paso a paso”), con seguimiento a largo plazo y buscando la adherencia al tratamiento prescrito.

Todo esto indica que el mejor espacio para brindar una buena atención a personas con patologías crónicas es el primer nivel de atención, pero para mejorar su contribución resulta imprescindible poner en marcha al menos las siguientes estrategias: formación continua del personal de salud y en particular de sus profesionales clínicos no médicos; rediseño organizacional, participación de otros actores y colaboración con otros sectores relacionados con el problema, y puesta en marcha de mecanismos de aseguramiento de la calidad de atención. Beaglehole y colaboradores (78) sostienen que para respaldar esta tesis se requiere de mayor y mejor evidencia acerca de su costo- efectividad. Aún sin contar con esa información, no parecen haber argumentos lógicos que impidan el manejo de la DM2 no insulino-dependiente por parte de la atención primaria (75). Al contrario, este parece ser el lugar ideal para brindar buena atención a estos pacientes, como sucede en la mayoría de los países de altos ingresos.

Un ejemplo latinoamericano en que se cristalizan varias de estas ideas es el proyecto VIDA (*Veracruz Initiative for Diabetes Awareness*) en México, en que el personal de los centros de salud seleccionados recibió capacitación continua en cuidado de condiciones crónicas, y en especial sobre el manejo de la diabetes y el cuidado de los pies en estos pacientes. La capacitación en servicio incluía el desarrollo de habilidades para la detección de problemas organizaciones e

más enfermedades por lo que aboga por un fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la APS (195).

institucionales, así como la generación e implementación de soluciones tales como la educación al paciente y el fortalecimiento del autocuidado. Se obtuvieron efectos positivos tanto en el proceso de atención clínica como en los indicadores del estado de salud. Una lección clave fue el rol protagónico desempeñado por el personal de salud no médico, y en especial las enfermeras, en el cuidado de estos pacientes, así como las contribuciones de estos y sus familias al logro de los objetivos (79).

En Chile, la consulta y control de enfermedades crónicas figura entre las actividades contenidas en el Plan de Salud Familiar, y específicamente las dirigidas a adultos y adultos mayores. Este plan representa el conjunto de acciones de salud que todo establecimiento de atención primaria debe ofrecer a las familias beneficiarias o población inscrita; cuyas prestaciones se enmarcan dentro del MAIS y responden a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del MINSAL (65). Entre las estrategias e instrumentos que permiten brindar una mejor atención a los pacientes con DM2 están aquellas que facilitan el acceso y favorecen la continuidad de la atención, tales como los protocolos de acogida y el carnet de afiliación a un determinado servicio o programa. Máxima importancia reviste lo que permite contar con información oportuna y relevante para la toma de decisiones, tanto clínicas como de gestión. A fin de incrementar la integralidad de la atención se ha planteado la formulación de diagnósticos integrales con enfoque de riesgo y la consecuente elaboración de planes de intervención que incluyan acciones de prevención y promoción de la salud (65), constituyen un elemento central del PSCV (8,59). A continuación, se detallan algunas propuestas del MAIS atinentes a la atención de las personas con condiciones crónicas.

La **gestión clínica** es definida como “*todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes*” (66:52). Implica el uso del conocimiento clínico para optimizar el proceso de atención y garantizar su seguridad y calidad, para esto se requiere disponer y gestionar adecuadamente de los recursos necesarios, incluido el tiempo asistencial. La gestión clínica integra la docencia e investigación a la tarea asistencial, lo que

fomenta el desarrollo profesional y fortalece la capacidad de decisión de forma informada y oportuna por los usuarios.

Se recomienda el uso de una **historia clínica orientada a problemas** como base para el registro de información en todos los niveles de atención. Se considera que este instrumento da cuenta de las tres principales características del MAIS: centrado en el usuario, e integralidad y continuidad de la atención.

La elaboración de un **plan de cuidados consensuado** basado en una planificación centrada en la persona hace parte de una estrategia más amplia denominada *gestión de caso de familia*, metodología que permite coordinar la atención brindada a una persona o familia dentro de la red de salud. La elaboración de este plan inicia con la identificación, explicitación y evaluación de los logros personales, en términos de lo que la persona desea conseguir o alcanzar en cuanto al manejo de su enfermedad. El paciente participa activamente en la elaboración del plan, que además debe involucrar a todos los demás agentes o instancias que intervienen en la consecución de esos logros (65).

Una estrategia ampliamente utilizada a nivel mundial es la **gestión de casos**. Aunque este término se ha utilizado para una amplia gama de intervenciones, el elemento común es que una persona o grupo de personas especialmente designadas para esto coordinan las acciones destinadas a dar respuesta a todas las necesidades del usuario del servicio (80). En el caso de la atención en salud un miembro del equipo de salud asume la responsabilidad de identificar las necesidades, y de elaborar y dar seguimiento al plan individual de cuidados. Sus principales tareas son la comunicación con el paciente y la coordinación con y entre diferentes prestadores de los servicios de salud y sociales requeridos. La gestión de casos se ha usado en la atención de las personas más vulnerables como niños, pacientes crónicos con multi-morbilidad y pacientes sin seguridad social (81–83).

En su protocolo de revisión sistemática Freund y colaboradores (84) afirman que la gestión de casos representa un componente importante de la atención a pacientes con patologías crónicas en la APS. Numerosos estudios han evaluado su

eficacia y efectividad sin poder llegar a resultados concluyentes. Un estudio en establecimientos de APS que atienden personas indigentes en Estados Unidos encontró que una intensiva gestión de casos mejora su seguimiento por parte del equipo de salud y reduce la utilización de los servicios de emergencia y los costos de atención de los pacientes con enfermedades crónicas (82). Sin embargo, solo la mitad de los 16 artículos revisados por Khanassov y colaboradores muestran efectos en cuanto a la reducción de las hospitalizaciones o visitas a servicios de urgencia luego de implementar la gestión de casos en poblaciones vulnerables (81).. Smith y colaboradores realizaron una revisión de 12 estudios que evaluaban la efectividad de la gestión de casos, sola o acompañada de otras medidas de mejoramiento de la atención, dirigidas a incrementar la integralidad de la atención a personas con multi-morbilidad en el contexto de APS. Este análisis no mostró diferencias significativas en cuanto a los resultados clínicos (83).

Algo similar es lo que reportan Minué-Lorenzo y Fernández-Aguilar en su revisión de los diferentes modelos y estrategias implementadas en España para el manejo de pacientes con patologías crónicas, que los lleva a afirmar que más que nuevos modelos, lo que se requiere es el fortalecimiento de la APS. La evidencia que sustenta la implementación de los modelos de Cuidados Crónicos (descrito a continuación) y Kaiser Permanent (estratificación de los pacientes por su nivel de complejidad y necesidades de atención), así como la reorganización de la atención, la gestión de casos, la existencia de profesionales de enlace, el uso de protocolos o guías de práctica clínica, la planificación del alta hospitalaria, existencia de paciente experto, el uso de tecnologías que favorecen el autocuidado o la información y comunicación, es, en general, débil o no concluyente (85).

En Chile, Poblete y colaboradores se encuentran realizando una evaluación de costo- efectividad de la implementación de la gestión de casos para el manejo de pacientes con hipertensión (HTA) o DM2 en establecimientos del primer nivel de atención. La intervención consiste en la asignación de una enfermera de cabecera a cada paciente. Ella realiza un diagnóstico integral inicial tanto de la condición física y mental del paciente, como de las prestaciones y prescripciones que ya recibió

para el manejo de su enfermedad. Con base en esta evaluación ella asigna al paciente a un protocolo estandarizado de prestaciones, que, de acuerdo a las normas y guías GES, toma en cuenta el nivel de riesgo cardiovascular y el grado de compensación alcanzado por cada paciente. Además, ella solicita y gestiona la realización de los exámenes faltantes y organiza el siguiente control con un profesional. La activación del *protocolo de gestión de casos* registrada en la ficha clínica permite la identificación y seguimiento del manejo y la evolución clínica de cada caso. Un técnico paramédico revisa mensualmente la ficha clínica para verificar que el paciente esté recibiendo todas las prestaciones consignadas en su protocolo de manejo, gestionando personalmente las citas faltantes. Los resultados iniciales de la aplicación de estos procedimientos no muestran diferencias significativas entre el grupo intervenido y el de control: el porcentaje de pacientes con diabetes compensada permanece bajo en ambos (86).

En esta sección se describieron las principales características y elementos de la Atención Primaria de Salud, que constituye la base para el diseño y la implementación de las prestaciones dirigidas a las personas con DM2 por parte del sistema público de salud de Chile. En el siguiente capítulo se detalla el otro elemento en que se sustenta esta atención: el Modelo de Cuidados Crónicos.

2.3.2 Modelo de Cuidados Crónicos

2.3.2.1 Elementos y propósitos del Modelo de Cuidados Crónicos

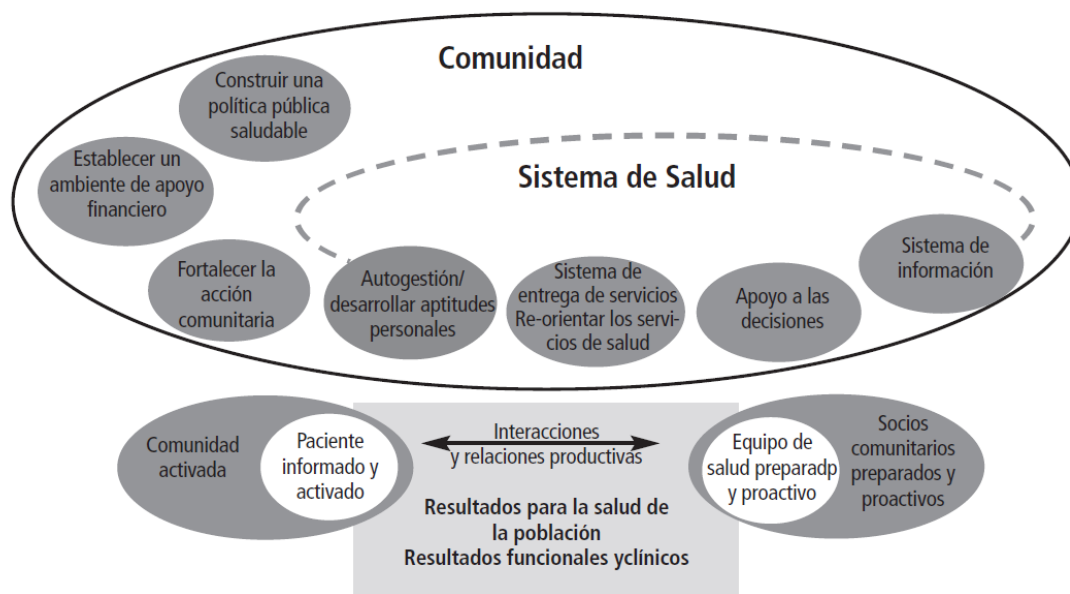
El Programa de Salud Cardiovascular de Chile está basado en el Modelo de Cuidados de Personas con Enfermedades Crónicas desarrollado en el año 1998 por el Centro MacColl para la Innovación en Atención en Salud del *Group Health Research Institute* de Estados Unidos (87). El modelo se basa en la propuesta de Wagner de reorganizar cinco áreas de intervención en el manejo de pacientes crónicos en un sistema integrado dentro de la APS: utilización de protocolos de atención; reconocimiento de los sistemas de práctica y los roles de los prestadores de salud; mejora en la educación del paciente; incremento en el acceso a experticia; y mayor disponibilidad de información clínica (88).

El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) tiene como propósito lograr pacientes más sanos, prestadores de atención más satisfechos, y al mismo tiempo, reducir costos. Se identifican los siguientes elementos clave para brindar cuidados de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas: comunidad, sistema de salud, auto-cuidado, sistema de provisión, soporte a la decisión y sistemas de información clínica. Para cada elemento se desarrollan iniciativas de cambio basadas en evidencia y fomentadas por la interacción productiva entre un paciente informado que participa activamente en su cuidado y equipos de salud proactivos que aportan recursos y su experticia. Sus principales estrategias son:

- apoyo a la toma de decisiones del equipo de salud a través de la integración de las recomendaciones de las guías clínicas en la práctica clínica habitual
- apoyo para el auto-cuidado, que enfatiza el rol central que tiene el paciente en su propio tratamiento
- diseño de la provisión de los servicios de salud, cuyo foco es el trabajo en equipo al servicio de las necesidades de los pacientes
- desarrollo de sistemas de información que permitan un seguimiento y monitoreo de los aspectos relevantes para el control de los pacientes (16).

El MCC fue actualizado en el 2003 por un grupo de expertos quienes incorporaron los nuevos conocimientos provenientes de la literatura científica especializada y de las experiencias de implementación en diferentes sistemas de salud. Se adicionaron cinco elementos: seguridad del paciente, competencia cultural y gestión de casos, coordinación de la atención /cuidados en el marco de los sistemas de información clínica y de gestión, y políticas comunitarias (87). El *modelo de cuidado extendido* desarrollado por Barr y colaboradores (ver ilustración 5) agrega el desarrollo y alianzas con organizaciones de base comunitaria para fortalecer la prevención y promoción, así como la incorporación de los determinantes sociales de la salud en el manejo de la diabetes (89).

Ilustración 5: Modelo de Cuidados Crónicos extendido



Fuente: Barr et al 2003 (89)

Este modelo fue adaptado y adoptado por la OPS para el abordaje de las enfermedades crónicas en reconocimiento que la gran mayoría de las personas con estas patologías no recibe un tratamiento apropiado, bien sea por falta de diagnóstico, de acceso a la atención, por una inadecuada gestión clínica o por problemas organizacionales. Para contrarrestarlo, proponen proporcionar seguimiento personalizado y cuidados oportunos y continuos, a fin de prevenir o retrasar las complicaciones que causan discapacidad y muerte prematura (90).

Cabe mencionar que Starfield (77) cuestiona la necesidad y pertinencia de establecer programas específicos para ciertas (tipos de) patologías, argumentando que eso puede resultar contraproducente al enfoque centrado en las personas (no en la enfermedad). En respuesta, Wagner afirma que su modelo no está dirigido a las enfermedades, sino que propone modificaciones en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud, siempre en el marco de la APS, a fin de adaptarlos a las particulares necesidades de los pacientes con ECNT (91).

OPS recomienda la implementación simultánea de todos los componentes del MCC, integrándolos con los programas preexistentes en APS, siempre bajo el

enfoque de cuidados integrales y centrados en el paciente. Esto debe ser complementado con atención especializada, exámenes de laboratorio y servicios de hospitalización y rehabilitación para los casos que lo requieran, siendo imprescindible garantizar la continuidad de atención. Otras recomendaciones se refieren al acceso universal y a sistemas de información que permitan monitorear la calidad de la atención, así como al apoyo al autocuidado, al fortalecimiento de las políticas multisectoriales y a orientar las actividades hacia la prevención y la promoción de la salud, reforzando la participación comunitaria. Por último, se promueve una reorientación de los servicios de salud, a fin de crear una *cultura de cuidados crónicos* que incluya *cuidados proactivos basados en la evidencia*, así como estrategias de mejoramiento de la calidad, reconociendo la necesidad de reconfigurar y brindar capacitación continua a los equipos de salud.

El documento afirma que un contexto político favorable resulta esencial para que el MCC tenga resultados positivos en términos de disminución de la carga de enfermedad; para lo que hay tener en cuenta el financiamiento, la legislación, las competencias del recurso humano y sus capacidades de asociatividad, liderazgo y abogacía (90). La revisión bibliográfica hecha por Kadu y Stolee muestra que los principales aspectos que influyen la implementación del MCC en la APS son: la organización interna de la institución, el liderazgo y las redes y comunicación; también influye la forma en que se da el proceso mismo de implementación y las características individuales del prestador de salud (92).

2.3.2.2 Aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos en pacientes con diabetes

El MCC propone la integración de los cuidados para todas las condiciones crónicas, dada la frecuente coexistencia de varias de ellas en un mismo paciente y el que todas ellas plantean similares demandas para los prestadores y los sistemas de salud, además de compartir los mismos factores de riesgo y por tanto iguales acciones preventivas (90). Sin embargo, se encontraron estudios que, aún abarcado otras patologías del ámbito cardiovascular, se referían específicamente al manejo de pacientes con diabetes. Estos son presentados a continuación.

Una revisión sistemática realizada por Baptista y colaboradores en el 2016 (93) incluyó 12 reportes de estudios aleatorizados controlados que evaluaban el impacto de intervenciones basadas en uno o más de los elementos del MCC de al menos tres meses de duración, sobre los resultados clínicos (HbA1c y/o mortalidad) de los pacientes con diabetes tipo 2. Se comparaban los logros terapéuticos obtenidos por los pacientes atendidos con el nuevo modelo con aquellos que siguieron recibiendo la atención habitual y casi todos fueron efectuados en establecimientos del primer nivel de atención en Estados Unidos (94–100), uno en Bélgica (101), uno en Gran Bretaña (102) y uno en la consulta externa de un hospital en Hong Kong (103); no se incluyeron investigaciones realizadas en países en desarrollo.

Todos los estudios analizados incorporaban algún elemento de reorganización del servicio, en su mayoría relacionado con el liderazgo, el flujo de información y la coordinación entre actores. También habían implementado estrategias para el mejoramiento de las decisiones clínicas (protocolos de manejo, decisiones compartidas) y de los sistemas de información. Los cambios más importantes realizados fueron los referidos a la organización de la provisión de servicios con el desarrollo de nuevas formas de atención (por pares, asistido por computadores o vía internet) a fin de garantizar continuidad, y de sistemas para planificar el cuidado a largo plazo, restringiendo las consultas a libre demanda a casos excepcionales. Nueve investigaciones incorporaban intervenciones para fortalecer el auto-cuidado por parte de los pacientes y sus familias (94–97,99–104), pero solo una incorporaba el elemento de movilización o utilización de recursos comunitarios (95).

Estos artículos muestran resultados positivos en términos de los indicadores de proceso (auto-cuidado, dieta, realización de exámenes, estilos de vida), pero solo seis estudios (94,97,100,101,103,105) lograron demostrar una diferencia significativa en los valores de HbA1c entre la pre- y post- intervención al comparar al grupo intervenido con el de control. En general, los estudios que demostraron mayor efectividad en la implementación fueron aquellos en que la intervención abarcaba varios componentes del MCC. Estos datos, sin embargo, deben ser analizados a la luz de las limitaciones relacionadas con el escaso número de

pacientes, el corto periodo de seguimiento de varios de estos ensayos, así como que la mayoría de los pacientes y sus prestadores de salud sabían a cuál grupo pertenecían. Por lo tanto, la conclusión de los autores de que la combinación de los seis elementos del MCC lleva a mejores resultados clínicos, no está suficientemente sustentada en la evidencia, aun cuando la información obtenida de la revisión podría estar indicando esa tendencia.

Una revisión sistemática previa (106) incluyó 16 investigaciones realizadas en establecimientos de atención primaria de los Estados Unidos referidas a intervenciones que estuvieron basadas en el MCC original y cuyos resultados fueron publicados entre enero del 1999 y octubre del 2011. En estos estudios los sistemas de atención fueron reorganizados para optimizar la coordinación de los cuidados, y a la vez que mejorar e informatizar los registros clínicos y epidemiológicos. Esto sirvió de base para el establecimiento de metas terapéuticas centradas en el paciente y para monitorear su progreso e identificar brechas en la continuidad del cuidado. También se capacitó a los profesionales de la salud para que basaran sus indicaciones en la evidencia científica disponible y se impartió educación orientada a fortalecer el autocuidado, pero al igual que en la revisión presentada arriba (93), el componente comunitario y de influencia en las políticas públicas solo estuvo presente en siete de los estudios analizados.

El análisis de la información obtenida por esta revisión evidenció que la implementación de ese modelo redundó en un mejor manejo de los pacientes con diabetes. En general, se encontró un descenso del 1% en el valor medio de HbA1c entre pacientes atendidos con el nuevo modelo, así como mayores tasas de cumplimiento de los exámenes complementarios: tamizaje de pie diabético, fondo de ojo, laboratorio, etc. El fortalecimiento de la educación para el autocuidado mediante consejerías individuales, talleres grupales, y el uso de tecnología de la comunicación repercutió en un mayor logro de las metas terapéuticas, así como en una mejor situación psicológica y de calidad de vida de los pacientes. La implementación de guías o protocolos de manejo clínico llevó a un rediseño de la forma de provisión de atención para pacientes con diabetes, estableciéndose

procedimientos adaptados a cada contexto local. Esto a su vez produjo mejor adherencia al tratamiento y una disminución en el nivel de HbA1c.

El apoyo de los sistemas de información resultó clave porque su diseño permitió que todo el equipo de salud pudiera acceder oportunamente a la información actualizada sobre el paciente, lo que facilitó la toma de decisiones clínicas acertadas y la identificación de brechas en el cumplimiento de los protocolos y en la continuidad de la atención. Además, esta información fue utilizada para mejorar los sistemas de seguimiento y para optimizar la gestión de los servicios de salud dado que se tenía mayor control sobre el uso de los recursos. En los siete estudios en que se reportó una estrategia de colaboración entre los prestadores y la comunidad, esta conllevó a una movilización de los recursos comunitarios, a mayor acceso a las fuentes de información y/o financiamiento, y a un mayor apoyo de las autoridades políticas (106).

2.3.2.3 Aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos en Chile

En las experiencias recogidas en el documento de OPS en cuanto a la implementación del modelo, o de alguno de sus componentes, en los países de la región, solo se mencionan dos proyectos chilenos, ambos relacionados con el manejo de pacientes con diabetes: el de *Apoyo Tecnológico para el Automanejo de Condiciones Crónicas de Salud* y el de *Gestión de Casos para el manejo de pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la Atención Primaria*. Por su parte, el Plan AUGE y sus garantías explícitas es mencionado como un ejemplo de liderazgo y abogacía para mejorar las condiciones contextuales de implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (90).

El primer proyecto fue desarrollado por la Pontificia Universidad Católica de Chile entre el 2005 y el 2010 y buscaba fomentar la participación activa del paciente y su familia en las decisiones referentes al manejo de su salud. Luego de 15 meses de seguimiento se encontraron diferencias favorables al grupo que recibió apoyo tanto en los valores de HbA1c y el cumplimiento de citas médicas, como en la reducción de las consultas de urgencia y el aumento de la satisfacción del paciente.

Sin embargo, dado que la asignación al grupo control e intervención no se realizó de manera individual sino por establecimiento y a que se utilizaron instrumentos de autoreporte para la medición de las prácticas de automanejo, estos datos no permiten derivar conclusiones generalizables (107). El segundo es el estudio sobre la gestión de casos (86) ya descrito en la sección 2.3.1.3.

En resumen, la reestructuración de los servicios de atención primaria, desde un enfoque sistémico centrado en las necesidades que plantea el cuidado integral de las condiciones crónicas demuestra ser efectiva para mejorar las condiciones clínicas y el bienestar de los pacientes con diabetes. Sin embargo, el modelo mismo, y más aún su implementación, privilegia los aspectos individuales (acceso y calidad de atención, con énfasis en el seguimiento, adherencia al tratamiento, cambios en estilos de vida), desconociendo los condicionantes sociales que los subyacen, lo que podría contribuir a explicar sus resultados.

Antes de analizar esos condicionantes se profundizará en lo que constituye el elemento central de los dos modelos previos y representa el objeto de estudio de esta tesis: la atención en salud, y en particular su calidad. En la siguiente sección se presentan los aspectos conceptuales y los mecanismos de gestión de dicha calidad, especificándolos para el caso de la atención de personas con DM2.

2.4 Calidad de Atención

2.4.1 Concepto e importancia de la calidad de atención

El concepto de calidad es polisémico y multifacético; está en función tanto de los valores de la sociedad como de las expectativas de los diferentes actores involucrados en el proceso. Donabedian, autor en que se basa gran parte de la literatura sobre calidad en la atención en el sistema de salud, advierte que su definición implica una reflexión sobre los principios y propósitos de dicho sistema. Es necesario establecer si estos se enfocan exclusivamente en la interacción entre el paciente y su prestador orientada a la maximización de sus efectos sobre la salud, lo que él denomina una *concepción absolutista*, o incluyen también aspectos

sociales como la justa distribución de los recursos disponibles (20). Para construir una definición de calidad de atención se debe considerar tanto el balance entre los beneficios esperados y los riesgos previsibles, como la conformidad del proceso con las expectativas de los pacientes y las normas sociales y profesionales vigentes en el contexto en que esta se desarrolla (108).

La definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos corresponde a lo que Donabedian denominaba una *concepción individualista* de la calidad de atención ya que se concentra en la posibilidad de obtener los resultados deseados mediante las acciones realizadas por los servicios de salud (21). Por su parte, Campbell y colaboradores plantean que calidad de atención implica que los usuarios reciban los cuidados o las prestaciones que necesitan y que estas sean tan efectivas como deben ser, aclarando que la efectividad abarca los aspectos clínico-técnicos y relacionales de la atención. Los autores afirman que el concepto de calidad cobra mayor sentido cuando se aplica al ámbito individual de la interacción entre el usuario y el servicio de salud, pero reconocen la importancia de considerar el contexto en que esta se produce, introduciendo así los principios de equidad y eficiencia (109)

La OMS (2006) presenta dos argumentos centrales para promover la calidad en los sistemas de salud: hay evidencia que señala que la calidad de atención continúa siendo deficitaria, existiendo gran variabilidad en los estándares dentro y entre los sistemas de salud, y el logro de mayores coberturas y la optimización de recursos que se llevan a cabo en países en desarrollo no debe ser a expensas de la calidad. Se reconoce además la importancia de la organización de la prestación en salud ya que una mayor disponibilidad de conocimientos, tecnologías y recursos por sí sola no necesariamente incrementa la calidad (22). De manera similar, el manual para la implementación del MAIS en Chile sostiene que el cada vez mayor uso de tecnologías incrementa el riesgo de producir daño con las intervenciones realizadas, pero señala que el principal justificativo para vigilar y mejorar la calidad de las prestaciones de salud son las consideraciones éticas referidas a la actitud del prestador y el marco legal vigente, en especial en lo referido a los derechos y la seguridad del paciente (65).

2.4.2 Dimensiones de la calidad

No existe acuerdo sobre los elementos que componen y deben ser incluidos en la medición de la calidad de la atención en salud. Muchas propuestas se basan en las tres dimensiones o ámbitos identificados por Donabedian:

- De *estructura o insumo*: características o atributos de los lugares y sistemas que brindan atención, así como sus recursos y formas organizativas
- Del *proceso*: relacionada con qué y cómo se entregan los servicios a las personas.
- De los *resultados*: efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Es importante tener presente que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso, y este a su vez favorece la obtención de buenos resultados, pero que esta relación no es lineal ni causal (20).

La OMS afirma que para que haya calidad, la atención debe ser: efectiva, eficiente, accesible, aceptable y centrada en el paciente, equitativa y segura (22). El énfasis en alguno de estos aspectos depende del enfoque; por ejemplo, el Instituto de Medicina de Estados Unidos propone que los esfuerzos se orienten a incrementar su efectividad, eficiencia, equidad, y oportunidad mediante una atención centrada en el paciente y en su seguridad. Sin embargo, de todas estas, privilegió la seguridad y oportunidad de la atención, así como una adecuada interacción entre el paciente y su prestador (21).

En Chile, el manual para la implementación del MAIS identifica las siguientes dimensiones de la calidad de atención:

- *Calidad científico-técnica*, también llamada competencia profesional y referida a la capacidad de los prestadores para utilizar sus conocimientos (y sus habilidades) en el abordaje de los problemas
- *Eficacia*: beneficio que otorga, abajo condiciones ideales, la aplicación de una tecnología a un individuo

- *Efectividad*: beneficio obtenido por una población de la aplicación de una tecnología en condiciones normales
- *Eficiencia*: máximo de efectividad al mínimo costo
- *Accesibilidad*: facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con la capacidad de superar las barreras que lo impiden
- *Satisfacción*: medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante, cumple con las expectativas del usuario; percepción de este sobre la atención y sus reacciones consecuentes (65).

Estas aproximaciones han sido cuestionadas con el argumento que las formas de evaluación que derivan de ellas no permiten dar cuenta de la complejidad implicada en el concepto de calidad de atención. Se advierte que gran parte de los esfuerzos por mejorar la calidad se han enfocado en el aumento del acceso y la utilización de los servicios, asumiendo que el incremento de la cobertura automáticamente mejora la calidad. Además, muchas de las estrategias de mejoramiento de la calidad han trabajado desde el lado de la oferta, incrementado los recursos disponibles o estandarizando procesos mediante el uso de protocolos o guías clínicas, pero dejando relegada o incluso olvidada la atención centrada en el paciente. Un comentario publicado en julio 2018 en Lancet sobre tres reportes referidos a la calidad de atención afirma que, sin esta, los esfuerzos para lograr cobertura universal no solo representarán una inversión inútil, sino serán riesgosos por posibilitar un sobreuso de intervenciones inadecuadas o potencialmente peligrosas no centradas en el paciente ni basadas en evidencia. Incluso se menciona un posible aumento en la inequidad, inseguridad financiera, colusión y corrupción dentro del sistema de salud (110).

Hanefeld y colaboradores (23) plantean que la calidad de atención está dada por la interacción entre el paciente y su prestador de salud y por la forma en que los insumos son convertidos en resultados por los sistemas de salud, es decir por la efectividad clínica de los procesos que ahí se desarrollan. Buena parte de estos procesos son atribuibles a las conductas y actitudes del prestador, siendo este un buen punto de entrada para mejorar la calidad. Estos autores desestiman el valor

de los resultados medidos en términos de la condición de salud, ya que estos dependen de la variabilidad e impredecibilidad de los pacientes, y marcan una importante distinción entre la atención innecesaria y la que resulta dañina. Considerando lo anterior, estos autores plantean seis aspectos en torno a los cuales proponen discutir el concepto y las formas de medición de la calidad:

- a) la utilización de los servicios de atención, aclarando que no se trata de un indicador de la calidad sino más bien del resultado de la percepción que las personas tienen sobre la calidad de la atención
- b) las vivencias de los pacientes en relación con la calidad no es un fenómeno puntual, sino que se produce a lo largo del tiempo.
- c) la capacidad de responder a las necesidades particulares de cada paciente, tomando en cuenta sus características relativas a edad, género, condición migratoria y etnia, así como sus preferencias personales.
- d) los factores denominados “*upstream*”, tales como la capacidad institucional, las normas (implícitas o explícitas) que rigen el ejercicio profesional y los marcos legales en que se desarrolla la atención. Todos estos inciden en la continuidad de la atención y se expresan en una adecuada gestión del caso a través de los diferentes niveles del sistema de salud.
- e) la calidad es un constructo social co-producido por los individuos, las familias, las redes sociales y los prestadores de atención, por lo que no puede ser entendida como externa a las normas, relaciones sociales y valores predominantes en la sociedad, incluyendo las relaciones y el manejo del poder.
- f) implicaciones de todo lo anterior para la medición de la calidad, en que se propone el uso de métodos y enfoques mixtos que permitan evaluar tanto la calidad técnica como la percibida por el paciente. Esto llevará a un entendimiento y explicación más detallada y precisa de la interacción entre los pacientes y el sistema.

Resulta imprescindible considerar no solo la calidad técnica, medida por el apego a las recomendaciones dadas en los protocolos de atención, sino también la aceptabilidad y la confianza que se desarrolla entre el paciente y su prestador de

salud, así como los valores implicados en esto, aspectos que se engloban bajo el concepto de calidad percibida (23). Este debería trascender la mera medición de la satisfacción del usuario, que frecuentemente constituye el único aspecto evaluado desde la demanda (25,26) e incluir por ejemplo resultados de la atención desde los intereses y prioridades de los pacientes e incluso de la población en general (24).

Cabe señalar que ya en 1992 Donabedian proponía ampliar el rol de los usuarios en el aseguramiento de la calidad de atención, incluyéndolos no solo como evaluadores o informantes, sino como participantes en la definición de la calidad y de los aspectos a ser tomados en cuenta para su evaluación. Esta participación debe abarcar ambas dimensiones de la calidad: técnica y relaciona, e incluir aspectos referidos a la comodidad y confort del paciente (“*amenities*”), lo que se justifica dada la importancia de considerar las preferencias y las vivencias de los usuarios. Este autor diferencia entre la satisfacción del usuario y su experiencia en la interacción con el sistema de salud, siendo esta última la que se debe considerar en la definición y evaluación de la calidad, porque incluye tanto la adecuación de la atención a las características individuales, cómo su grado de concordancia con las necesidades y propósitos que tiene la persona que busca atención (111).

La atención centrada en la persona es una categoría central de estas propuestas dirigidas a compartir la responsabilidad y el poder en los cuidados de la salud (112,113). Para eso resulta imprescindible conocer y entender las experiencias de los usuarios en su relación con los prestadores y las instituciones de salud, incorporando esta información en todos los niveles de toma de decisión, desde el ámbito clínico individual hasta la gestión y la elaboración de políticas. Millenson profundiza en esta línea proponiendo una *salud colaborativa*, en la que las acciones en salud son adaptadas a las circunstancias vitales de todos los involucrados (114). Adoptar la perspectiva del paciente hace que las instituciones pasen de una relación episódica a una continua con la población que atienden, lo que plantea nuevos retos a su organización (115).

Locock y colaboradores también recomiendan la incorporación de estas experiencias en la atención de salud a fin de crear una práctica médica en la que

tanto las formas de entender el problema, como las decisiones sobre su terapéutica sean compartidas. Este compartir va más allá del mero intercambio de información: valora la interacción social en sí misma y la creación de lazos de confianza que permiten el reconocimiento e incorporación de diferentes perspectivas, expectativas y valores. La estrategia para lograr esto es la narrativa: el paciente cuenta su experiencia y esta información es tomada en cuenta en el manejo clínico (112). La Vela y Gallan elaboraron una propuesta para recoger y analizar las narrativas referidas a las vivencias de los pacientes en torno a su enfermedad, las terapéuticas y su relación con el sistema de salud (116) descrita en el capítulo 5. La narrativa de experiencias ha sido aplicada en investigaciones sobre el manejo de condiciones crónicas (46,117–119) y como estrategia de intervención terapéutica en actividades de la esfera preventiva, especialmente en las dirigidas a reforzar el auto-cuidado y autoestima de pacientes considerados vulnerables (120,121).

La revisión sistemática realizada por Doyle y colaboradores permite afirmar que existe una fuerte asociación entre las experiencias del paciente y la seguridad y efectividad de la atención, además de favorecer una perspectiva más comprensiva del sistema de salud. Esta vinculación se evidencia en un amplio espectro de escenarios, programas de control de enfermedades específicas y diseños de investigación. Resulta consistente en las diferentes maneras de evaluar los resultados: desde la percepción del paciente hasta la medición del estado de salud de la población, pasando por indicadores referidos a la calidad en el proceso de atención. Sin embargo, para estos autores la principal razón para considerar la experiencia del paciente, más que estas consideraciones de corte utilitario, son los derechos humanos (122). Anhang-Price y colaboradores confirman lo anterior al revisar reportes sobre los resultados de la encuesta CAHPS (*Consumer Assessments of Healthcare Providers and Systems*) aplicada en los servicios públicos de salud de Estados Unidos. Ellos encuentran una asociación entre la experiencia positiva en la atención y un incremento en la adherencia a la prescripción farmacológica y de cambios en los hábitos de vida, mejores resultados clínicos y menor utilización de los servicios de salud. Estos autores recomiendan su inclusión en la toma de decisiones clínicas y en intervenciones de salud pública

como por ejemplo, el pago por desempeño (123). A conclusiones similares llegan Brundisini y colaboradores luego de realizar una meta-síntesis de 86 estudios cualitativos que exploran la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DM2: identifican que los pacientes describen las barreras en términos de dificultades para adaptar la prescripción a sus rutinas diarias y estilos de vida, mientras que los prestadores presumen que los pacientes requieren mayor información sobre los aspectos biomédicos de la enfermedad. Con base en este hallazgo, los autores recomiendan incluir la perspectiva y los valores culturales y sociales del paciente en la atención (124).

Muzurenko y colaboradores por su parte, exploraron la experiencia de los pacientes con DM2 atendidos dentro del modelo de *hogares médicos centrados en el paciente* instaurado en los Estados Unidos. Este modelo propone fortalecer una relación médico-paciente horizontal y personalizada, donde el poder y la responsabilidad sobre el manejo clínico sean compartidos. Los pacientes expresaron que se sentían cómodos y cuidados por su médico, pero preferían adoptar una conducta pasiva ante la toma de decisiones clínicas ya que pensaban que su responsabilidad primordial era “cambiar su estilo de vida”. Además, para muchos de ellos, la diabetes era una preocupación secundaria. Los autores resaltan la importancia de entender estas percepciones y expectativas a fin de mejorar la calidad de atención (113). En esta misma línea, el editorial publicado en el Boletín de la OMS dedicado a calidad de atención, advierte sobre la falta de inclusión de la percepción de los usuarios, y plantea que la atención de las patologías crónicas requiere complejizar la forma habitual de medir la calidad (27).

2.4.3 Gestión de la calidad de atención

La gestión de calidad es un proceso cíclico, cuyo elemento central es la decisión sobre las intervenciones a implementar a fin de lograr un mejoramiento en los resultados y mayores beneficios para los usuarios del sistema. Donabedian definió el aseguramiento de la calidad como una actividad que busca obtener información sobre el desempeño clínico y sobre esa base, reajustar las circunstancias y procesos de la atención de la salud (111). Se trata de estimular a

los tomadores de decisión para que realicen un exhaustivo análisis de la situación y una revisión concienzuda de los objetivos y metas antes de realizar los cambios, mismos que deberían estar basados en la mejor evidencia disponible sobre su efectividad e impacto. Sin embargo, se reconoce que en el ámbito de la organización y gestión de los sistemas de salud la evidencia no es neutra, y que, dada su complejidad y alta dependencia de factores contextuales, los efectos de las intervenciones nunca son completamente previsibles. Esto implica que la interpretación de la información disponible y obtenida siempre debe hacerse con participación de los involucrados en la gestión de la calidad; es decir con los usuarios y prestadores de atención en salud, además de las instancias encargadas del diseño de las políticas y estrategias del sector (22).

El modelo más conocido del proceso de mejoramiento de la calidad contiene cinco etapas: entender la situación o el problema, planificar, actuar, evaluar los resultados, y planificar nuevas acciones. La OMS (22) propone simplificarlo en tres elementos con un total de siete actividades:

- a) análisis: incluir a los actores, analizar la situación e identificar o reconfirmar las metas en salud
- b) estrategias: definir las metas de calidad y seleccionar las intervenciones
- c) implementación: implementar las intervenciones y monitorear el proceso.

Existen numerosos modelos y un sinnúmero de herramientas para la gestión de la calidad, muchas de ellas aplicables al sector público de salud, aunque originalmente fueran desarrolladas para el sector privado. Los modelos más conocidos son el de la Organización Internacional de Estandarización, ISO por sus siglas en inglés, cuya norma ISO9001:2008, que establece los requerimientos para el sistema de gestión de calidad de una organización, ha sido frecuentemente aplicada al sector salud. Otros sistemas muy usados son el de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en Estados Unidos y el de la Fundación para la Gestión de la Calidad de la Unión Europea (125).

En Chile, la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión del año 2004, establece que la fijación de estándares, así como la definición de los sistemas de acreditación y certificación de especialidades y la elaboración de protocolos de atención que garanticen la calidad y seguridad de la atención de salud son funciones del MINSAL. Esta ley determina que esos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, siendo iguales para el sector público y privado. Se establece un sistema de acreditación para todos los prestadores institucionales, que evalúa el cumplimiento de los estándares mínimos referidos a condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, y competencias de los recursos humanos; también existe un detallado sistema para la certificación de prestadores individuales. La Ley de Garantías Explícitas en Salud (19.966) establece que existe calidad, considerada como la cuarta garantía, cuando el prestador está acreditado y los profesionales que lo atienden están certificados (65).

En Diciembre del 2012 se promulgan las leyes 20645 y 20646, que crean y otorgan, respectivamente, una asignación presupuestaria para el mejoramiento de la calidad de trato al usuario por parte del personal de la APS municipal (126,127). En el reglamento de estas leyes se especifica que: *“la calidad del trato se relaciona directamente con la calidad de servicio y puede ser medida a través de indicadores asociados a la calidad de atención u otros estándares definidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (del MINSAL), como también a través de la satisfacción percibida por los usuarios basada en los atributos del servicio entregado”* (129:2). Esta asignación es entregada al establecimiento con base en los resultados de encuestas y grupos focales que evalúan y miden la calidad del trato percibida por los usuarios. El instrumento desarrollado por la Universidad de Chile incluye preguntas referidas a aspectos generales (presentación, vestimenta e identificación del personal, limpieza del consultorio, tiempo de espera para ser atendido) además de tres acápite referidos al trato recibido por parte de los administrativos, los técnicos y paramédicos y los profesionales. En estos, el usuario evalúa la amabilidad, cortesía e interés del personal, la rapidez en la atención, la disposición

a escuchar y entender lo dicho por el paciente, la generación de confianza y, para los profesionales, la posibilidad de opinar sobre el problema de salud y su tratamiento. El cuestionario cierra con una escala numérica para la evaluación general del trato recibido (129).

La vigilancia y el control de las instituciones de salud, así como la fiscalización del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación de los prestadores y de las garantías antes mencionadas, está a cargo de la Superintendencia de Salud. Esta tiene la misión de “*proteger y promover los derechos en salud de las personas, con relación a FONASA, ISAPRES y prestadores*” (126:1).

2.4.4 Gestión de la calidad de atención a pacientes con diabetes en APS

La adecuada atención de las personas con DM2 por parte de los sistemas de salud puede contribuir significativamente a disminuir las complicaciones de la enfermedad y al bienestar del paciente, por lo que es importante contar con procedimientos y herramientas que permitan una evaluación comprehensiva de su calidad. A nivel mundial se ha encontrado gran variabilidad en el proceso de cuidado de estas personas, tanto en cuanto a la existencia y el cumplimiento de estándares, como en la relación del paciente con su o sus prestadores de salud. Estas diferencias no siempre parecen estar justificadas por una adaptación al contexto en que se desarrolla la atención, aunque muchas veces no se dispone de información confiable y específica sobre los factores que actúan fortaleciendo o debilitando la calidad (130). Es importante considerar que en el caso de las personas con patologías crónicas, su percepción de la calidad de atención puede variar considerablemente con el transcurso del tiempo y que esta no está dada solo por el paciente, sino por la red social que interviene en el manejo de su condición (23).

Dada la heterogeneidad y complejidad de los servicios ofrecidos y la multidimensionalidad de los resultados esperados, la medición de la calidad resulta especialmente difícil en la atención primaria. Una propuesta comprehensiva es la del grupo liderado por Starfield que desarrolló el instrumento PCAT (*Primary Care*

Assessment Tool), mismo que incluye los siguientes aspectos: acceso y primer contacto, continuidad, integración o coordinación, integralidad y temas específicos como competencia cultural, enfoque familiar y orientación comunitaria (131). Un estudio brasileño que compara el uso y la aplicabilidad de diferentes instrumentos de evaluación de la calidad, concluye que el PCAT es el más adecuado, sobre todo a fin de diseñar estrategias de fortalecimiento del modelo de salud familiar (132). Los PCAT para prestadores y usuarios adultos fueron adaptado culturalmente y validado por académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en el año 2016 (133).

Por su parte, Muñoz y colaboradores (134) construyeron y validaron un instrumento para medir la calidad técnica de la atención brindada por los servicios del primer nivel en Chile. Ellos establecieron 80 criterios claves para la evaluación del cuidado prestado a pacientes con seis patologías identificadas como relevantes por su prevalencia y por producir altas tasas de discapacidad o muerte, entre ellas la DM2. Los criterios considerados como primordiales para la evaluación de la atención en este contexto pueden ser resumidos en dos grandes dimensiones: acceso y efectividad, incluyendo esta última tanto una perspectiva técnica como de relaciones interpersonales.

En cuanto a la medición de la calidad técnica de la atención brindada a pacientes con DM2, Nicolucci y colaboradores proponen cuatro indicadores de proceso (examen anual de HbA1c y colesterol LDL, y tamizaje anual de neuropatías y retinopatía), dos de resultados proximales (control del nivel de HbA1c y del LDL colesterol) y tres de resultados a largo plazo (tasa de amputación de extremidades inferiores, enfermedad renal y mortalidad cardiovascular en personas con diabetes). Para su identificación se basaron en lo propuesto por la Alianza Nacional para el Mejoramiento de la Calidad en Diabetes de los Estados Unidos que considera su importancia, base científica y factibilidad de su utilización en los sistemas de salud de países pertenecientes a la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (135). En su reporte sobre la respuesta institucional ante la obesidad y la DM2 en México, Guthrie y Fleck resaltan la importancia de implementar estrategias

innovadoras para la detección precoz de nuevos casos, junto con un sistema de salud capaz de brindar atención de calidad a los pacientes que ya han sido diagnosticados. Para su evaluación, la Fundación Slim desarrolló un *Índice de Calidad de la Atención a los Pacientes con Diabetes* (136), pero no se encontraron reportes sobre su aplicación o resultados.

La mayoría de los indicadores establecidos para la evaluación de la calidad de la atención a personas con DM2 proviene de los estándares internacionales, mismos que reflejan la opinión de consenso de grupos de expertos que incluyen a profesionales de la salud y a pacientes con diabetes; en algunos casos incorporan también a otros tomadores de decisión tanto del ámbito de las políticas de salud y como de la atención directa. El sustento para la elaboración de estos estándares viene dado por la medicina basada en la evidencia, entendida como “*el uso juicioso de la mejor evidencia disponible de la investigación clínica, la que debe integrarse con la experiencia clínica del médico y conjugarse con los valores y preferencias que sobre el punto tienen los pacientes para tomar decisiones adecuadas relacionadas al cuidado de la salud*” (138:104). Si bien esta definición toma en cuenta la dimensión subjetiva tanto del médico como del paciente, frecuentemente estos aspectos son olvidados, privilegiando únicamente la evidencia científica cuyo valor se establece con base en el diseño metodológico que la origina. Esto hace que lo que es considerado como la mejor evidencia muchas veces se produzca en contextos diferentes a los de la APS (137,138).

A continuación, se presenta una descripción de las guías clínicas más reconocidas a nivel mundial para el manejo de los pacientes con DM2 con base en las cuales que se establecen los parámetros para la medición de la calidad de esa atención. Las guías clínicas son instrumentos que consolidan la evidencia científica y la trasladan a las características del paciente y del entorno en el que se desarrolla la atención, tomando en cuenta los recursos disponibles, las competencias de los prestadores, las prioridades establecidas y las preferencias de los pacientes (139).

2.4.4.1 Estándares internacionales de calidad de atención a personas con diabetes

La IDF, tanto en su primera guía para el manejo de personas con DM2 del 2005 (140) como en su actualización del 2012 (141), establece estándares mínimos para la atención de calidad. La guía actual incluye los siguientes aspectos: tamizaje y diagnóstico, prestación de atención, educación al paciente, atención psicológica, manejo de estilos de vida, control y tratamiento del nivel de glicemia, monitoreo clínico, y automonitoreo, control de la presión arterial, protección frente al riesgo, cuidado de los pies, daño neurológico; además de un apartado referido a la atención de personas mayores o pacientes hospitalizados con diabetes. Para cada uno de ellos desarrolla una propuesta de los aspectos a evaluar y construye indicadores numéricos, tanto del proceso como de sus resultados directos, que pueden ser utilizados para estas mediciones. Los estándares para la atención de seguimiento de pacientes con DM2 contemplan al menos un control semestral de la glicemia y uno anual del peso y de la presión arterial, así como fondo de ojo y evaluación de los pies y exámenes que permitan valorar el perfil lipídico, el riesgo cardiovascular, la presencia de neuropatía, de disfunción eréctil y la función renal una vez al año. Además, se recomienda evaluar el autocuidado, la capacidad para el automonitoreo, la adaptación de los estilos de vida y el estado sicosocial (141).

No existe un criterio único, aunque sí fuerte similitud, en cuanto a la frecuencia de los exámenes complementarios: los indicadores propuestos por la Alianza Nacional para el Mejoramiento de la Calidad en Diabetes de Estados Unidos proponen uno o más test anuales de HbA1c y LDL colesterol, tamizaje de nefropatía (microalbuminuria), retinopatía (fondo de ojo) y pie diabético durante el año en curso; así como un reporte anual sobre el hábito de fumar (135).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) por su parte, publica anualmente sus estándares para la atención médica; los de 2017 abarcan desde la promoción de la salud y la disminución de las disparidades a nivel poblacional, hasta los aspectos clínicos más específicos, pasando por la prevención de la aparición de diabetes tipo 2, el procedimiento para su diagnóstico y clasificación, una evaluación

médica exhaustiva y la detección de comorbilidades, manejo de estilos de vida incluyendo el autocuidado, el tratamiento “personalizado”, los objetivos y el tratamiento farmacológico relacionado con la glicemia, manejo de la obesidad, manejo del riesgo cardiovascular, las complicaciones microvasculares renales, retinopatía, neuropatías y el cuidado de los pies. Además describe especificidades de la atención en adultos mayores, niños y adolescentes y embarazadas; estableciendo estándares de calidad técnica basados en la evidencia científica disponible para cada uno de estos aspectos (142).

Para la reducción de disparidades, la estrategia recomendada por la ADA es la personalización de la atención, entendida como la evaluación, y posterior consideración del contexto social del paciente en las decisiones terapéuticas. Entre las condiciones a tener en cuenta se señalan: las diferencias étnicas, culturales y de género, la inseguridad alimentaria, la precariedad o inexistencia de una vivienda, las barreras idiomáticas y las dificultades de acceso a la atención en salud, con especial mención a la falta de seguro y a la inadecuación cultural de los servicios. Se propone además la vinculación del paciente con los recursos comunitarios disponibles, a los que se les reconoce una importante contribución en el fomento del autocuidado y el cambio de estilos de vida. Los determinantes sociales son mencionados en relación a la carga que implica la obesidad y los estilos de vida no saludables sobre la prevalencia de diabetes, señalado la necesidad de cambio, pero sin establecer líneas estratégicas que apunten al logro de ese propósito, salvo un llamado a realizar más investigaciones sobre el tema.

En cuanto a la atención centrada en el paciente, recomendada en el capítulo dedicado a la evaluación médica integral en el documento de la ADA, se sugiere que la comunicación con el equipo de salud debe incluir una escucha activa para conocerlo bien a él y a sus condiciones de vida, a fin de lograr mejores resultados. Enfatiza que el paciente debe asumir un rol activo en su cuidado, para lo cual recomienda la elaboración participativa de un plan de gestión de la enfermedad que contenga tanto las metas que se quieren alcanzar como las estrategias para lograrlo. La colaboración entre el paciente y el equipo de salud, así como de la

familia u otras personas que conforman su red social, es crucial para que dicho plan tome en cuenta las características individuales del paciente. Entre estas destacan: su edad, presencia de comorbilidades, expectativa de vida, hábitos alimentarios y de actividad física, habilidades cognitivas, preferencias y creencias, y competencias y barreras para el autocuidado.

Si bien se mencionan las condiciones de estudio o trabajo, la situación social y financiera y los factores culturales, se insiste en el fortalecimiento de las competencias individuales para el automanejo, mediante, por ejemplo, el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas y el soporte por parte de la familia. Se manifiesta que no se debe culpabilizar al paciente por la falta de adherencia a las prescripciones médicas, pero los argumentos utilizados giran en torno a la incoherencia entre esto y el objetivo que el paciente se involucre activamente en el manejo de su patología, afirmando que una actitud juzgadora por parte del profesional de la salud podría llevar a una percepción de incapacidad por parte del paciente o al no reporte de sus dificultades en el autocuidado (142). Algo similar se aprecia en el artículo que revisa el estado del arte del manejo clínico de la DM2 (54). Si bien aboga por una atención personalizada, casi todas las intervenciones descritas, incluyendo las de carácter preventivo, de educación y de autocuidado, están enfocadas en el manejo farmacológico.

Al revisar las guías anteriores de estas instituciones, se evidencia una progresiva incorporación de la dimensión relacional (140–142) en la que sin embargo, sigue prevaleciendo una mirada eminentemente biomédica, particularmente en el tipo de información intercambiada y los objetivos de esta comunicación. Incluso en los estudios orientados a conocer la opinión de los involucrados mediante la realización de entrevistas al personal de salud (130,143,144) o a pacientes, se privilegia esta visión por sobre la de los aspectos (inter-) subjetivos de la relación entre prestador y paciente. Tal es el caso por ejemplo, del instrumento de evaluación de la atención a enfermedades crónicas (PACIC) desarrollado por Glasgow y colaboradores (28) y validado por el equipo de Drewes (145) para su uso en personas con diabetes.

2.4.4.2 Estándares chilenos de calidad de atención a personas con diabetes

Como ya se mencionó, de acuerdo a la normativa legal vigente, la atención a las personas con DM2 en todo el sistema de salud chileno debe basarse en la guía de manejo clínico elaborada por el MINSAL, cuya última versión data del 2010 (16). A continuación, se resumen los contenidos de la misma que resultan pertinentes para esta investigación.

En cuanto al **diagnóstico** de la enfermedad, la guía establece que a toda persona mayor de 45 años se le debe realizar un examen de glicemia en ayunas cada tres años, o más frecuentemente si existen factores de riesgo. Si se presentan síntomas, la medición de glicemia debe hacerse en cualquier momento. Si se confirma el diagnóstico, ya sea por una glicemia claramente elevada o por otros exámenes de laboratorio, se recomienda iniciar tratamiento, el que consiste en cambios en el estilo de vida y prescripción de fármacos.

Todo paciente diagnosticado debe ser sometido a una **evaluación inicial** por parte de un equipo multidisciplinario conformado por un/a médico, enfermera y nutricionista. Las responsabilidades de cada uno de ellos están claramente establecidas: el médico realiza una evaluación clínica completa, analiza el resultado de los exámenes de laboratorio y formula un diagnóstico y desarrolla un plan terapéutico, todo lo cual debe ser registrado en una ficha preestablecida. La enfermera por su parte educa al paciente, fomenta el autocuidado y posteriormente monitorea la adherencia al tratamiento. La educación relacionada con la alimentación, entendida como parte de la terapéutica, queda a cargo de la nutricionista. Cabe destacar que, para estas dos profesionales, la guía no explicita la necesidad de registro de sus actividades y los correspondientes resultados, lo que dificulta el seguimiento de sus logros. Entre los aspectos a ser registrados en la ficha clínica solo aparece un ítem, el referido al *nivel de escolaridad y condición psicosocial*, que da cuenta del objetivo de “investigar factores psicosociales que perjudiquen o dificulten la terapia”, mencionado como uno de los siete propósitos de esta primera evaluación.

La guía promueve el uso de las *Tablas de riesgo cardiovascular para la población chilena* por ser consideradas la mejor aproximación a la **valoración del riesgo cardiovascular**, aun cuando solo permiten evaluar el riesgo coronario. Estas tablas fueron desarrolladas a partir de la función de riesgo coronario de Framingham adaptada a la población chilena, considerando tanto la incidencia de eventos coronarios como la prevalencia según edad y sexo de factores de riesgo en la población chilena de 35 a 74 años. Esta valoración debe realizarse al momento del diagnóstico y luego anualmente, esa misma frecuencia se recomienda para el **tamizaje de nefropatía diabética**; para la **retinopatía diabética** el tamizaje debería hacerse cada dos años. La **evaluación del riesgo de desarrollar un pie diabético** debe hacerse al menos anualmente siguiendo un protocolo estandarizado que identifica el nivel de riesgo de ulceración, de acuerdo al cual se define la periodicidad de los controles. Todo paciente clasificado como alto riesgo debe ser referido a especialistas o equipos multidisciplinarios enfocados en el cuidado de los pies.

Todos los controles médicos del paciente deben incluir una **medición de presión arterial**, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico si las cifras de PA son iguales o mayores a 130/80mmHg en dos tomas seguidas, lo que en la población general no llevaría a prescripción de fármacos. Algo parecido ocurre con el tratamiento de la hipercolesterolemia o dislipidemia en pacientes con diabetes. La guía describe meticulosamente las variables (todas pertenecientes al ámbito biológico) a tener en cuenta para la identificación del nivel de riesgo del paciente de sufrir un evento cardiovascular, pero termina ese acápite con una escueta recomendación de derivar a evaluación cardiológica a los pacientes diabéticos sintomáticos cardíacos y aquellos con muy alto riesgo cardiovascular.

El **seguimiento** de un paciente con diagnóstico de DM2 se hace de forma rutinaria cada tres meses, aunque en las prestaciones GES se menciona una periodicidad mensual (17). Las decisiones terapéuticas se toman principalmente con base en el resultado de la HbA1c, considerando que la meta es mantenerla en menos de 7%. Se recomienda que, en pacientes con historia de hipoglicemia severa, expectativa de vida corta, complicaciones micro o macrovasculares y/o

comorbilidades se flexibilice esa meta, haciéndola menos ambiciosa. La decisión de mantener o modificar el tratamiento farmacológico en todos los casos se hace con base en este parámetro; si implica la inclusión de nuevos medicamentos se recomienda el manejo por un especialista. Esto último también es válido para los pacientes que presentan una diabetes inestable.

Las recomendaciones sobre el **tratamiento farmacológico** comienzan afirmando que los planes y las metas terapéuticas deben ser personalizadas, tratando de establecer un balance entre lograr valores de glicemia lo más cercanos posibles al nivel normal y no poner en riesgo al paciente por sobremedicación. Además, se reconoce que estas prescripciones deberán irse ajustando de acuerdo con los cambios esperables en el transcurso de la vida con enfermedad. Entre los factores a ser considerados para la elección de un fármaco se menciona, aparte de los aspectos biológicos y los intrínsecos a la medicación, la capacidad del paciente para adherir al plan y sus preferencias. Sin embargo, el esquema terapéutico de prescripción farmacológica no incluye estos aspectos, recomendando iniciar el tratamiento con metformina en todos los casos considerados como clínicamente estables o con insulina para los inestables. Las recomendaciones de cambio o adición posterior de otros medicamentos están basadas casi exclusivamente en los niveles de glicemia y hemoglobina glicosilada, aunque se recomienda verificar siempre la adherencia al tratamiento preexistente antes de modificarlo.

El **tratamiento no farmacológico** incluye prescripciones acerca de la cantidad, calidad y frecuencia de las comidas, disminución de peso mediante la reducción de la ingesta energética y actividad física, así como la cesación del hábito de fumar. Las recomendaciones en cuanto a la alimentación y el consumo de alcohol que debería tener una persona con diabetes son descritas en forma pormenorizada, informando sobre la eficacia de cada una de estas medidas en la disminución de la glicemia y el riesgo de sufrir un evento cardiovascular. Sin embargo, la guía es mucho más escueta al proponer estrategias para que estas sean asumidas por los pacientes. Se menciona una consejería personalizada e intensiva por parte de una nutricionista especialmente capacitada para el manejo de

estos pacientes, y otras intervenciones tales como talleres grupales, educación continua y consensuar las metas de manejo con el paciente, pero sin detallar la forma en que estas deben llevarse a cabo. Solo se encuentra una afirmación genérica en relación a considerar la motivación y capacidad de la persona para hacer estos cambios, su disposición para aceptar algunos efectos adversos en su calidad de vida, sus creencias en relación a la diabetes, sus circunstancias psicosociales y la posible presencia de depresión.

El análisis de los contenidos de la guía permite también identificar algunos vacíos: no se establecen modulaciones del tratamiento no farmacológico en consideración a la gravedad de la enfermedad, ni a la edad, género u otros condicionantes sociales, tales como los horarios de trabajo o quién compra y prepara los alimentos de la persona con diabetes. Algo similar ocurre con las indicaciones de actividad física, reducción del peso corporal y cesación del hábito de fumar. En cuanto a la presencia concomitante de depresión, que es más frecuente en personas con DM2 (146) y dificulta el manejo clínico y empeora el pronóstico de la enfermedad metabólica (147,148), las recomendaciones se limitan a decir: “*tener presente los efectos de la depresión en las personas con diabetes*”, realizar un tamizaje e indicar tratamiento (farmacológico y/o psicoterapia) en caso de requerirlo.

En cuanto al **seguimiento**, no se define la periodicidad en que se deberían indicar los exámenes complementarios que permiten evaluar la condición clínica de estos pacientes; sin embargo, un informe regional considera la realización del examen de fondo de ojo y extremidades inferiores en el último año como criterio para evaluar la calidad del proceso (149). Por otra parte, un estudio basado en la metodología RAND-UCLA para pacientes con diabetes e hipertensión arterial bajo control en centros de atención primaria en Chile estableció las siguientes frecuencias para valorar la calidad de los cuidados: evaluación (al menos) anual del pie diabético, control cardiovascular y exámenes de colesterol total, HbA1c, microalbuminuria y creatinina y fondo de ojo cada dos años (86,150).

La guía clínica tampoco menciona el rol específico de cada uno de los miembros del equipo profesional en esta etapa del manejo del paciente, por lo que cabe suponer que estos son semejantes a los que asumen durante la evaluación integral inicial. El autocontrol o automanejo es entendido como la realización, por parte del propio paciente o de algún familiar cercano, de un examen de glicemia en sangre capilar que facilita el ajuste de la dosis de insulina.

En el documento del año 2010 se afirma que, en comparación con la guía anterior del 2005 se ha avanzado en el abordaje más integral y multifactorial de estos pacientes a fin de conseguir las metas terapéuticas de manera precoz y así contribuir a la disminución del riesgo cardiovascular. Sin embargo, aún persisten deficiencias en relación con este propósito, sobre todo en lo referido al seguimiento del paciente de acuerdo a sus características particulares y su condición clínica. Por ejemplo, no se encontraron pautas o recomendaciones para evaluar la capacidad del paciente para adherir al plan o para identificar sus preferencias. Si bien la guía actual establece que después del diagnóstico de la enfermedad debe recogerse información sobre las condiciones socioeconómicas del paciente, no hay mención posterior acerca de su utilización, ni siquiera como elemento para hacer más efectiva las intervenciones educativas que deben ser llevadas a cabo por el personal de salud; tampoco se considera que estas condiciones pueden cambiar a lo largo de la historia vital del individuo.

2.4.5 Resultados de la gestión de la calidad de atención a pacientes con diabetes

España implementó el *Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud*, cuyos indicadores de proceso y resultado fueron evaluados durante diez años. Las intervenciones de mejoramiento de la calidad variaban en función al diagnóstico inicial de cada establecimiento, pero sus principales estrategias fueron la formación

continua de los profesionales a fin de contrarrestar la inercia clínica⁸ y por tanto los tratamientos inadecuados, así como una constante retroalimentación y motivación para continuar en el programa. La revisión de 33.506 historias clínicas provenientes de 335 centros de salud que participaron en el programa mostró un aumento significativo en casi todos los indicadores de proceso analizados, tanto en relación a número de consulta médicas y de enfermería, como a la realización de exámenes de laboratorio y de exploraciones de fondo de ojo y control de peso. Las mayores diferencias se dieron en la realización del autoexamen de glicemia capilar, la determinación de oligo-albuminuria, y en la participación en actividades educativas. El porcentaje de pacientes con examen de sus pies se incrementó de 48% en 1996 a 59% en 2002, pero esta cifra volvió a descender a 48,2% en 2007.

En cuanto a los resultados intermedios, las diferencias entre 1997 y el 2007 mostraron un aumento significativo en el porcentaje de pacientes con control metabólico aceptable ($HbA1c \leq 7\%$), así como en aquellos con valores adecuados de colesterol y presión arterial. No obstante, el porcentaje de pacientes con Índice de Masa Corporal $\leq 30 \text{ kg/m}^2$, bajó de 62,2% a 48,9%, indicando un importante aumento en el número de pacientes obesos. Los indicadores referidos a la presencia de retinopatía diabética, lesiones y úlceras en los pies, amputaciones, oligo-albuminuria o proteinuria, accidente vascular cerebral, infarto agudo del miocardio, e ingresos hospitalarios por amputación o cetosis descendieron significativamente, lo que podría estar relacionado con avances en el control de la enfermedad y sus factores de riesgo (151). Sin embargo, la inexistencia de un grupo control impide atribuir estos logros exclusivamente a este programa.

La revisión sistemática hecha por Shojania y colaboradores en 2006 (152) incluyó 50 ensayos aleatorizados, tres ensayos cuasi-aleatorizados y 13 estudios controlados pre-post intervención sobre el impacto, medido en términos de cambios

⁸ Ross plantea la existencia de una *inercia clínica* por parte de los profesionales; esta se refiere al reconocimiento de un problema, pero la falta de actuación para solucionarlo. En el manejo de la diabetes esta actitud se expresa como retraso en la instauración de nuevos esquemas terapéuticos y falta de definición de planes de cuidado para estos pacientes (282).

en los valores de HbA1c, de once estrategias de mejoramiento de la calidad de atención en pacientes con DM2. El análisis de esta evidencia mediante meta-regresión, ajustando por el tamaño de muestra y el valor basal de HbA1c, estableció que solo dos estrategias resultaron efectivas en disminuir el valor de la HbA1c en al menos 0,5%: cambios en la composición o las funciones del equipo de salud, especialmente aquellas que permitían al personal no médico realizar ajustes al tratamiento farmacológico (0,67%; IC_{95%}: 0,43%-0,91% en 26 estudios) y gestión de casos (0,52%; IC_{95%}: 0,31%-0,73% en 26 estudios). Los efectos de las otras estrategias: auditorías, registro electrónico, capacitación a médicos, recordatorios sobre exámenes a realizar o información a recabar, nueva información sobre los pacientes transmitida por métodos innovadores, educación del paciente, promoción del autocuidado, y recordatorios al paciente, fueron muy pequeños o resultaron difíciles de evaluar por la complejidad de algunas intervenciones.

La revisión realizada por el equipo de Mudaliar en 2013 muestra la existencia de importantes déficits en el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en la guía de la IDF para la atención estándar de pacientes con diabetes en establecimientos de baja complejidad, aun reconociendo la heterogeneidad en los indicadores de proceso y resultados de los diferentes países de Sur y Centroamérica para los que se reportaron resultados. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes con valores de glicemia considerados como adecuados variaba entre un 13 y 92,2% (153). Otro estudio realizado en nueve países latinoamericanos reveló que 43% de las personas con DM2 atendidas en el sector privado tenía una HbA1c <7.0% y que el 86% presentaba al menos una comorbilidad asociada con esta patología. Además, se encontró alta prevalencia de dietas poco saludables (58%), sedentarismo (71), y obesidad (79%). En ese estudio, aproximadamente la mitad de los 479 pacientes chilenos tenían una Hb1c <7%, situación que es similar a encontrada en Argentina y Costa Rica; lamentablemente los demás datos no se encuentran desglosados por países. Además, cabe mencionar que estos resultados no son extrapolables a la población general de cada país ya que se trata de pacientes con acceso a la atención privada y que por lo tanto, muy probablemente pertenecientes al estrato socio-económico medio o alto (154).

El estudio de García y colaboradores evaluó el efecto de una acción multifactorial con médicos en dos centros de salud del sector público y urbano de la Región Metropolitana de Chile. Este proyecto contemplaba la entrega y discusión de una guía de práctica clínica y un registro estandarizado de la atención a pacientes con diabetes, que incluía, entre otros, la solicitud del examen de HbA1c y perfil lipídico, así como toma de presión arterial y el ofrecimiento de vacunación anti-influenza. Se encontró que el nivel basal de adherencia a los criterios de calidad de atención incluidos en la guía era de 46,7% para el centro intervenido y de 63,3% para el control. Después de la intervención ese valor subió a 71,9%, pero no se pudo establecer si la diferencia era significativa, ya que en el establecimiento control el cumplimiento de esas recomendaciones solo se midió en una oportunidad (150).

La línea basal del estudio de costo-efectividad de la implementación de gestión de casos para la atención de pacientes con HTA o DM2 que fue descrito en la sección 2.3.1.3 de este marco teórico, mostró que, tanto en el establecimiento a ser intervenido como en el de control, ni la mitad de los pacientes presentaba una HbA1c <7% indicativa de diabetes compensada (40,2% y 46,7% respectivamente). Un análisis preliminar que aún no ha sido publicado muestra que la diferencia post-intervención no resulta significativa, aun ajustando por nivel educacional, previsión, comorbilidad, presión arterial inicial, y tiempo de diagnóstico de la HTA. La compensación de la presión arterial (<140/90mmHg), junto con la evaluación del pie diabético, fueron las prestaciones que alcanzaron los mejores logros, situándose en alrededor de 70% de los pacientes tratados en estos centros. En cambio, el examen de fondo de ojo solo se había realizado en un máximo de 35% de las personas inscritas en el Programa de Salud Cardiovascular y solo aproximadamente la mitad tenía exámenes de sangre considerados como “al día”, es decir, el registro de los resultados de al menos 7 de los 9 exámenes en la ficha clínica (86).

2.4.6 Factores asociados a la calidad de atención de pacientes con diabetes

Para explicar los resultados de la prestación de salud generalmente se consideran solo los aspectos relacionados con la enfermedad, el acceso y la adherencia al tratamiento y las características biológicas o conductuales del

paciente (29), sin considerar los aspectos procesuales y contextuales vinculados a la calidad de atención. La incorporación de las características de los prestadores y de los establecimientos donde se lleva a cabo dicha atención propuesta por el Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos y rápidamente adoptada por otros autores (21,28), significó un importante avance en el reconocimiento del carácter social de esa temática. El documento técnico sobre calidad de atención de OMS (22) propone ampliar este ámbito de análisis del contexto, con la inclusión de aspectos estructurales referidos a la organización de los sistemas y las políticas de salud. Por otra parte, existe vasta evidencia de la influencia de los determinantes sociales sobre la calidad de la atención brindada a pacientes con DM2, misma que será presentada en el capítulo 2.5.

Como la calidad de la atención en salud está directamente asociada a la posibilidad de establecer una comunicación efectiva entre el prestador y el paciente, los factores que la moldean son altamente dependientes de la cultura y la organización social, además del acceso y buen funcionamiento de los sistemas de salud. Las conclusiones de los estudios realizados en Estados Unidos o Europa no pueden ser directamente transferidas a la realidad latinoamericana; sin embargo, en términos generales se podría aseverar que para que exista calidad, la atención a personas con condiciones crónicas debe al menos ser aceptable, adecuada, continua, y garantizar la privacidad y el respeto a la dignidad de las personas. Algunos estudios sobre calidad de atención en diabetes agrupan los factores en tres ejes temáticos: referidos al paciente, de los prestadores y organizacionales o institucionales (130), destacando aquellos que combinan estos tres aspectos.

El primer estudio realizado por Khunti en 1999 en el Reino Unido, permitió identificar 54 factores potencialmente asociados con la calidad de atención en diabetes, de los cuales más de un tercio (37%) correspondía a situaciones institucionales, 26% estaban vinculados con características de los pacientes y el restante 37% con el prestador de la atención (155). Cabe señalar que estos resultados se obtuvieron mediante el análisis de auditorías médicas cuyos hallazgos fueron presentados en sesiones de “lluvia de ideas” con profesionales de la salud y

pacientes, y grupos focales y entrevistas semi-estructuradas a médicos y enfermeras de atención directa. Otro estudio del mismo autor tuvo mayor alcance geográfico (169 prácticas médicas), pero menor variedad de estrategias de recolección de información: solo se usaron encuestas y datos provenientes de los registros médicos. El análisis usando regresión múltiple indica que el grado de cumplimiento de las normas de calidad procesuales (número y frecuencia de consultas y exámenes realizados) estaba asociado al tamaño de las prácticas médicas y a la existencia de sistemas de recordatorio de citas médicas, así como a factores relacionados con el financiamiento. Aquellos consultorios que atendían a poblaciones de bajo nivel socioeconómico mostraron un menor nivel de cumplimiento de los indicadores de proceso; al igual que aquellos en que un alto porcentaje de sus pacientes es atendido en el hospital, donde además, empeoran los valores de HbA1c (35). Este estudio pone en evidencia la importancia de los determinantes sociales por encima de los factores organizacionales o de las características personales de los prestadores.

En esa investigación la composición y el entrenamiento del equipo de profesionales de la salud no tuvieron una influencia directa sobre los indicadores de calidad procesual. Sin embargo, un estudio cualitativo realizado por el mismo grupo de investigadores mostró que, en opinión de los médicos y enfermeras de 18 centros de medicina familiar de Inglaterra, algunas características de la organización de los equipos de APS se asocian con el mejoramiento de la calidad del cuidado de los pacientes con diabetes. Los equipos que obtienen buenos resultados en las auditorias clínicas cuentan con el compromiso personal del médico o la enfermera frente a ese proceso, una percepción positiva del trabajo en equipo, el reconocimiento de la necesidad de una planificación para el mejoramiento de la calidad y una actitud favorable al control continuo de la atención médica (144).

Mills y colaboradores exploraron la relación entre la satisfacción de los pacientes con DM2 y sus experiencias en torno a siete dimensiones de la atención en cuatro establecimientos de APS en Florida, basados en el modelo de los hogares médicos centrados en el paciente (PCMH) ya descrito. Se recolectó información

sobre las percepciones de los usuarios en cuanto a la dimensión administrativa (acceso e integración de la atención, apoyo por parte del personal) y relacional (comunicación, conocimiento integral y trato interpersonal) de la atención. La comunicación y el conocimiento integral tuvieron el mayor grado de asociación con la satisfacción, revelando la importancia de la interacción personal (156). Una investigación liderada por Kennedy, también en el contexto de la atención primaria en Estados Unidos, examinó el nivel de comprensión de los prestadores sobre los valores y la concepción de la salud-enfermedad de sus pacientes. Este estudio revela la importancia de una comunicación bidireccional que permita desarrollar una comprensión común acerca del problema y sus abordajes, como elemento crucial de la buena calidad de atención (157).

Este rol de la comunicación también se evidencia en las opiniones de los prestadores. Al ser preguntados sobre las barreras para prescribir y administrar terapia con insulina a pacientes diabéticos, los médicos del primer nivel del sistema de salud mexicano destacan los problemas de comunicación que se traducen en desconocimiento o incompreensión sobre las dificultades que tienen los pacientes para afrontar la terapia e incapacidad para apoyarlo en la búsqueda de soluciones, produciendo frustraciones en ambas partes, en la línea de lo que Barsky denominó paradoja de la salud⁹. Las razones de esto son: desconfianza en la capacidad y el compromiso del paciente, poca capacitación de los profesionales en formas de abordar la interacción social, ausencia de apoyo por parte de un equipo multidisciplinar y escasez de tiempo durante la consulta (158).

⁹ Barsky sostiene que existe discrepancia entre el estado de salud objetivo de la población y la percepción subjetiva del mismo por parte de las personas. El progreso científico y tecnológico en el ámbito médico está acompañado de un incremento en la percepción de deterioro de la salud y el bienestar causado por el aumento de las patologías crónicas, la mayor conciencia sobre el cuerpo y la salud que produce más percepción y preocupación en torno a los síntomas, la sensación de inseguridad y riesgo provocada por la información circulante en los medios y la creciente comercialización de la salud, así como un incremento de expectativas dada la medicalización de la vida diaria. A esto se suma un modelo de atención que no considera la importancia de la relación entre el paciente y su prestador, produciendo desconfianza y frustración tanto en los pacientes como en el personal de salud (283).

Investigaciones realizadas en países de ingresos medios muestran que los factores a ser considerados difieren en relación al contexto. Por ejemplo, un estudio cualitativo con entrevistas a profesionales y personal paramédico, así como pacientes de centros de salud en Túnez, identificó más de 800 factores que influyen la percepción sobre la calidad de atención, siendo el más nombrado la no disponibilidad de medicamentos. Otros condicionantes organizacionales se referían a la sobrecarga de trabajo del personal que labora en estos servicios de atención primaria y a la existencia de clínicas especializadas en el manejo de enfermedades crónicas. En cuanto a los pacientes, las dificultades identificadas por los entrevistados se centraban en aspectos financieros, educativos y de adherencia al tratamiento; en el caso de los profesionales, lo más nombrado fue su falta de motivación (130).

Un estudio en que se entrevistaron 16 pacientes con DM2 de un barrio urbano marginal del sur de la India encontró que estas personas, y en especial las mujeres y los ancianos, afrontaban grandes dificultades en el acceso a la atención. Esto es debido a las limitaciones de dinero y capacidad de movilizarse con autonomía y se agrava por la baja calidad y la falta de continuidad en atención (159).

En Chile, la línea de base del estudio sobre la efectividad y eficiencia de la gestión de casos para HTA y la DM2 ya citado, identifica problemas en la organización del sistema de salud como el principal condicionante de la deficiente calidad de atención a estos pacientes. Según Poblete, la estructura y el funcionamiento del sistema de salud no permite administrar los recursos disponibles de forma efectiva y eficiente a fin de garantizar la continuidad en la atención. Por ejemplo, en uno de los establecimientos, las citas de seguimiento de los pacientes con patología cardiovascular eran programadas en función de la demanda del usuario y la disponibilidad de horas al momento de efectuarse el pedido; no de acuerdo a las normas sobre la periodicidad de los controles ni a las indicaciones dadas por el profesional durante la última atención. La asignación de citas tampoco tomaba en cuenta las características de cada paciente y su condición clínica (nivel de compensación, riesgo cardiovascular, falta de exámenes complementarios) (86).

La continuidad es definida como *“el grado en que una serie de eventos de atención a la salud son experimentados como coherentes, conectados entre sí y consistentes con las necesidades de atención del paciente y su contexto personal”* (161:39) y representa un elemento clave de la calidad de atención a personas con patologías crónicas como lo demuestra la información recogida bianualmente en Alberta, Canadá sobre las experiencias y el grado de satisfacción de los pacientes en su relación con el sistema de salud. En la atención se describen tres subtipos de continuidad: relacional, de información y de gestión. La primera es la más valorada por el paciente, y se refiere al establecimiento de una relación de confianza dentro de una atención centrada en el paciente (160). El estudio realizado por Tabler y colaboradores mostró que el tiempo de espera, los recordatorios de cita y la comunicación efectiva influyen positivamente la continuidad, definida como la percepción del paciente de que su prestador lo conoce como persona (161).

En el ámbito institucional la coordinación entre los diferentes niveles o prestaciones de la red asistencial constituye uno de los principales condicionantes de la continuidad. Si bien lo sustancial del manejo clínico de estos pacientes puede y debe hacerse en el primer nivel, este también requiere de recursos que, por su complejidad técnica, nivel de especialización, eficiencia en su uso y seguridad para el paciente, están en otros niveles de la red. Para fortalecer la integración de estos componentes y contribuir al bienestar del paciente es necesario facilitar el acceso y dar orientación al usuario (76), considerando que la organización de estos procedimientos siempre debe estar a cargo del sistema y no del individuo. Para esto resulta crucial contar con sistemas de información unificados que incluyan no solo datos epidemiológicos, sino aquellos que permiten evaluar el acceso a la atención, dar adecuado seguimiento al manejo clínico, y evaluar sus resultados, tanto en términos de complicaciones médicas como de la respuesta a las necesidades de los pacientes (162). En el modelo chileno las redes integradas de servicios de salud son las encargadas de coordinar el cuidado en los distintos escenarios garantizando el adecuado flujo de información entre las diferentes actividades y unidades operativas por las que transita el paciente (55).

El estudio canadiense previamente mencionado evidenció que para los prestadores, la continuidad en la información constituye un elemento primordial; los profesionales del primer nivel experimentan frustración cuando sienten que esta les es negada o demorada. Los pacientes también aprecian el acceso oportuno a la información sobre su caso, junto con la disponibilidad y disposición del prestador a escucharlo y a establecer una comunicación efectiva que permita compartir las decisiones y las responsabilidades (160).

En resumen, en Chile existe la normativa y las instituciones necesarias para una adecuada gestión de la calidad en la atención de salud. Sin embargo, esta reglamentación y los sistemas de información en los que se basa el aseguramiento de la calidad privilegian los aspectos técnicos, que son evaluados mediante el cumplimiento de estándares establecidos desde una mirada biomédica que enfatiza las intervenciones referidas a la esfera individual. Existe un vacío en la aproximación cualitativa a la dimensión relacional de esta atención que permita conocer y entender de manera más amplia, menos dirigida y más profunda las percepciones de los usuarios, y en especial sus experiencias en la interacción con los prestadores y las instituciones de salud. Para el caso de la atención a pacientes con DM2, a lo anterior se suma la existencia de múltiples procesos en los que se recoge y analiza la información necesaria para una adecuada gestión de la calidad, con el agravante que algunos de ellos han sido cuestionados en cuanto a su validez y confiabilidad (19). Si bien existen interesantes propuestas para el mejoramiento de la calidad de atención, su implementación no ha sido del todo exitosa. Esto puede estar trasluciendo una deficiencia en el análisis de los factores que condicionan el proceso de atención, entre los que cobran especial relevancia la organización del servicio y de la atención, el número y la formación del personal, los recursos disponibles y los programas y políticas que orientan todo lo anterior. Es necesario conocer el contexto en el que se desarrolla esta atención, para lo cual a continuación se presentan las bases conceptuales de los determinantes sociales de la salud, incluyendo los sistemas de salud como uno de ellos, a fin de comprender su influencia en la atención a personas con DM2.

2.5 Determinantes Sociales de la Salud

2.5.1 Desarrollo conceptual del enfoque social de la salud

La salud constituye un fenómeno complejo y un concepto polisémico. Actualmente predomina la concepción biologicista- reduccionista que busca la homogenización y la universalidad en las intervenciones médicas y de salud pública, con la consecuente estandarización de los procedimientos y el desarrollo de tecnologías dirigidas a dar soluciones de tipo individual. A esto se contraponen la conceptualización de la salud como fenómeno social que propone acciones que abarcan un amplio espectro de ámbitos, desde lo individual a las políticas mundiales, para lo que se requiere un abordaje multisectorial e inter-disciplinario que considere el contexto social, político, económico y cultural (31). La declaración de Alma Ata en 1978 representa un hito histórico de esa forma de ver y trabajar en salud, con base en el cual se desarrollaron políticas, programas y proyectos, y se reorganizaron los sistemas de salud. Sin embargo, muchas de estas propuestas terminaron siendo una mera instrumentalización de algunas metodologías y técnicas orientadas solo a la eficacia y eficiencia. En la década de 1980 esto se afianzó con la implantación de las reformas neoliberales que propulsaron sistemas sociales y de salud basados en las leyes del mercado (163). Solo algunos grupos académicos resistieron esta tendencia, Iván Illich y Thomas McKeown son autores representativos del movimiento crítico a ese discurso hegemónico (164).

En la primera década del siglo 21 se produce una sinergia entre la vertiente social o crítica de la epidemiología y las ciencias sociales que cristaliza en el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este se fundamenta en el *Black Report on Inequalities in Health*, elaborado por encargo del gobierno de Gran Bretaña en 1980, y la serie Whitehall sobre el gradiente social en salud¹⁰ en

¹⁰ Este gradiente social se refiere a la presencia de DSS en poblaciones que, en términos absolutos o en comparación con la situación mundial, no pueden ser consideradas como pobres. La posición social, la privación de recursos en términos relativos y la sensación de control y posibilidades de participación constituyen elementos explicativos de las diferencias en el estado de salud (284).

ese país (165). Los primeros estudios sobre inequidades se enfocaron en los efectos de pertenecer a una determinada clase social, etnia o género, y de las condiciones de vida y trabajo sobre el estado de salud (163), revelando las negativas consecuencias de las políticas económicas. Después incorporaron el análisis del acceso a, y el uso de, los sistemas de protección social y atención de la salud, así como el controvertido concepto de *capital social* (166,167).

En el 2005 se crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y la Asamblea General de la OMS incluye los DSS como un componente clave de la agenda mundial en pro de la equidad. Este proceso culmina con el informe *Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (30) que fue publicado para la conmemoración de los treinta años de la conferencia de Alma Ata (168). Este informe fue respaldado por la Declaración de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales realizada en Rio de Janeiro en el 2012 (169) y sirvió de base para la redacción del ítem 13.6 de la Agenda de la 65 Asamblea Mundial de la Salud en la que los DSS son reconocidos como área prioritaria (170).

Sin embargo, varios sectores y organizaciones expresaron fuertes críticas al documento, que giran en torno a que no se considera la comercialización de la vida, las relaciones económicas, mercantiles y de poder injustas, y el irrespeto al derecho a la salud que condicionan los estilos de vida y el acceso, la utilización y los resultados de la atención en salud (171,172), así como tampoco los efectos negativos de la acción de poderosos grupos de presión en el sector salud (173). La Asociación Latinoamericana de Medicina Social, junto con otras organizaciones y movimientos sociales, advierten sobre el peligro de que el actual modelo social sea considerado como el único posible, ignorando los movimientos de resistencia que han surgido en el mundo y especialmente en Latinoamérica (174,175). Otros autores plantean sus discrepancias con la aproximación epistemológica del informe que resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad del fenómeno social y de su estrecha vinculación con las formas de entender la causalidad y las relaciones

de producción y reproducción social de la cultura occidental moderna, lo que lleva a una falta de compromiso político (176,177).

En Latinoamérica el pensamiento crítico frente a la forma hegemónica de entender y practicar la salud se gesta en la década de 1960 adoptando el nombre de Medicina Social o Salud Colectiva (178). En la *Pedagogía del Oprimido* Paulo Freire propone una educación popular que centra su reflexión-acción en la concientización sobre la determinación social (179). Breihl (180) afirma que la *determinación social de la salud*, propuesta por la epidemiología crítica latinoamericana, es una de las categorías centrales del eje teórico de ruptura con el paradigma dominante en que los determinantes y las estructuras sociales son consideradas como variables. Esto limita el estudio de las conexiones entre los factores deletéreos para la salud, llevando a que se promuevan medidas simples que no implican el cambio radical de una sociedad que es estructuralmente patógena. Restrepo sostiene que la noción de determinación permite abordar los problemas desde la complejidad de las relaciones con y entre sus diversos condicionantes (177).

En Chile, la reflexión sobre la vinculación entre la presencia de enfermedad y los aspectos sociales se plasma en los estudios sobre cólera y viruela a inicios del siglo XX. A mediados de ese siglo las ciencias sociales son incorporadas tanto en las prácticas como en la formación de los médicos, dando pie a iniciativas tales como el Seminario de Formación Médica en 1962 o la inclusión de *sociólogos con bata blanca* al equipo de la salud del Hospital San Borja. La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 permite que el Estado tenga injerencia en la definición de las metas y valores de los profesionales de la salud, favoreciendo la incorporación de los factores contextuales asociados al desarrollo de enfermedad en la práctica médica y preconizando el uso racional de los servicios sociales. En la actualidad se han retomado las ideas centrales de estos procesos que fueron truncados por el golpe militar (63).

2.5.2 Modelos explicativos

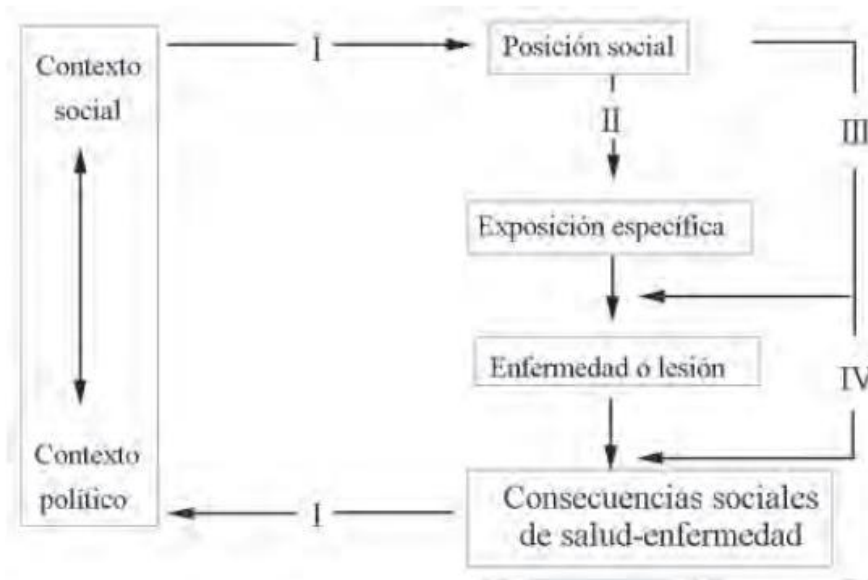
Existen tres orientaciones teóricas que se desprenden de la epidemiología social al intentar entender la casualidad en salud. Una de estas enfatiza en los factores psicosociales y en los efectos sobre la salud de la percepción y experiencia de los individuos en relación a su posición social, la segunda se enfoca en la producción social y económico-política de la salud y la enfermedad, resaltando que las causas fundamentales de la inequidad siempre están en las estructuras sociales. La última corriente propone una aproximación desde el paradigma eco-social en que los factores biológicos, ecológicos y sociales son integrados en modelos multinivel, dinámicos y contextualmente situados.

Siguiendo esta línea N. Krieger acuña el término de *embodiment* para indicar que los elementos del mundo material y social pasan a formar parte de nuestro cuerpo biológico, por lo que este narra nuestra(s) historia(s) individual(es) y colectiva(s), expresando incluso lo que no podemos o queremos contar (181). La asociación entre el sistema social, traducido en las condiciones de vida y trabajo, y la aparición o agravamiento de enfermedades ha sido ampliamente estudiada. Sin embargo, es frecuente que sea tratada como un mero dato, variable y/o una condición natural, ahistórica e inamovible, vaciándola de su contenido social, como frecuentemente sucede con la edad y el género (63). En cuanto a la relación temporal se han desarrollado tres perspectivas: la *selección social* enfatiza el efecto de la salud sobre la posición socioeconómica, mientras que la *causación social* destaca el papel de la posición social como determinante de la salud. La de *ciclo vital*, por su parte, reconoce la importancia del tiempo y del momento en que se da la exposición a un factor potencialmente deletéreo para la salud.

El *Modelo de Producción Social de la Enfermedad* desarrollado por Diderichsen con aportes de Evans y Whitehead, describe los principales mecanismos implicados en la producción de inequidades en salud, permitiendo identificar niveles para su modificación mediante políticas públicas. Esos mecanismos son: estratificación social (I) y diferencias en cuanto a la exposición (II), la vulnerabilidad (III) y las consecuencias (IV), tanto económicas, como

biológicas y sociales de tener un problema de salud. El círculo se cierra con el efecto de esto sobre la estratificación social; lo que en términos individuales está representado por la *posición social*. Este concepto lo diferencia de los análisis enfocados en el *estatus socioeconómico* y según Diderichsen, es lo que permite distinguir entre desigualdad e inequidad (182).

Ilustración 6: Modelo de Producción Social de la Enfermedad



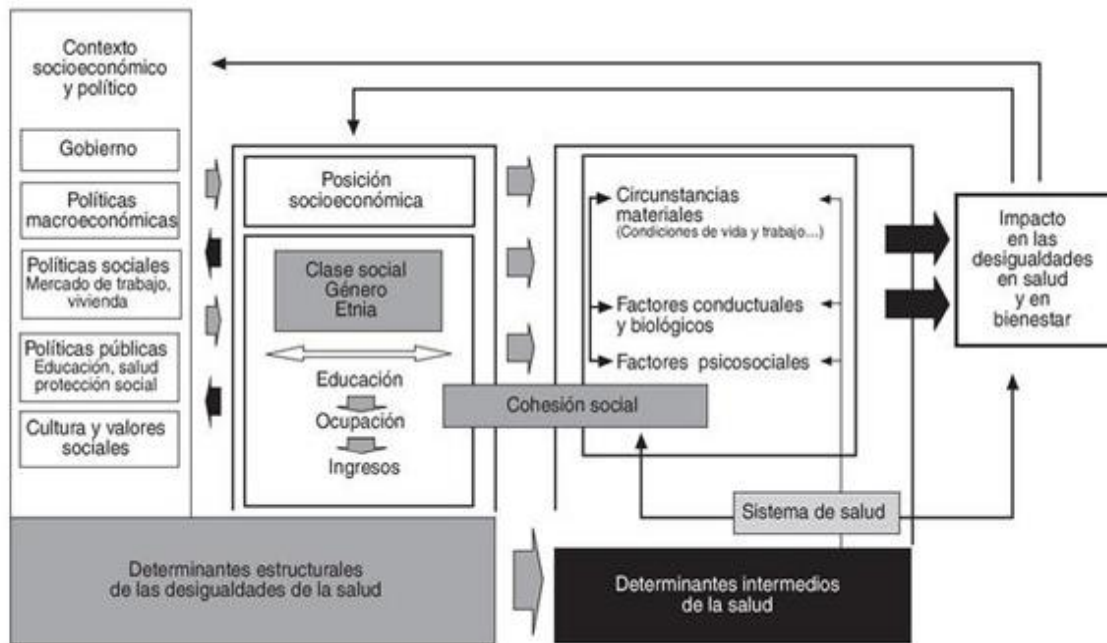
Fuente: Diderichsen et al 2001 The Social Basis of Disparities in Health. En: (182)

El modelo propuesto por la Comisión de DSS busca explicitar las relaciones y jerarquías entre estos determinantes y describir sus mecanismos de acción. Pone especial interés en demostrar que la creación de ciertos patrones o tendencias conducentes a inequidades se producen de manera sistemática, concentrándose en forma no aleatoria en determinados grupos. En este sentido, define los DSS como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen que determinan su estado de salud y que a su vez son consecuencia de la desigual repartición del poder y de todos aquellos bienes y servicios que son valorados por la sociedad. El modelo distingue entre determinantes intermedios, que influyen directamente la salud de los individuos, y estructurales, referidos a los procesos sociales que causan inequidad (30). La equidad es entendida como la

“ausencia de desigualdades injustas y evitables que son socialmente producidas y se distribuyen de manera sistemática entre grupos poblacionales diferenciados por su condición social, económica, demográfica o geográfica” (31:7).

La ilustración 7 presenta gráficamente la estratificación de los determinantes y explicita sus interrelaciones, lo que será descrito a continuación.

Ilustración 7: Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Comisión on Social Determinants of Health (31)

2.5.2.1 Contexto socioeconómico y político

El *contexto socio-económico y político* abarca los mecanismos que generan y mantienen las jerarquías sociales y explican las inequidades en la salud de los diferentes grupos poblacionales. No pueden ser medidos en cada individuo en particular, por lo que existen pocos estudios acerca de su impacto sobre la salud, pero se sabe que la forma de conceptualizar y organizar la sociedad y el Estado y la orientación política del partido gobernante, así como la valoración cultural de la salud, guardan estrecha relación con la elección del modelo de sistemas de salud y

de seguridad social. La gobernanza¹¹, las políticas económicas y sociales, y los tratados y normativas financieras internacionales son elementos claves para este análisis. La Comisión de DSS reconoce que estos determinantes no fueron explorados a profundidad en el informe del 2008 y afirma que para disminuir la inequidad es necesario un profundo cambio en la actual distribución del poder, bienes y recursos, en lo cual el Estado tiene una responsabilidad ineludible (31).

2.5.2.2 Determinantes estructurales

El concepto central de esta categoría es la **posición social**; según Weber esta resulta de la interacción entre tres elementos: la clase, vinculada a los aspectos económicos de propiedad y control de los recursos que se expresa en el nivel de ingreso; el estatus o prestigio social, entendido como “acceso a oportunidades de vida” que a su vez resulta de la combinación de diversos factores tales como el trasfondo familiar, las redes sociales y el estilo de vida; y el manejo de poder, vinculado al ámbito de lo político (31).

Krieger identifica dos dimensiones en la **posición socioeconómica**: una relacionada a los recursos sociales y materiales y otra asociada al prestigio social (183). En concordancia, su medición se realiza mediante los siguientes indicadores: ingreso, nivel educativo y tipo de trabajo/ ocupación. A esto se agregan las dimensiones de género, orientación sexual y etnia como estratificadores sociales que se encuentran fuertemente vinculados a formas sistemáticas de discriminación. Para cada uno de ellos hay un modelo explicativo, aunque no siempre consenso, sobre su relación con el estado de salud individual o colectiva. Dado que no existe una forma estandarizada para medir estas variables es importante explicitar cómo son entendidas y evaluadas (31).

¹¹ La gobernanza aquí es entendida como el sistema de valores, políticas e instituciones con las cuales la sociedad maneja sus asuntos económicos, políticos y sociales por medio de la interacción entre el estado, la sociedad civil y el sector privado. Es la forma en que la sociedad se organiza para tomar decisiones e implementarlas (285).

El concepto de **clase social** corresponde a los planteamientos de Marx acerca de la propiedad de los medios de producción o trabajo, por lo que establece un mecanismo explicativo explícito para la existencia de las inequidades económicas y sus consecuencias sobre la salud: el control sobre estos medios determina la capacidad individual y colectiva de generar bienes e ingresos económicos que pueden utilizarse para mejorar las condiciones de vida y la salud. Aunque la clase social representa un fuerte determinante de la salud, el efecto de la ideología de clases (“*clasismo*”) ha sido poco investigado; Muntaner plantea que esto puede deberse a que las diferencias de clases, en contraposición a las producidas por la etnia o el género/orientación sexual, se encuentran socialmente legitimadas en la sociedad capitalista occidental (184). En muchos estudios este determinante es sustituido por el de **estratificación social** pero su uso puede llevar a la invisibilización de los mecanismos subyacentes a la desigualdad.

2.5.2.3 Determinantes intermedios

Los elementos anteriormente descritos influyen la salud individual y colectiva mediante su acción sobre los determinantes intermedios de la salud que serán descritos brevemente a continuación. Esta categoría también incluye los sistemas de (atención de la) salud, que se analizarán más adelante.

Las **condiciones materiales de vida** abarcan las condiciones de vivienda, el lugar de residencia (que condiciona el acceso a servicios y la exposición a determinados riesgos), los diversos riesgos ocupacionales (con especial mención al trabajo informal e ilegal) y el acceso a alimentos saludables. Las **condiciones psicosociales** que más afectan la salud son el estrés debido a condiciones laborales o eventos vitales negativos y la falta de apoyo social o de capacidad para enfrentar situaciones negativas (“*coping skills*”). Las personas que ocupan una posición social baja están más expuestas situaciones productoras de estrés tales como incertidumbre sobre su futuro laboral o situación económica, así como a violencia, maltrato o exclusión, y tienen menos posibilidades de controlar o modificar esas situaciones.

Los **factores conductuales** se refieren a lo que se han denominado “estilos de vida”, en los que se concurren tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación saludable y actividad física. Sus mecanismos de causación todavía no están claros, la teoría prevaeciente es que estas conductas representan una respuesta a condiciones de vida difíciles que producen estrés y obstaculizan la realización de actividades salutogénicas; algunas están vinculadas con los roles de género. Los principales **factores biológicos** que influyen sobre la salud son la edad y el sexo, así como los factores genéticos. Desde la perspectiva de los DSS es importante considerar las normativas que la sociedad produce, reproduce e impone a sus miembros con base en algunos de estos elementos.

Existe controversia en torno a la conceptualización, inclusión y el nivel de determinación de la **cohesión social** y del denominado **capital social** en la salud (167,185). Se ha advertido que ese último término puede reforzar el predominio del actual modelo económico y que un enfoque en este aspecto opaca los determinantes estructurales que subyacen a las inequidades en salud, además de disminuir la responsabilidad del Estado. La contra-argumentación es que el reconocimiento de las relaciones de poder presentes en los vínculos entre los individuos y colectivos con las instituciones y el Estado, llamado el *capital social para la vinculación*, aporta al entendimiento de los mecanismos de acción de los DSS y fomenta la participación ciudadana (186). El enfoque crítico sostiene que en sociedades inequitativas existe más competencia y violencia y mayor presión por consumir, lo que deteriora las relaciones sociales y anula la solidaridad (187). Un estudio colombiano encontró que el capital social resulta importante para los pacientes con DM2 y sus familias, los vecinos y para el personal de salud. Este es valorado por el apoyo que brinda en el manejo de la enfermedad y en los cambios en el estilo de vida. También se describe un fortalecimiento social que ayuda a superar dificultades y permite reconstruir valores sociales (188).

2.5.3 Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Corregir las desigualdades causadas por la injusta distribución de la riqueza, el poder y el prestigio representa un imperativo ético basado en la noción de justicia

social. Según Amartya Sen (31) la salud representa un bien que requiere especial atención por parte de las autoridades políticas por su estrecha relación bidireccional con el desarrollo de agencia por parte de los individuos, y por ende con su capacidad de elegir libremente la forma de vida que valoran (189). También se sustenta en los derechos humanos, y en particular, en el derecho a vivir en condiciones que permiten la consecución y el mantenimiento del estado más alto posible de salud y bienestar. Se trata además de la restitución del control sobre los factores que afectan su salud y bienestar a los individuos y comunidades, o sea de su empoderamiento (179) ¹².

Las propuestas más radicales incluyen el reemplazo de la economía de mercado por una orientada a la equidad e inclusión social (190). La Comisión de DSS reconoce que el cierre de la brecha requiere de cambios sustanciales en el modelo de desarrollo con políticas sociales que aseguren un reparto más equitativo de los beneficios del crecimiento económico. Sus propuestas incluyen el mejoramiento de las condiciones de vida, laborales y de protección social, el fomento de la participación social, y el fortalecimiento del sector público para que pueda ejercer gobernanza y genere mecanismos que contrarresten la desigual distribución de poder, dinero y recursos (30).

El modelo de Diderichsen (182) permite identificar los *puntos de entrada* para el establecimiento de políticas públicas que disminuyan la inequidad:

¹² Empoderamiento es un término polisémico que puede hacer referencia tanto a la capacidad individual para tomar decisiones como a la lucha colectiva contra las relaciones sociales de dominación (179). La Comisión de DSS critica las propuestas que proponen empoderar a los grupos oprimidos solo mediante el fortalecimiento de su identidad y capacidad organizativa, ya que estas naturalizan la inequidad y soslayan el conflicto (31) y Vega-Romero y Torres-Tovar afirman que muchas de las acciones de la sociedad civil en pro de sistemas de salud más equitativos y de una acción intersectorial por la salud son cooptadas por los intereses privados (286). La Asociación Internacional de Participación Pública por su parte, advierte sobre los múltiples significados de este término para los funcionarios institucionales y particularmente el personal de salud (287).

- a) Modificar la estratificación social: mediante el diseño de políticas específicas para la disminución de las inequidades sociales y la vigilancia de que las políticas no produzcan un indeseado fortalecimiento de la estratificación.
- b) Disminuir la exposición: reconociendo la existencia de un diferencial de exposición causado por la posición social del individuo y diseñando políticas focalizadas en las personas ubicadas en los niveles más bajos de esta estratificación.
- c) Disminuir la vulnerabilidad: aplicando estrategias similares a las descritas para la exposición, pero tomando en cuenta que una vulnerabilidad aumentada es producto de múltiples diferenciales de exposición.
- d) Prevenir las consecuencias desiguales: considerando que las necesidades de atención pueden variar en cantidad y calidad de acuerdo a la posición social y a las diferencias en exposición y vulnerabilidad. Por ejemplo, frente a un mismo diagnóstico las personas de posición social más baja pueden requerir de mayor apoyo institucional para su cuidado y, sobre todo, para que la enfermedad no represente una pérdida de funcionalidad, o económica y social de la cual ya no sea posible salir.

La Comisión de DSS establece cuatro ámbitos de acción para estas medidas que van desde el individuo hasta el contexto sociopolítico mundial con sus fenómenos de globalización y cambio medioambiental, pasando por los niveles meso, referidos a la comunidad, y macro, asociado al diseño e implementación de políticas públicas y la transformación institucional. Cada uno de ellos corresponde a un objetivo y tipo de intervención: los determinantes estructurales del contexto socioeconómico global son abordados mediante políticas redistributivas enfocadas en la mitigación de los efectos de la estratificación social, a nivel macro se trata de reducir la exposición a factores dañinos para la salud con políticas tales como la creación de espacios saludables y en el nivel intermedio se busca disminuir la vulnerabilidad con el establecimiento de un sistema de equitativo y solidario de seguridad social. En este esquema, el principal ámbito de acción de la atención en salud es la reducción de las consecuencias inequitativas sobre la salud que

producen las diferencias en exposición y vulnerabilidad causadas a su vez por la posición social (30). Cabe mencionar que la propuesta de considerar la *salud en todas las políticas* da cuenta de esta multiplicidad de posibles entradas (191).

El grupo liderado por Blankenship propone el concepto de *intervenciones estructurales*, contrapuestas a las centradas en la prevención individual del riesgo que ignoran que la autonomía y capacidad de agencia de las personas están limitadas por las estructuras sociales e institucionales. De esta forma se relacionan los determinantes estructurales con las intervenciones en salud que están basadas en el supuesto que las causas de los problemas se encuentran en el contexto (192).

2.5.4 Sistema de Salud como Determinante Social

Los sistemas de salud representan un importante determinante intermedio de la salud porque sus acciones influyen directa- o indirectamente sobre la salud actuando en la reducción de la vulnerabilidad y las consecuencias de la determinación social; también pueden contribuir a modificar factores estructurales. Por otra parte, están socialmente determinados ya que tanto su conceptualización como sus formas organizativas y su funcionamiento están estrechamente asociados al sistema económico y político imperante en la sociedad (30).

El informe final de la Red de Conocimiento en Sistemas de Salud establece que los potenciales beneficios de los sistemas de salud abarcan el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas protegiéndolas de la vulnerabilidad y asegurando que todos se beneficien del desarrollo socioeconómico. También pueden generar una percepción de seguridad y contribuir a construir un sentimiento de propósito común en la sociedad. A fin de lograr esto, el diseño y la gestión de estos sistemas debe tener en cuenta las particulares circunstancias y las necesidades específicas de los grupos marginalizados o discriminados, creando condiciones para que puedan desarrollar actoría social (193). De Maeseneer y colaboradores destacan la contribución de la APS en el empoderamiento y la cohesión social, y afirman que esta ocupa un lugar privilegiado para documentar el

impacto de las condiciones de vida sobre la salud de la población que sustente el diseño de políticas públicas intersectoriales (194).

La Comisión de DSS, por su parte, enfatiza en la importancia de un sólido sistema de protección social integral que instaure mecanismos redistributivos y solidarios para el financiamiento de los sistemas de salud y de protección social. Esto permitiría revertir lo que Hart denominó *Ley de Cuidados Inversos*, que postula que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población (182). Es importante tener en cuenta que la existencia de una cobertura universal que permita el acceso a los servicios sin costos directos para el paciente no elimina todos determinantes de la inequidad en salud (3). Frenz y Titelman advierten que la estrategia de establecer garantías mínimas para la atención no debe ser la respuesta final, sino solo un paso en el camino hacia la igualdad (191)(191). Starfield por su parte propone dos dimensiones para la equidad en el acceso a la atención en salud: la horizontal, referida a que las personas con las mismas necesidades tengan acceso a los mismos recursos, y la vertical en que las personas con mayores necesidades dispongan de mayores recursos. La autora afirma que un igual uso de los servicios por parte de todos los grupos poblacionales es indicativo de inequidad(es) (195).

Con base en el modelo de Diderichsen (182) se ha planteado que los sistemas de salud pueden abordar los DSS por medio de una intervención directa en los otros determinantes intermedios, el refuerzo de los factores que disminuyen la susceptibilidad a ciertas exposiciones en los grupos más marginalizados de la sociedad y el fortalecimiento de iniciativas que proponen la adopción elementos positivos tales como las redes de apoyo. A esto se suma el tratamiento de los problemas de salud para evitar que representen una carga en términos de pérdida social y de fuerza laboral y la disminución de sus consecuencias sociales y económicas mediante el aseguramiento y/o la gratuidad en la atención de salud y la activación de las prestaciones sociales. En forma complementaria, Benzeval y otros (Benzeval M, Judge K, y Whitehead M, eds. *Tackling inequalities in health: An agenda for action*. London, King's Fund, 1995, citado en (30)) plantean que los sistemas de salud

deben asegurar una distribución justa, es decir apegada a las necesidades de cada actor, de los bienes y recursos existentes, brindar adecuada respuesta a las necesidades de atención de cada grupo, y liderar procesos que integren una mirada más amplia y estratégica en las políticas de salud y que fortalezcan la acción intersectorial en pro de la equidad y de la justicia social. Desde otra perspectiva, Mol propone la lógica del cuidado como contrapuesta a la lógica de la elección, proveniente de la de mercado, que es la que predomina en los discursos y la práctica médica actual (196).

2.5.4.1 Definición y propósitos de los sistemas de salud

En su definición amplia, un sistema de salud consiste en el conjunto de todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primordial es la de promover, restaurar o mantener la salud, incluyendo tanto los esfuerzos por influenciar sus determinantes como las actividades directas para mejorar la salud. Por lo tanto, un sistema de salud no solo abarca las instituciones o establecimientos que brindan servicios de atención en salud, sino también el cuidado brindado por la familia, los prestadores privados, los programas y políticas orientadas a la adopción de conductas saludables, las instituciones aseguradoras de la salud y la legislación sobre salud y seguridad laboral, además de participación en actividades intersectoriales cuyo objetivo sea mejorar el estado de salud de la población (197). También incorpora las prácticas y los recursos humanos y materiales de los sistemas médicos complementarios (198).

El principio fundamental que debe guiar su organización y funcionamiento es el derecho a la salud; su propósito general es mejorar la salud y la equidad en salud con un uso justo y eficiente de los recursos disponibles (197). El reporte de la OMS dedicado al desempeño de los sistemas de salud establece tres metas generales del sistema: mejor salud, respuesta a las legítimas expectativas de la población incluso más allá de los aspectos directamente asociados a la salud y mayor equidad en las contribuciones financieras (198).

Aun considerando la diversidad de criterios que existen sobre qué y cómo evaluar los sistemas de salud, es posible afirmar que existe una brecha entre el potencial de los sistemas de salud y su contribución real, especialmente en lo referido a la disminución de la inequidad. Cabe mencionar que la importancia de estos sistemas va más allá del ámbito de la salud propiamente tal: aparte de su contribución a incrementar la fuerza de trabajo en general, el sector salud representa casi el 10% del PIB mundial y da empleo a millones de personas (198). Los sistemas de salud también han sido vistos como dispositivos de poder que buscan controlar diferentes ámbitos de la vida de la población (199). Las múltiples acepciones y formas de expresión del poder resultan claves para entender los sistemas de salud (200).

Los servicios¹³ de atención de la salud (o, en la crítica planteada por Granda, de la enfermedad (201)) constituyen la cara más visible del sistema de salud. Estos incluyen las estructuras, procedimientos, recursos y actores involucrados en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y en el mantenimiento, la promoción y la recuperación de la salud (197). La conceptualización de Frenk del sistema de salud plantea que el producto primario de esa forma de organización social y movilización de recursos es la provisión de servicios (202). Estos constituyen el espacio social dónde se implementan las innovaciones tecnológicas, las políticas y las estrategias destinadas al mejoramiento de la salud (203) que deben ser puestas a disposición de quién las necesite. Para lograrlo, es necesario garantizar el acceso a intervenciones efectivas y seguras y brindar una cobertura universal (197) que abarque sus tres dimensiones¹⁴.

¹³ Servicios se refiere a la forma en que los recursos financieros, tecnológicos (fármacos, equipamiento), de información, y humanos se conjugan para entregar determinadas prestaciones

¹⁴ Las dimensiones de la cobertura universal son: el rango de prestaciones a las que se puede acceder, la extensión de estas a todos los grupos poblacionales y el grado de protección social y financiera frente a las consecuencias de estar enfermo y utilizar el sistema de salud (288,289).

2.5.4.2 Modelos de los sistemas de salud

Existen numerosas propuestas para la construcción de modelos que permitan describir y analizar los sistemas de salud. El equipo liderado por Van Olmen realizó una compilación de estos, situándolos en el contexto histórico y político en que fueron concebidos. Esto les permite concluir que nunca son meramente descriptivos, sino que dependen de los propósitos e intereses de quienes los diseñan. Estos autores distinguen dos formas contrapuestas de entender, y por lo tanto modelar, los sistemas de salud: una prevaleciente en los procesos de reforma del sector, que los concibe como proyectos que pueden ser sometidos a re-ingeniería mediante intervenciones puntuales y específicas y otra, más reciente, que los visualiza como sistemas orgánicos que son simultáneamente reflejo de la sociedad en la que se desarrollan, e instituciones sociales en sí mismas (204). Esta tesis trabajará desde este segundo enfoque.

La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud sostiene que el pensamiento sistémico lleva a un mejor análisis de los sistemas de salud ya que permite visibilizar sus características y relaciones subyacentes, tomando en cuenta su dinamismo. Así, las principales características de estos sistemas son: auto-organización, cambio constante, interconexión estrecha, no linealidad, contra-intuitivos, con resistencia al cambio, dependientes del momento histórico y regidos por la retroalimentación (203). Atun afirma que los sistemas de salud son abiertos, adaptativos y complejos, y que interactúan con el contexto, por lo que su abordaje implica considerar sus estructuras, patrones de interacción y dinámicas organizacionales a fin de identificar el mayor número de posibles consecuencias de las intervenciones y generar diferentes escenarios de toma de decisión (205).

El modelo de bloques para la construcción de un sistema de (servicios de) salud propuesto por la OMS, establece seis elementos constitutivos del mismo: provisión de servicios, trabajadores de la salud, sistemas de información, productos

tecnológicos, financiamiento, y liderazgo y gobernanza¹⁵. Este último hace referencia a una visión integral que permite guiar el buen funcionamiento del sistema, en el entendido que las acciones dirigidas su fortalecimiento deben contemplarlo en su totalidad. El funcionamiento de cualquier sistema depende de las interacciones que se establecen entre sus elementos; esta interconexión hace que incluso un pequeño cambio en uno de los bloques afecte a todos los demás elementos y al sistema en su conjunto (197).

La forma en que cada país organiza esto depende de la estructura social y política, su historia y de los valores predominantes en su cultura. Si bien existe amplia variedad de diseños, la mayoría de ellos se basa en cinco modelos clásicos (Bismarck, Beveridge, Semashko, Privado, y Contrato público) que difieren en su forma de financiamiento y organización, y en la pertenencia pública o privada de sus prestadores. En Chile, al igual que en la mayoría de los países latino-americanos, existe un *Pluralismo estructurado*, que consiste en una combinación de varios modelos de acuerdo a la capacidad de pago de los diferentes segmentos de la población, cuya operación está bajo regulación estatal (198).

OMS identifica cuatro funciones esenciales de los sistemas de salud, de las que se derivan cinco tipos de actores: usuarios, prestadores, administradores, financiadores y quienes asumen la gobernanza del sistema. La categorización de estos según su pertenencia al sector público o privado, y la identificación de sus interconexiones (principalmente en términos de flujos financieros, pero también de información y toma de decisiones) representa una forma de modelar los sistemas de salud que ha sido ampliamente utilizada a nivel mundial (198).

El modelo desarrollado por Van Olmen y colaboradores (206) incorpora los insumos en forma de recursos, el proceso representado por la provisión de servicios

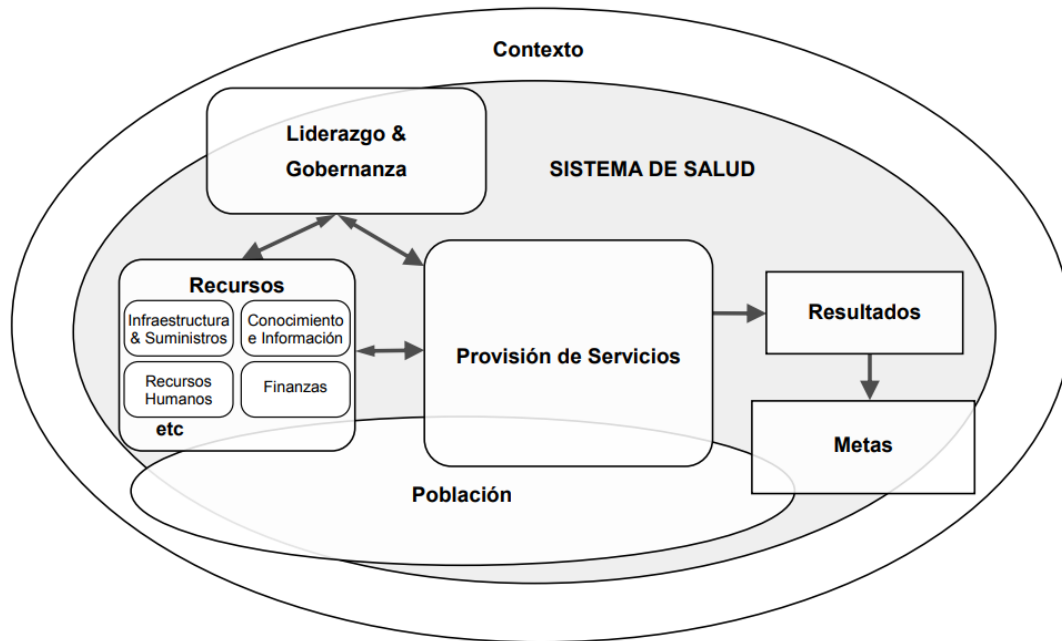
¹⁵ El término gobernanza pretende superar la limitación de conceptualizar la rectoría como: “establecer las reglas del juego y hacerlas cumplir” (199:X). El propósito de la gobernanza es proteger el interés público mediante acciones políticas y técnicas que tomen en cuenta la diversidad de demandas y los cambios en el contexto social tales como una sociedad más pluralista y un incremento del sector privado (197).

como elemento central del sistema, y sus resultados y metas. Incluye además la gobernanza como mecanismo de retroalimentación y control del sistema, y a la población en sus múltiples funciones: usuaria de los servicios, productora de atención mediante el autocuidado, y participante en el diseño y regulación del sistema. Propone considerar también el contexto y explicitar los valores y principios en los que se fundamenta su diseño y funcionamiento. La dimensión dinámica de este modelo está dada por el reconocimiento del sistema de salud como sistema social en el que hay interacción entre actores con capacidad de agencia propia, y existen múltiples procesos de retroalimentación y relaciones no-lineares. Esto hace que emerjan equilibrios temporales cuyos resultados en términos de impacto son muy difíciles o imposibles de prever.

Aunque los elementos de este modelo son, en esencia, los mismos que en el de la OMS, sus características distintivas son:

- A diferencia de los resultados, medidos en términos de calidad de atención, acceso, cobertura y capacidad de respuesta por parte de los servicios, las metas o propósitos están ubicados en el borde del sistema, intersectando con el contexto. Esto reconoce la influencia de los demás DSS en el estado de salud y en la protección financiera frente a la enfermedad o discapacidad.
- El contexto en el que opera comprende el sistema político, la organización del sector público y su financiamiento y las relaciones entre este y el sector privado, considerando al sistema de salud como un determinante intermedio.
- La mención explícita de los valores y principios en que se fundamenta el sistema, entendiendo que la expresión de estos en el funcionamiento del sistema depende de la distribución y formas de ejercicio de poder en las relaciones interpersonales entre los involucrados (ver ilustración 8).

Ilustración 8: Marco Conceptual Dinámico de un Sistema de Salud



Fuente: Van Olmen et al (2012) The Health System Dynamics Framework (206)

2.5.4.3 Sistemas de Salud y atención de las enfermedades crónicas

Como ya se mencionó se han dado importantes cambios demográficos y epidemiológicos que hacen que los sistemas de salud tengan que brindar atención a personas con múltiples enfermedades crónicas concomitantes (207). El objetivo de la atención a personas con patologías crónicas no es su completa curación o la eliminación de la enfermedad, sino la disminución de los síntomas y el mejoramiento del estado funcional y de su calidad de vida. Para esto se requiere adherencia al tratamiento y un seguimiento continuo, además de un manejo integral e integrador de las co-morbilidades. Lograrlo implica una modificación en la organización de la respuesta institucional a fin de adoptar un *enfoque diagonal* y sistémico (75).

Kruk y colaboradores identifican cuatro elementos esenciales para una adecuada respuesta institucional frente a las ECNT: integración de los servicios, nuevas formas de prestación la atención, atención enfocada en el paciente y las comunidades; y uso de las nuevas tecnologías de comunicación (75). La integración representa una estrategia clave para lograr una atención centrada en las personas

(75,207) que responda a las necesidades multidimensionales de las comunidades y los pacientes a largo el todo su ciclo vital (208). Esta integración debe tomar en cuenta la capacidad institucional para implementar una plataforma única de entrega de servicios y sus posibles ventajas o sinergias. La conducción del sistema tiene que garantizar que no existan brechas en el acceso y a que sus elementos actúen de forma complementaria y no competitiva, a fin optimizar el flujo de pacientes e información y garantizar una atención de calidad (206).

La OMS reconoce que muchos sistemas de salud, y particularmente los de los países de ingresos medios y bajos, necesitan una profunda transformación para atender adecuadamente a las personas con ECNT (209). La revisión del impacto del sistema de salud sobre la atención de las personas con diabetes realizada por Beran concluye que en estos países, más que falta de recursos, existen importantes problemas en la organización y gestión de la provisión de servicios que podrían ser resueltos mediante un abordaje que considere el contexto local y las necesidades específicas de los pacientes (210).

Una vez descritas las características generales de los sistemas de salud, así como los modelos utilizados para su descripción y análisis, se presentará el sistema de salud chileno enfatizando en el sistema de atención primaria de la salud, por ser ese el espacio en que se desarrollará la presente investigación.

2.5.5 Sistema de Salud de Chile

El sistema de salud chileno comprende un subsistema público y otro privado. El acceso al sistema privado está restringido a los grupos sociales de mayores ingresos con capacidad de pagar la prima de una ISAPRE o del bolsillo directamente a los prestadores. Un pequeño número de obreros y empleados en contrato colectivo está asegurado mediante ISAPREs cerradas que solo permiten la afiliación a estos trabajadores (211).

El mayor porcentaje de chilenos está afiliado a Fondo Nacional de Salud (FONASA), principal organismo asegurador del sector público que administra las

cotizaciones obligatorias de los trabajadores o empleados equivalentes al 7% de sus ingresos mensuales, sumado el aporte fiscal directo del Estado para la atención de aquellas personas que carecen de recursos propios. Para los afiliados al FONASA existen dos modalidades de atención: institucional o de libre elección. La primera limita la capacidad de elección del usuario a las instituciones del sector público, mientras que en la modalidad de libre elección la persona puede escoger al prestador incluso dentro del sistema privado siempre y cuando tenga convenio con FONASA. Para esto deben realizar un copago equivalente a la diferencia entre el precio fijado por FONASA y el cobrado por el prestador. Para la atención institucional también existen copagos que son calculados considerando el nivel de ingresos del afiliado y fluctúan entre el 10 al 20% del precio del servicio fijado por FONASA. Los más pobres (tramos A y B), los mayores de 65 años y los atendidos por patologías cubiertas por el GES están exceptuados de co-pago (211).

Los prestadores del sistema público conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que atiende a más del 70% de la población chilena. Los miembros de las Fuerzas Armadas y sus familiares cuentan con un seguro y prestadores de salud propios, que son financiados por los impuestos generales. Aproximadamente un 7% de la población no está adscrito a ningún sistema de seguridad social, pero utiliza los servicios públicos en caso de necesidad. Los accidentes laborales y enfermedades profesionales son cubiertos por un el Instituto de Normalización Previsional o por un subsistema privado específico conformado por tres mutuales, que tienen sus propios prestadores de salud (211).

La red de prestadores del SNSS está compuesta por 29 Servicios de Salud Regionales, por hospitales autogestionados y por el sistema municipal de Atención Primaria. Según lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades del 2002 y en el Estatuto de Atención Primaria de Salud *“la armonización de los Planes Comunales se realiza a nivel de los Servicios de Salud y de los Servicios de Salud a nivel de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud”* (Citado en: (213:22)) cuyo superior jerárquico es el Subsecretario de Salud Pública. Sin embargo, estos servicios también mantienen

también una relación directa con la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Las SEREMIs deben velar por el cumplimiento de las políticas, planes y programas establecidos por la autoridad nacional, lo que incluye monitorear el cumplimiento de las metas sanitarias y definir los *compromisos de gestión* regionales (212).

Los elementos estructurales y funcionales establecidos por el MAIS chileno para la conformación del sistema de salud, son los mismos planteados por OPS: énfasis en la prevención y promoción y garantía del primer contacto con los servicios, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Su organización y gestión está orientada al logro de una mejor calidad, eficiencia y efectividad y a la promoción de la participación individual y colectiva y de la intersectorialidad (62). A esto, el modelo chileno agrega cobertura universal a una atención integral e integrada, que responda a las necesidades de salud con base en la evidencia disponible y utilice los recursos de manera no solo eficiente y efectiva, sino también equitativa (65).

De acuerdo a las políticas establecidas por la Reforma de Salud de 2005 la atención primaria constituye el eje del sistema de salud: debe ser la principal puerta de entrada hacia la red asistencial e interactuar con la comunidad y los otros sectores. El sistema APS está concebido como un espacio de cuidado continuo que maneja y resuelve un alto porcentaje de la demanda y origina el proceso de referencia y contra-referencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y la hospitalización. El diseño de la red y la programación de sus actividades deben considerar el proceso completo requerido para la resolución del problema de salud, garantizando continuidad de la atención (65).

2.5.5.1 Organización de la Red de Atención Primaria en Chile

Las redes de prestadores de salud del sistema APS están conformadas por diferentes tipos de establecimientos de acuerdo al tamaño de su población inscrita y su nivel de resolutivez. Los sin población inscrita incluyen las postas rurales y

los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): las primeras son atendidas por técnicos paramédicos con apoyo de un equipo itinerante conformado por médicos, matronas, odontólogos, psicólogo y trabajadores sociales (213) de acuerdo a la disponibilidad de recursos; los segundos cuentan con un equipo similar al de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria (CESFAM) pero atienden a comunidades de menos de cinco mil personas. Los CESFAM cuentan con al menos dos equipos de salud, cada uno compuesto por un médico, una enfermera, una nutricionista, una odontóloga, una matrona, un sicólogo, una trabajadora social y uno o más técnico(s) paramédico(s) quiénes atienden a un sector poblacional de 10.000 personas (55), aunque algunos llegan a tener hasta 120.000 inscritos. En muchos municipios existen además consultorios de salud mental (COSAM) en los que la atención es brindada por siquiátras, sicólogos, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos especializados en rehabilitación. La red también incluye los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y los hospitales generales; existe gran variedad de denominaciones y subtipos de establecimientos.

Los establecimientos que representan el primer nivel de atención en salud han sufrido un importante proceso de cambio en las últimas décadas. Antes de 1990 eran denominados consultorios y tenían una función eminentemente curativa y de implementación de programas de control y prevención de enfermedades en forma atomizada. Entre 1992-93 se los llamó Centros de Salud y a partir de 1995 surgen los Centros de Salud Familiar que están en proceso de consolidación (214). Varios documentos elaborados por el MINSAL en colaboración con universidades y otros actores del sector han buscado guiar estas transformaciones. El denominado *Consultorio a Centro de Salud* presenta un marco conceptual sobre APS (214), el *Modelo de Atención Integral en Salud* acompaña la implementación oficial del modelo en el 2005. *En el camino al Centro de Salud Familiar* plantea una profundización del modelo mediante un mayor trabajo con las familias, el ensayo de nuevas formas relacionales, y la ubicación del usuario en el centro del quehacer. Además, propone buscar caminos para que los establecimientos se constituyan en ejes del desarrollo social local convirtiéndose en CESFAM. El documento *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud*

Familiar y Comunitaria propone sistematizar las diversas experiencias para definir acciones concretas que permitan pasar de los conceptos abstractos a un modo de hacer salud que corresponda con los principios de la APS (65).

Una innovación clave es la definición de una población a cargo, entendida como las personas residentes en un área geográfica delimitada, e inscritas en el establecimiento, para las cuales el centro de salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios necesarios para mantenerla sana o mejorar su salud. En esta *sectorización* el equipo de salud debe asumir la responsabilidad del cuidado para cada paciente idealmente de manera individual, con el fin de completar la exploración clínica integral y planificar el cuidado a mediano plazo. Este requiere que la información clínica pertinente esté disponible para todos los profesionales involucrados en la atención y que se simplifiquen los procesos, a fin de optimizar la experiencia del usuario con los servicios de salud (65). Aún no se ha evaluado la implementación de esta estrategia que frecuentemente ha estado limitada, entre otros factores, por la escasez de profesionales que integren los equipos de salud.

2.5.5.2 Implementación y Gestión del Modelo de Atención Integral en Chile

Dos leyes apoyan la gestión de los establecimientos de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud:

- *Estatuto de Atención Primaria* (Ley 19.378) de 1995, que constituye un conjunto de normas que regulan el financiamiento mediante aporte estatal y la administración, las relaciones laborales, el sistema de remuneraciones, la carrera funcionaria, así como normas relativas al quehacer de la APS.
- *Ley de Autoridad Sanitaria* (19.937) del 2004 que señala que la red de cada Servicio de Salud se organiza con base en un primer nivel de APS cuyos establecimientos atienden a la población de un determinado territorio (215).

El Reglamento General del *Estatuto* establece que la estructura y organización de los establecimientos de atención primaria serán definidas por las entidades administradoras con base en el Modelo de Atención de Salud y el plan de salud comunal. Los lineamientos de este reglamento recomiendan conformar equipos

multiprofesionales que tengan presente que el eje articulador del sistema es el usuario y reorientar la organización con base en propuestas matriciales que le permitan cumplir una función articuladora entre las normas programáticas y las necesidades de la población (65).

El principal mecanismo de financiamiento del sistema APS es el per cápita equivalente a 4.700 pesos/persona (inscrita) /año pagado por FONASA¹⁶ cuyo manejo en la mayoría de los casos está en manos del municipio. Este monto debe destinarse al logro de determinados objetivos en salud a través de la oferta de una canasta de prestaciones definidas en el Plan de Salud Familiar, cuyo cumplimiento es evaluado mediante el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud. Los Programas de Reforzamiento, cuyo objetivo es fortalecer ciertas líneas estratégicas consideradas como prioritarias para el país entre las cuales se encuentra el MAIS, representan una fuente adicional de financiamiento, a esto se suma el aporte proveniente de los impuestos recaudados por los municipios (65).

El sistema de información está fragmentado, no solo porque no hay integración de la información producida en APS con la proveniente de los hospitales; sino porque existen diversos subsistemas que no interactúan entre sí. Los sistemas informáticos para el registro de información de la ficha clínica del paciente han sido diseñados por diferentes empresas y no son uniformes a nivel nacional. La información producida por los establecimientos APS es recogida por los estadísticos municipales o del Servicio de Salud quienes analizan la información proveniente de los formularios REM y la transmiten al Departamento de Estadística e Información en Salud del MINSAL. El SIGGES por su parte, da seguimiento a pacientes con patologías o condiciones de salud incluidas en el sistema GES. Una vez que ha sido detectada, el funcionario de salud debe llenar un formulario especial que, a diferencia de los anteriores, incluye el RUT del paciente, y acompaña al usuario en su ruta terapéutica por los diversos establecimientos y atenciones. Por último, para

¹⁶ Los establecimientos denominados “delegados” reciben un mayor per cápita (aproximadamente 7500 pesos/persona/año) porque no se les transfieren recursos por programas de reforzamiento.

la evaluación del cumplimiento de las metas sanitarias y el pago del incentivo por desempeño, los establecimientos o comunas llenan un formulario específico que es enviado directamente a la Subsecretaría de Salud Pública del MINSAL¹⁷.

2.5.6 Determinantes sociales de la prevalencia de diabetes

A continuación, se analiza la influencia de los DSS sobre la prevalencia y distribución poblacional de la diabetes para luego presentar su asociación con la calidad de atención de pacientes con DM2.

La pobreza, pero sobre todo la inequidad, están estrechamente relacionadas con las ECNT: dos tercios del total de defunciones causadas por estas enfermedades se registran en los países de ingresos bajos y medios. En casi todo el mundo las personas de baja posición socioeconómica son las que más se enferman y mueren antes por estas patologías, lo que se debe a su mayor riesgo de exposición a factores deletéreos, así como un menor acceso y utilización de las prestaciones del sistema de salud (1). Se estima que más de 70% de las personas con diabetes en el mundo viven en países de ingresos medios o bajos (LMIC); en los de altos ingresos la prevalencia de DM2 también es significativamente mayor en los más pobres. Al mismo tiempo, la enfermedad puede incrementar la pobreza al tener que destinar recursos para cubrir los costos de atención y del cuidado en caso de que se produzca dependencia, especialmente si estos gastos deben ser asumidos exclusiva- y directamente por el presupuesto familiar (216).

En los últimos 25 años, los países que han experimentado el crecimiento más rápido en las tasas de prevalencia de diabetes son los de ingresos medios altos. La prevalencia de diabetes, y su velocidad de aumento, están fuertemente asociadas a inequidades dentro de cada país (2). El análisis los datos de la encuesta mundial de salud en LMIC realizado por Hosseinpoor y colaboradores muestra una mayor prevalencia de diabetes en las personas de bajos ingresos; esta diferencia es más

¹⁷ Barros, Ximena; comunicación personal (2016)

pronunciada en los países más pobres (217). En relación al lugar de residencia los LMIC muestran una mayor prevalencia de diabetes en áreas urbanas, al contrario de lo observado en países de altos ingresos. Según Whiting y colaboradores esto se debe a la mayor inactividad y obesidad en los contextos urbanos del primer grupo de países, tendencia en parte se revierte con un mayor desarrollo (3). Se puede concluir que el crecimiento económico de un país, más cuando es muy rápido como en Chile durante las últimas tres décadas, trae consigo una reversión de la tendencia histórica, pasando los grupos sociales marginados a ser los más afectados. La hipótesis del *fenotipo o genotipo ahorrador*¹⁸ podría estar jugando un papel importante en el incremento de los casos de diabetes en estos grupos.

La obesidad, factor precursor de la DM2, muestra un patrón similar: en los países desarrollados es más frecuente en los grupos de menores ingresos, mientras en los LMIC los más ricos detentan mayores tasas (216). Además, la distribución de la grasa corporal que disminuye el riesgo de adquirir DM2 es menos frecuente en la población pobre. Existe debate acerca del mecanismo causal implicado en esta asociación: algunos autores niegan un efecto directo y postulan que la elevación del IMC actúa como marcador de una dieta poco sana e inactividad física, siendo estos los verdaderos precursores de la DM2 (3).

El nivel educativo es el determinante más estudiado ya que representa un fuerte predictor, tanto para la adquisición como para el adecuado manejo clínico de la diabetes. Estudios en Perú y Colombia encuentran diferencias en la prevalencia de la enfermedad de acuerdo a los ingresos y el nivel educativo, pero quizá debido a limitaciones metodológicas, en Perú estas no resultan significativas luego de ajustar por edad y sexo. Si se pudo establecer la asociación entre las conductas que incrementan el riesgo cardiovascular y el nivel socioeconómico (218). Los datos

¹⁸ Esta hipótesis plantea que una desnutrición en las primeras etapas de la vida, incluyendo al período prenatal, activa un mecanismo o un conjunto de "genes ahorradores" que incrementan la capacidad del individuo para almacenar grasa, lo cual a largo plazo incrementa el riesgo de desarrollar DM2. La evidencia aún no es suficiente para probar esta hipótesis, pero los estudios existentes demuestran la validez de los modelos que incorporan la acumulación de factores de riesgo en etapas tempranas del ciclo vital (3).

de la ENS colombiana muestran una razón de prevalencia entre ninguna educación y estudios universitarios de 1,86 (IC_{95%} 1,57- 2,20) y de mujer /hombre de 1,35 (IC_{95%} 1,10-1,65), pero la razón de prevalencia entre el segundo y cuarto quintil de riqueza fue de 1,09 (IC_{95%} 0,74-1,40) (219).

En Chile, la ENS del 2009-2010 revela que la prevalencia de diabetes alcanza 20,5% entre los encuestados que tienen menos de 8 años de educación formal, valor tres veces mayor que el encontrado entre aquellos que tienen entre 8 y 12 años o más de 12 años de educación (7,1% y 6,2% respectivamente). Este patrón se repite todos los principales factores precursores de la enfermedad: la prevalencia de obesidad central¹⁹ alcanza 75,7% en los con menor educación y disminuye a 59,2% y 57,8% en quienes estudiaron entre 8 y 12, o más de 12 años respectivamente. En cuanto al síndrome metabólico²⁰ este gradiente va desde 26,4% en los con educación superior y 47,8% en los con menos educación. Sin embargo, la asociación entre nivel educativo y la prevalencia de diabetes pierde significancia estadística al ajustar por edad y sexo: OR para el nivel educativo bajo 1,57 (IC_{95%} 0,90-2,74) y nivel educativo medio 0,98 (IC_{95%} 0,58-1,65); siendo la referencia las personas con más de 12 años de educación formal. La asociación entre lugar de residencia y diabetes tampoco resulta significativa (OR ajustado por edad y sexo: 1,01 (IC_{95%} 0,65-1,56) para población rural. Las prevalencias más altas se encuentran en la VI y IX Región (12,6% y 12,7%), respectivamente, pero pierden significancia al ajustar por edad y sexo, salvo para la Región de Los Lagos donde es significativamente menor que en la Región Metropolitana (OR ajustado 0,49; IC_{95%} 0,27 - 0,87) (7).

La información recogida por la ENS del 2003 muestra que este patrón se ha mantenido en el tiempo: la prevalencia de diabetes era de 21,3% en la población sin estudios formales y de solo 2,5% en aquellos con estudios superiores (6). En la

¹⁹ Según criterio C3: circunferencia abdominal mayor a 87 cm en hombres y 82 cm en mujeres

²⁰ Definido por la presencia de al menos 3 de los 5 criterios clínicos: cintura, HDL, triglicéridos, presión arterial y glicemia

línea basal del estudio de una cohorte conformada por 920 sujetos se encontró una significativa diferencia en la prevalencia de diabetes entre grupos de nivel socioeconómico²¹ alto y bajo (6,7% y 3,5% respectivamente), lo que permite calcular un OR de 2,01 (IC_{95%} 1,71-2,36). Esta diferencia resulta consistente con la encontrada en la prevalencia de diabetes en personas con menor nivel educativo (7,3%) comparada con aquellas con ocho o más años de educación formal (3,0%), con un OR de 2,53 (IC_{95%} 2,14-2,99) (220).

2.5.7 Determinantes sociales en la atención de personas con diabetes

La escasez de recursos es un importante condicionante de la calidad de los cuidados que se brindan a los pacientes, pero no debe subestimarse la influencia de las políticas públicas, y particularmente de los criterios con que se priorizan los problemas e intervenciones, así como de la organización y forma de funcionamiento de los sistemas de salud, en el acceso equitativo a las prestaciones de salud por parte de la población (221).

La evidencia acerca de la influencia de los factores socioeconómicos sobre las tasas de detección de la enfermedad no es concluyente: un estudio en Bahía- Brasil demostró asociación entre oportunidades perdidas para el diagnóstico oportuno de diabetes y barreras de acceso y utilización de los servicios de salud (222), pero otro estudio de Estados Unidos, no encontró asociación entre la tasa de detección de diabetes y el estrato socioeconómico, medido por el nivel de educación e ingresos, ni con tener o no un seguro de salud (37). Por su parte, el intento de correlación de los datos disponibles acerca del porcentaje de personas con diabetes que conocen su diagnóstico, con el puntaje alcanzado por el sistema de salud en el ranking elaborado por el Informe sobre la Salud en el Mundo (198) muestra amplia variabilidad, por lo que no se pudo establecer correlación entre esas variables. Sin

²¹ Establecido mediante una escala que relaciona los años de educación alcanzados con el ingreso monetario del hogar.

embargo, esto podría deberse a un sesgo de sobrevida, que es menor en los pacientes que viven en países con sistemas de salud deficientes (3).

2.5.7.1 Inequidad en el proceso de atención de las personas con diabetes

La probabilidad de tener cubierta la atención, medicamentos e intervenciones necesarias para el adecuado manejo de estas enfermedades por un seguro de salud es casi cuatro veces mayor en los países con ingresos altos que en los de bajos ingresos (1). En aquellos países en que no existe obligatoriedad de afiliación, el tener diagnóstico de diabetes puede incluso significar no tener acceso a un seguro de salud (3). La inequidad también se manifiesta dentro de los países: los estudios revisados por Brown y colaboradores en los Estados Unidos muestran una clara disminución en la frecuencia de realización del examen de los pies y el fondo de ojo en las personas que no tienen seguro de salud; dato que se relaciona con una significativa mayor prevalencia de complicaciones en estos grupos (32).

A pesar de las diferencias en sus sistemas de salud, este patrón resulta similar al encontrado por Hippisley-Cox en el Reino Unido. Los pacientes diabéticos que residían en áreas de menor nivel socioeconómico o con porcentajes elevados de población de etnia “no blanca”, tenían consistentemente menor registro de actividades de control de su enfermedad en la atención primaria, incluyendo anamnesis, realización de test de laboratorio y exámenes clínicos complementarios. Casi todos los OR ajustados por edad y sexo fueron menores a uno, con excepción del registro del hábito de fumar, que fue mayor en los pacientes provenientes de áreas en que hay alto índice de población de otras etnias (OR 1,23 IC_{95%} 1,12-1,35). Este dato podría ser interpretado como una conducta discriminatoria por parte del personal de salud²² (34).

Una revisión sistemática que buscaba establecer la existencia de inequidades en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de pacientes con

²² Solo el registro del examen de tamizaje para neuropatía periférica muestra un patrón similar, pero con un OR más cercano a la unidad (1.17, IC 95% 1.06-1.29); esto aún no ha sido explicado.

diabetes en países pertenecientes a la OECD en los que existe cobertura universal de atención a la salud extrae similares conclusiones. El análisis de 25 artículos que cubrían tres dimensiones de la inequidad (posición socioeconómica, etnia y género) y esos cinco procesos de la atención mostró consistencia en cuanto a la existencia de inequidad en el tratamiento, control metabólico y el uso de los servicios de salud asociada a la etnia del paciente. Cabe mencionar que en la mayoría de los estudios no se ajustó por posición socioeconómica por lo que es posible que esta sea la causa subyacente. En cambio, las inequidades directamente vinculadas con la situación socioeconómica se evidencian sobretodo en el diagnóstico y el control de la enfermedad. Hay que considerar que se detectaron deficiencias metodológicas que no permiten excluir la presencia de sesgos y que la gran heterogeneidad en los diseños imposibilitó un análisis conjunto en términos cuantitativos (36).

Una revisión posterior amplía la búsqueda a estudios realizados cualquier parte del mundo, considerando solo artículos referidos al manejo de la DM2. También aquí la variabilidad en la definición de las variables dificulta un análisis sistemático de los 21 artículos revisados, pero la evidencia confirma el patrón de una peor atención, tanto en los indicadores de proceso como de resultado, para las personas de bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre este nivel y los valores de presión arterial ni con el control del perfil lipídico. La asociación entre la calidad de atención y la residencia en sectores marginales indica la misma tendencia de empeoramiento a medida que se incrementa la vulnerabilidad social; asociación que se fortalece al tomar en cuenta los indicadores de resultados más que los de proceso (33).

Cabe destacar que ninguna de estas revisiones incluyó estudios realizados en Latinoamérica; una búsqueda en Scielo con las palabras “determinantes sociales” y diabetes o inequidad / desigualdad y diabetes, sin otras restricciones, encontró 12 artículos en su mayoría referidos a la relación entre los determinantes sociales y la prevalencia de la enfermedad o sus factores de riesgo. Solo Gutiérrez y colaboradores (223) abordan el tema de la inequidad en la atención de pacientes, pero para su medición utilizan indicadores de resultados distales, concretamente la

presencia de complicaciones; encontrando que la diferencia entre los quintiles más y menos favorecidos es estadísticamente significativa tanto para hombres como para mujeres; además de sostenerse a lo largo de las tres encuestas nacionales de salud analizadas (2000, 2006 y 2012). Una búsqueda similar en PubMed solo muestra dos artículos: uno sobre el manejo de depresión en pacientes latinos en Estados Unidos, y el de Silva y colaboradores que analiza las encuestas de salud ocular de seis países latinoamericanos y encuentra mayor prevalencia y menor atención a este problema entre las personas socialmente más desfavorecidas (224).

Desde la perspectiva de los pacientes, e incluso de los prestadores, estos condicionantes aparecen con claridad como lo muestra un estudio cualitativo realizado en Cambodia, donde junto con aspectos culturales y de conocimiento acerca de la diabetes, los entrevistados identifican importantes barreras económicas y organizacionales para el acceso a una atención de calidad por parte de los más pobres y vulnerables (225). En Latinoamérica, el estudio etnográfico de Domínguez-Mon con un grupo de pacientes con DM2 en Buenos Aires recoge sus explicaciones sobre el incumplimiento de las indicaciones médicas, resaltando que este no constituye una elección personal, sino está determinado por sus condiciones de vida y por las relaciones familiares y sociales, por lo tanto, las advertencias de los profesionales de la salud en cuanto a las posibles consecuencias son percibidas como “castigos” cercanos al maltrato (226).

2.5.7.2 Inequidad en los resultados de la atención

Las desigualdades en la atención repercuten directamente en los resultados clínicos de los pacientes. Aunque en general existe un alto porcentaje de pacientes que no logran un adecuado control de su enfermedad en términos de tener un valor de HbA1c $\leq 7,5\%$, este porcentaje aumenta significativamente en aquellos países, o grupos poblacionales dentro de los países, que disponen de menos recursos para la atención. Por ejemplo, el análisis de datos de las encuestas nacionales de salud de Estados Unidos e Inglaterra encontró que el porcentaje de personas con diabetes que recibían tratamiento, así como los valores promedio de HbA1c y otros indicadores de buen control metabólico, eran semejantes en ambos países. Sin

embargo, en Estados Unidos al comparar los datos de las personas con y sin seguro de salud, todas las mediciones resultaban significativamente peores para el segundo grupo (promedio HbA1c: 7,5% para asegurados y 8,6% para no asegurados; porcentaje de pacientes con diabetes compensada: 50,2% y 39,9%; valor promedio de colesterol: 5,4mMol/L y 6,2mMOL/L respectivamente). Los autores concluyen que tener acceso universal a la atención libre de pago directo por parte del paciente representa un camino para lograr mejor control de la diabetes (227). Sin embargo, otros estudios muestran que aún en los países en los que hay cobertura universal existe gradiente en el porcentaje de pacientes con diabetes bien controlada asociado al área de residencia y al nivel educativo. El estudio realizado en el Reino Unido encontró un OR de 0,88 (IC_{95%} 0,82-0,95) entre pacientes que residen en áreas de bajo nivel socioeconómico y los de otras áreas. Para la etnicidad esta asociación no pudo comprobarse estadísticamente ya que el OR fue 0,97 (IC_{95%} 0,87-1,07) (34).

La inexistencia de definiciones estandarizadas dificulta una comparación de la frecuencia de complicaciones debidas a la diabetes. Sin embargo, tanto en Estados Unidos como en algunos países europeos se ha demostrado la relación entre mayores tasas de complicaciones y bajo nivel socioeconómico. Un estudio del Reino Unido encontró que de 770 pacientes con diabetes atendidos en consultorios de medicina general aquellos con menor nivel educativo tenían mayores probabilidades de sufrir de retinopatía (OR ajustado 4,3; IC_{95%} 0,8-23,7) y enfermedad cardíaca (OR 3,6; IC_{95%} 1,1-11,8); además de ser más frecuentemente reportados como no adherentes al tratamiento (OR 0,43; IC_{95%} 0,26-0,71) (228). En Canadá la tasa de hospitalizaciones por complicaciones evitables fue mayor entre residentes en áreas consideradas como marginadas, aun cuando no se encontró gradiente en el acceso a los servicios de salud (3).

La asociación entre el nivel socioeconómico y los indicadores de impacto tales como calidad de vida, presencia de depresión, y efectos sobre la economía familiar ha sido poco estudiada para DM2. Un estudio en la India encontró que en hogares pobres urbanos se destinaba hasta 34% del presupuesto familiar en el cuidado de

un familiar con DM2. Esta cifra era de 27% en los hogares pobres rurales y bajaba a 4,8% en familias con mayores ingresos (229).

Las tasas de mortalidad por diabetes para todos los grupos etarios son consistentemente más altas en los países menos desarrollados que en los otros países; esta diferencia es más marcada en los adultos jóvenes. Las comparaciones de las tasas de mortalidad por nivel socioeconómico dentro de los países, aunque limitadas, muestran una clara relación inversa entre ambas variables. En Tanzania por ejemplo, esta tasa se duplica en personas sin educación (3). En la región americana las tasas de mortalidad específica del 2007 también demostraban inequidad: el 20% más pobre acumulaba casi 30% de las defunciones causadas por esta enfermedad, mientras que solo 14% de estas acontecía en el 20% más rico de la población. Se calcula que en el estrato social más bajo existe un exceso de muertes por diabetes de 25 / 100mil personas (11).

No se encontraron estudios sobre este fenómeno en Chile salvo un análisis de sobrevida en la cohorte del proyecto San Francisco que aplicó el modelo de regresión de Cox. Se determinó un *hazard ratio* del riesgo de muerte por cualquier causa asociado al nivel socioeconómico bajo de 3,34 (IC_{95%} 2,88-3,87), razón que casi se duplica (6,05; IC_{95%} 5,05 -7,26) en la comparación de un nivel de educación menor de 8 años con los que estudiaron más tiempo (220).

2.5.8 Intervenciones sobre la inequidad en la atención de pacientes con diabetes

Las intervenciones que buscan abordar las inequidades debidas a la organización social y el modelo económico mundial están relacionadas con tratados comerciales internacionales y políticas de regulación del mercado que resultan difíciles de implementar por los conflictos de interés y sus potenciales efectos sobre el desarrollo económico de los países. Para disminuir el diferencial de exposición se han propuesto estrategias tales como el cambio en la aceptación cultural de ciertas conductas, así como en el contexto en que estas se desarrollan. En relación a la vulnerabilidad es importante garantizar un acceso oportuno y equitativo a

atención de salud de buena calidad, e incorporar mecanismos que permitan la medición de inequidades y sus consecuencias sobre la salud (3).

El proyecto *Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar* desarrollado en Cuba buscaba evitar la aparición de ECNT, para lo cual el médico de familia ofrecía educación personalizada sobre los DSS específicos que afectaban a cada individuo. Los resultados preliminares muestran disminución del tabaquismo, consumo riesgoso de alcohol, IMC y presión diastólica en el grupo que recibió la *consulta salutogénica* en comparación con el de control. En este grupo la incidencia de diabetes aumentó significativamente más que en el intervenido (230).

El proyecto *Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH)* de Estados Unidos es una intervención con base comunitaria y enfoque multifactorial que busca reducir las inequidades asociadas a diferencias raciales o étnicas en seis áreas de la salud, entre ellas la diabetes. Si bien algunas de las acciones implementadas lograron disminuir la prevalencia de factores de riesgo en personas afroamericanas o latinas, sus evaluaciones no usaron contra-factuales por lo que no es posible extraer conclusiones válidas sobre su efectividad en la prevención de diabetes y menos, en la disminución de la inequidad (231).

Se han implementado numerosas estrategias orientadas a optimizar el diagnóstico y la adherencia al tratamiento de pacientes con ECNT pertenecientes a grupos vulnerables. La adecuación cultural y lingüística de la atención, así como la creación de grupos de autoayuda han sido usadas a fin de disminuir las brechas causadas por la posición socioeconómica de los pacientes. También se ha planteado la importancia de tomar en cuenta las condiciones de vida, trabajo e interacción social de estas personas en el proceso de atención, especialmente en las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud a sus pacientes (3). Un estudio en personas con diabetes vistas en la atención primaria de Estados Unidos, establece que el estatus socioeconómico, el estrés psicológico, la percepción de autoeficacia y las redes de apoyo social actúan directamente sobre el (auto-)control de la enfermedad (232). Todo esto permite vincular la acción sobre los DSS con los postulados de la atención integral centrada en el paciente.

En resumen: las inequidades operan en cuatro niveles diferentes pero interrelacionados. Existe un diferencial en la exposición a factores ambientales diabetogénicos, lo que condiciona diferencias en la vulnerabilidad que se expresan en conductas de riesgo tales como inactividad física y alto consumo de calorías. Esto, unido a inequidades en el acceso a atención de salud produce importantes diferencias en cuanto a los resultados, medidos en términos del nivel de control de la enfermedad, y de la aparición de complicaciones y muerte prematura. Todo esto redundando en un diferencial en la calidad de vida y la posición socioeconómica. Para cada uno de estos diferenciales se han desarrollado estrategias de intervención que buscan reducir tanto el factor en sí, como la brecha que marca la inequidad (3); sin embargo su efectividad aún no ha sido probada de manera consistente.

3. Planteamiento del problema

3.1 Síntesis de la problematización

Siguiendo la misma tendencia de la mayoría de los países del mundo y en especial aquellos que han experimentado un rápido crecimiento económico (1–3), en Chile la prevalencia de DM2 se ha casi duplicado en los últimos quince años. Según los datos de la ENS, en 2003 esta enfermedad afectaba a 6,3% de la población adulta (6) mientras que los resultados del 2017 muestran una tasa de 12,3% (9). La tasa de mortalidad específica por esta enfermedad también ha aumentado en este período, pero al ajustarla por edad y sexo tiende a disminuir, lo que indica que su alza se debe al envejecimiento poblacional más que a un incremento en la letalidad (43). Aun así un tercio de las muertes por DM2 se da en personas menores de 70 años y un elevado número de pacientes desarrolla complicaciones graves e incapacitantes (19). Esto implica una gran pérdida de AVISA y elevados costos para su atención en los sistemas de salud (12).

El control de la diabetes está incluido como prioridad del sector salud y se han desarrollado múltiples estrategias para su prevención, reconociendo la importancia de un abordaje intersectorial y de la participación de un amplio espectro de actores (3,4,13,55). Sin embargo, en consideración a las dificultades o barreras encontradas para su diseño e implementación, el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de ECNT de OMS fija como objetivo específico la detención de su aumento, enfocando los esfuerzos en disminuir el riesgo de mortalidad prematura. Para alcanzar esto es necesario mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas con diabetes (4). Un diagnóstico precoz y un adecuado manejo clínico de la DM2 son fundamentales para reducir y retrasar las complicaciones que esta produce (1). La mayoría de estas intervenciones se dirigen a lograr y mantener adecuados niveles de hemoglobina glicosilada, para lo que recomiendan una combinación de cambios conductuales y prescripción de fármacos. A veces, esto se acompaña de medidas dirigidas a aumentar la adherencia a la prescripción médica para la consecución de ciertos parámetros clínicos de carácter técnico que

tienen prioridad frente a consideraciones relativas a las personas y sus contextos vitales, y en especial sus interacciones sociales (141,142,233).

En Chile, la disminución de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por ECNT está incluida dentro de los objetivos sanitarios nacionales. El objetivo específico para la diabetes es el incremento de *la proporción de personas con diabetes controlada*, cuya meta se fija en términos de cobertura efectiva del tratamiento. Esta es evaluada mediante el porcentaje de personas con diabetes que tienen valores de HbA1c $\leq 7\%$ (o $\leq 8\%$ para las personas de 80 o más años de edad) y el porcentaje que recibió una evaluación de sus pies (55). Si bien desde hace una década siempre se sobrepasa la meta fijada para este indicador, que fue de 31,8% para el 2015 (7,18), esto significa que casi el 70% de pacientes con DM2 tienen valores de HbA1c que están asociados a un mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular. A esto se suma la información sobre serios problemas en el proceso de atención, especialmente en la realización de los exámenes y las interconsultas necesarias para la detección precoz de posibles complicaciones (7,19). Aun cuando la validez y confiabilidad de algunos de estos datos han sido cuestionadas, los diversos sistemas de información arrojan resultados similares, lo que indica que la calidad de atención de los pacientes con DM2 es deficiente (19).

En el país la atención se da en el marco de una respuesta institucional que abarca desde las políticas que reforman el sistema de salud y buscan garantizar el acceso oportuno a una atención de calidad que no ponga en riesgo financiero al paciente o a su familia (17) hasta un cambio en el modelo de atención que pretende hacerla más integral y centrada en las personas (64,65). La implementación del Programa de Salud Cardiovascular en el año 2000 reenfoca los esfuerzos terapéuticos del primer nivel de atención en la disminución del riesgo (8) y fortalece la integralidad en el cuidado profesional de los pacientes con patologías crónicas. Este programa, junto con las guías para el manejo clínico de la diabetes (15,16), orientan la atención de estas personas con base en la evidencia científica disponible, y constituyen los estándares para la gestión de su calidad.

Los dos modelos que sirven de base a las prestaciones de salud ofrecidas a los pacientes con DM2 en Chile son la APS, en particular su versión renovada que propone centrar los esfuerzos en la transformación de los sistemas de salud (62), y el de cuidados de pacientes con enfermedades crónicas (88,90). Ambos destacan la importancia de la integralidad, continuidad y el que la atención esté centrada en las personas. Esto implica la incorporación de la concepción del paciente sobre el proceso de salud - enfermedad, sus expectativas en torno al mismo y de las reales posibilidades de modificación de los entornos en los vive, postulando que la adaptación a las características personales o grupales incrementa la calidad de los servicios prestados (65). Hay acuerdo internacional acerca de la pertinencia de estos modelos para mejorar la calidad de atención de los pacientes con enfermedades crónicas, aun cuando algunos autores expresan dudas sobre la solidez de la evidencia disponible (78). Adicionalmente, los sistemas de salud basados en los principios de la APS fortalecen la equidad porque brindan mejor acceso a los servicios y disminuyen el riesgo financiero (193,195), además de constituir espacios privilegiados para el desarrollo de acciones dirigidas a disminuir la exposición y la vulnerabilidad de determinados grupos poblacionales (182,194).

Dada su estrecha vinculación con la cultura y los valores sociales, existen múltiples formas de entender, definir y evaluar la calidad de atención. Donabedian plantea que al definirla se debe considerar tanto el balance entre los beneficios esperados y los riesgos previsibles, como su conformidad con las expectativas de los pacientes y las normas sociales y profesionales vigentes en el contexto en que esta se desarrolla (108); incorporando así la dimensión técnica y la relacional. La primera es expresada en términos de efectividad, accesibilidad, oportunidad, y seguridad (21,22,65) y es evaluada por medio del cumplimiento de estándares preestablecidos que se derivan de las guía o normativas para el manejo clínico de las personas con DM2. La segunda se refiere a la interacción que se establece entre el prestador y su paciente en tanto seres humanos, por lo que su definición y evaluación debe considerar la variabilidad e incertidumbre que le son intrínsecas. Sus principales dimensiones son la comunicación, la confianza y el respeto mutuo, así como el manejo del poder.

La consideración de las percepciones y necesidades del paciente o usuario fue postulada como elemento clave de la calidad de atención hace 25 años (111). Aunque frecuentemente esta dimensión ha sido reducida a la mera medición del nivel de satisfacción del usuario, en los últimos años resurgen propuestas y estudios sobre la importancia de la inclusión de las preferencias y las experiencias de los pacientes en la gestión de la calidad de atención (24,26,160), desarrollando instrumentos para su medición (116,145). La participación de los pacientes resulta clave para que las intervenciones clínicas sean aceptables y adaptadas a sus expectativas (23,113) por lo que algunos autores plantean el desarrollo de una *medicina compartida* (112) o *salud colaborativa* (114).

Se ha comprobado que existe asociación entre las experiencias del paciente y la seguridad y efectividad de la atención, además de favorecer una perspectiva más comprehensiva del sistema de salud (122). Por lo tanto, estas experiencias no solo contribuyen a evaluar la calidad, sino representan un elemento constitutivo de la misma. Destaca también la incorporación de estos relatos en el diseño de políticas, programas y servicios (27), y como elemento terapéutico (112,120,121). El interés por los relatos de los pacientes acerca de cómo viven su enfermedad y las intervenciones terapéuticas, y en particular las relaciones que establecen con sus prestadores de salud (23,122,161), se produce en sincronía con numerosas publicaciones sobre el fortalecimiento de la atención integral centrada en las personas (66,79,115), característica central del Modelo de APS (62,65).

Los factores que condicionan la calidad de la atención se han agrupado en tres grandes categorías: características del paciente, de los prestadores y organizacionales. Con base en lo planteado por el Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos (21) y posteriormente la OMS (22), se han desarrollado numerosos estudios que muestran la influencia del número, composición, formación, motivación de los prestadores y las normativas que rigen su trabajo sobre la calidad de atención (130,144,158). En cuanto a los factores organizacionales, los más destacados son los mecanismos e instrumentos que favorecen la integralidad

y la continuidad de la atención (86,130,162), misma que debe existir tanto entre los diferentes niveles o establecimientos, como en la relación con su prestador (23).

Casi la totalidad de las características de los pacientes que condicionan la calidad de la atención se refieren a los determinantes sociales. Los hallazgos de diversos estudios realizados en países de ingresos medios puede resumirse en que los pacientes más pobres o de menor posición social, además de su mayor exposición a factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad (30,32), experimentan una peor atención en prácticamente todos los aspectos técnico-normativos preestablecidos (35,155,159). Esta influencia de la determinación social sobre la calidad de atención de los pacientes con patologías crónicas ha sido demostrada también en países de ingresos altos que cuentan con sistemas de salud que garantizan cobertura universal (33,34,36). Esto revela que no basta con garantizar las condiciones materiales, ni contar con marcos normativos o legales dirigidos al logro y mantenimiento de una atención de calidad, sino que es necesario considerar los aspectos organizacionales y relacionales implicados en este proceso, cuya importancia ha sido revelada por Mills (156) Jackson (160) y Kennedy (157). Sin embargo, no se ha encontrado evidencia sobre la influencia de los DSS en la relación entre los pacientes con DM2 y sus prestadores.

En Chile no existen estudios sobre esta dimensión de la calidad de la atención, ni sobre sus factores condicionantes. El análisis de la información existente sobre el proceso y resultado de la atención a personas con DM2 indica la posible presencia de importantes déficits que, junto con sus factores relacionales y organizacionales asociados (7,86), es necesario analizar en detalle.

3.2 Pregunta de Investigación

Dado este vacío de conocimiento, la presente tesis responde, mediante un estudio de caso en una comuna del área metropolitana de Santiago, a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los principales factores sociales y de la organización del sistema de salud que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención

brindada y percibida por los pacientes con diabetes tipo 2 en el sistema de atención primaria de la comuna de Recoleta?

3.3 Justificación y Relevancia

Todos los indicadores sanitarios muestran que en Chile la diabetes constituye un grave problema de salud pública, que se ha incrementado rápidamente en las últimas dos décadas. Es posible prever que, dado el marcado y acelerado envejecimiento y el deterioro de algunas de las condiciones de vida de la población, esta tendencia se mantendrá o agudizará en el futuro, aun cuando se han diseñado e implementado estrategias dirigidas a su prevención primaria. Actualmente gran parte de los esfuerzos se concentran en la atención de los pacientes con DM2, mediante políticas y programas cuyo objetivo es reducir las muertes prematuras y evitar el desarrollo de complicaciones que representan un alto costo social y económico para el sistema de salud y el paciente. Estos esfuerzos solo serán efectivos si, junto con garantizar el acceso a un diagnóstico precoz y a las medidas terapéuticas posteriores, se mejora la calidad del proceso de atención.

Para esto es necesario conocer en detalle la calidad de la atención brindada a los pacientes con DM2 en el sistema público de salud, ya que, si bien existen indicios claros de sus deficiencias, estas no han sido descritas en forma sistemática y comprehensiva. Los reportes sobre iniciativas que buscan mejorar la calidad de atención para los pacientes con DM2 muestran que pocas veces producen los resultados esperados, por lo que es imprescindible aportar evidencia a la elaboración de modelos explicativos que tomen en cuenta la alta variabilidad y las interacciones entre los factores condicionantes de esta calidad.

Si bien las conclusiones que emergen de este estudio son primordialmente aplicables en el ámbito local, el análisis de las implicaciones de los factores contextuales sobre la implementación del Programa de Salud Cardiovascular, aportan evidencia para su mejor adaptación a las condiciones en que este se desarrolla. Al identificar los elementos de la estructura, organización y funcionamiento de los sistemas de atención primaria de salud que inciden sobre la

calidad de la atención, y describir sus interacciones, se pueden sugerir intervenciones orientadas al fortalecimiento de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y de Cuidados Crónicos que redunden en una atención más efectiva para los pacientes con enfermedades crónicas y contribuyan a evitar el desarrollo de complicaciones y las muertes prematuras. Además, la incorporación del enfoque de los determinantes sociales de la salud constituye una importante contribución de originalidad y relevancia, ya que aporta conocimientos para el diseño de estrategias que sirvan al propósito de reducir la brecha, que declaran las políticas públicas chilenas.

En cuanto a su aporte al conocimiento, esta investigación explora un aspecto poco estudiado a nivel mundial y sobre el que no se encontraron publicaciones referidas a Chile: la dimensión relacional de la calidad de atención a personas con DM2. La originalidad de este estudio está dada por la aplicación de una visión sistémica en la que se integran tanto la dimensión relacional como técnica de la calidad de la atención, considerando además el contexto en que esta se produce. También se busca comprender como los condicionantes sociales influyen las relaciones y prácticas cotidianas de los involucrados en esta atención y como estas a su vez inciden en la implementación de los programas, normas y políticas en una realidad particular. Este aspecto no ha sido considerado en las escasas publicaciones sobre este tema en el país, aunque los estudios desarrollados en una variedad de otros países revelan su importancia. En concordancia a lo planteado por Rutter y colaboradores (234), será necesario desarrollar nuevos modelos y metodologías de interpretación de la información que permitan considerar la complejidad inherente a esta pregunta de investigación.

Desde el punto de vista del abordaje metodológico se consideró lo propuesto recientemente por varios autores en cuanto a la necesidad de integrar las diferentes perspectivas en el análisis de la calidad de la atención. La incorporación de las experiencias de los pacientes como objeto de estudio particular representa un elemento primordial de la originalidad de esta investigación. Cabe destacar que Silvera y colaboradores, en una revisión de las publicaciones de la revista *Patient*

Experience Journal hasta inicios del 2017 (119) afirman que el estudio de las experiencias de los pacientes constituye una nueva frontera del saber académico²³.

Este estudio contribuye a la actual tendencia de reposicionar a las personas, y en especial al paciente y al prestador, como el centro de la atención. En esta aproximación convergen numerosas propuestas desde diferentes miradas y prácticas que van desde los principios rectores de las políticas públicas y en especial las referidas a la APS, hasta métodos y herramientas específicas para la práctica clínica, la gestión de la calidad de la atención, e incluso la investigación en salud pública. Si bien esto conlleva el riesgo de trasladar toda la responsabilidad hacia la esfera de lo individual, sin tomar en cuenta los condicionantes sociales, también representa una oportunidad para el establecimiento de relaciones más democráticas y solidarias entre los pacientes, usuarios o comunidades, sus prestadores y las instituciones encargadas de la atención en salud. Este cambio puede contribuir a una mejor adaptación de los sistemas de salud a las necesidades y expectativas de los pacientes que valore la diversidad y comparta el poder en todos los niveles de decisión.

3.4 Supuestos

El principal supuesto de esta investigación es que existen deficiencias en la calidad de la atención brindada a los pacientes con DM2, tanto en su dimensión técnica, referida al cumplimiento de los estándares preestablecidos, como en la relacional, es decir en la comunicación, la confianza y la colaboración mutua entre el paciente y el profesional que lo atiende. Planteamos que ambas dimensiones de la calidad están fuertemente influenciadas tanto por las características de los pacientes y sus prestadores, como por el contexto institucional en que se produce la interacción. Con base en la evidencia disponible se presupuso que los principales condicionantes de esta desde los sistemas de salud estarán referidos a la formación

²³ “*By every measure, the patient experience is a new frontier academically speaking*”. Traducción propia (120:8).

y la gestión de los profesionales que prestan la atención, a la gestión de la información, incluidos los sistemas de seguimiento a pacientes y los de monitoreo y evaluación de resultados, y a la estructura y organización de las prestaciones de salud para pacientes crónicos.

Suponemos que los determinantes sociales, tanto a nivel individual en lo referido a la posición socioeconómica, situación laboral, migración, género, identidad cultural, etc., como a nivel colectivo (existencia de redes de apoyo), constituyen importantes categorías de análisis que explican la calidad de la atención. También lo son las características de los prestadores, en especial aquellas referidas a su situación laboral y condiciones de trabajo, así como su nivel de motivación y compromiso frente al proceso. Presuponemos que las formas de interacción entre el paciente y su prestador, así como las formas de organización y funcionamiento de los sistemas de salud también están socialmente determinadas.

En el ámbito metodológico asumimos que la complejidad del fenómeno bajo estudio requiere de un abordaje mediante métodos mixtos. Presumimos que el análisis de las narrativas de los pacientes y sus prestadores sobre sus percepciones, y sobre todo sus experiencias en torno a esta atención, constituye un camino para poder describir, analizar y comprender sus vivencias y prácticas en torno a la calidad de la misma. Estas a su vez permiten reflexionar y visualizar los condicionantes que las explican.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar los factores organizacionales y sociales que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de atención primaria de la comuna de Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

4.2 Objetivos específicos

1. Comprender la percepción de los pacientes y del personal de salud sobre la calidad de la atención de personas con DM2, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma.
2. Describir la calidad de atención a personas con DM2 desde la perspectiva técnica (cumplimiento de la normativa establecida) y la percepción de los pacientes y el personal de salud
3. Explorar las características de los pacientes y prestadores que se relacionan con la calidad de la atención de personas con DM2.
4. Caracterizar el contexto organizacional y social en que se producen las prácticas relativas a la atención (en sus dimensiones técnica y relacional) de las personas con DM2 a fin de identificar sus condicionantes

5. Método

5.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de caso en la Atención Primaria de la comuna de Recoleta, Región Metropolitana, diseño que se inscribe entre los métodos mixtos de investigación en salud (235,236). En el componente cualitativo se recogieron narrativas de pacientes y personal de salud sobre su percepción de la calidad de la atención y sus condicionantes, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas. En el componente cuantitativo se evaluó la calidad técnica de acuerdo con la información existente en los registros clínicos de los pacientes con base en los indicadores establecidos en la Guía Clínica y las Orientaciones Técnicas para el manejo de las personas con DM2. La información obtenida en los dos componentes fue analizada por separado, bajo los criterios de rigurosidad científica correspondientes a cada enfoque, pero es presentada de manera integrada a fin de dar cuenta de la complejidad inherente a la pregunta de investigación. Se elaboraron modelos descriptivos que facilitan la comprensión del fenómeno y su comparación con los prototipos de atención y parámetros de calidad presentados en el marco teórico. Esto, junto con la recopilación de sugerencias por parte de los entrevistados, permitió formular recomendaciones para mejorar la calidad de atención.

Se escogió esta metodología porque permite obtener una visión más completa del fenómeno bajo estudio al adicionar información desde diferentes perspectivas, y posibilita la triangulación de métodos, incrementando la validez global del estudio (237). El término *triangulación* se refiere a la validación cruzada de la información obtenida mediante la búsqueda de convergencias entre los hallazgos del componente cuantitativo y el cualitativo. No se trata de una comparación mecánica entre los contenidos explícitos de ambos tipos de información, sino de una interpretación que busca explorar a profundidad sus significados (116), lo que constituye el fundamento epistemológico del incremento en la validez del estudio.

Este diseño también se apoya en lo planteado por Tabler y colaboradores quienes investigaron la relación entre la experiencia de los pacientes y la

continuidad interpersonal de la atención mediante la realización de grupos focales, encuestas y revisión de historias clínicas. Los autores concluyen que el uso de métodos mixtos añade profundidad a la interpretación de las experiencias de los pacientes y revela su importancia en la comprensión de la interacción entre este y su, o sus, prestadores (161). Puye y Hong por su parte, afirman que en salud pública las narrativas tienen el poder de cambiar las políticas, mientras que los datos numéricos (estadísticas) constituyen el fundamento racional de dichos cambios (238). El diseño metodológico corresponde a un *diseño convergente o concurrente* (40,238) y, según la categorización de los métodos mixtos propuesta por Sandelowski, al tipo *vinculación*. En este, los componentes cualitativos y cuantitativos se yuxtaponen, pero no se integran totalmente sino que sus resultados pueden confirmarse, refutarse, ampliarse o modificarse mutuamente, en reconocimiento de que la división entre ambos enfoques es artificial (239).

Además, se recoge la recomendación de Gaete de no solo analizar los factores sociales que condicionan el estado de salud, sino realizar una *descripción densa* de lo que ocurre con y dentro de la profesión médica y sus prácticas (63). Para esto se siguió lo postulado por Mol en el sentido que este análisis no debe ocurrir desde la crítica a las prácticas clínicas y sus ejercicios de poder, sino desde una aproximación que evite escindir, homogenizar y estandarizar las vivencias de pacientes y profesionales en torno a la salud y su cuidado, promoviendo en cambio su comprensión desde el estudio de sus condicionantes (196).

Se optó por la realización de un estudio de caso ya que este diseño facilita la comprensión profunda sobre una realidad social y su contexto. Permite descubrir los vínculos entre las dimensiones o fenómenos encontrados, dotándolos de racionalidad teórica, pero sin pretender hacer inferencias estadísticas sobre posibles relaciones causales (38). En estos estudios la información es recolectada directamente en los escenarios naturales en que se produce, recogiendo información acerca de las actividades, prácticas y actitudes cotidianas de sus principales actores, sus interacciones y productos, así como las características del espacio material, organizativo y simbólico en que estas se desarrollan (39), lo que

los acerca al método etnográfico (240). Este abordaje ha sido utilizado en ciencias sociales, educación y en la gerencia científica de instituciones y empresas, tanto públicas y privadas a fin de analizar a profundidad, entre otras, la puesta en marcha y el funcionamiento de las políticas y estrategias de gestión de la calidad (38).

Los componentes esenciales de este estudio de caso (241–243) en que predomina el enfoque interpretativo inductivo, se definen de la siguiente manera:

- a) La pregunta de investigación se refiere a los condicionantes de la calidad de atención dada a pacientes con DM2 en los establecimientos de atención primaria. Se trata de un estudio exploratorio orientado a la interpretación de un fenómeno social.
- b) El presupuesto teórico es que la calidad de atención es multidimensional y sus falencias se vinculan con aspectos organizacionales de los sistemas de salud, y, en general, con los determinantes sociales de la salud.
- c) El diseño corresponde a un caso único, el sistema de atención primaria de la comuna de Recoleta, con múltiples sub-unidades de análisis: la atención a pacientes con DM en ese sistema. Estas subunidades de análisis se producen en cuatro centros de salud que presentan heterogeneidad en cuanto a su tamaño y organización interna, lo que enriqueció el estudio. Se trata de un estudio revelatorio que describe y analiza un fenómeno no estudiado previamente y puede servir de base para estudios de casos múltiples con mayor representatividad.
- d) La perspectiva teórica es la concepción holística y contextualmente situada de la calidad de atención, así como su determinación social.
- e) La interpretación de la información se basó en la identificación de categorías y sub-categorías que permitieron la descripción del fenómeno bajo estudio. Las vinculaciones entre ellas sirvieron de base para la elaboración de modelos interpretativos que, a su vez, fueron contrastados con los prototipos de atención presentados en el marco teórico.

5.2 Contexto del estudio

La comuna de Recoleta fue creada en mayo del 1981 y comprende territorios que antes eran administrados por las municipalidades de Santiago y Conchalí. Está ubicada en el sector noroccidente de la Región Metropolitana y, de acuerdo con la proyección INE para el año 2018, tiene 171.223 habitantes, de los cuales el 51% son mujeres y 13,44% son personas de 65 y más años. Según la Encuesta CASEN del 2015, el 13,9% de su población es pobre; si se considera la pobreza multidimensional este porcentaje asciende al 27.6%, siendo una de las comunas con mayor proporción de personas en situación de pobreza. Se estima que un 17,7% de la población de la comuna son extranjeros y de estos, aproximadamente el 18,4% no tiene regularizada su condición migratoria (244).

Las tasas comunales de natalidad (19,37/1.000 habitantes), mortalidad general (9,64 /1.000 habitantes), mortalidad infantil (11,0/1.000 nacidos vivos) y años de vida potencialmente perdidos (80,1/1.000 habitantes) en el 2012 eran significativamente mayores a las del país, reflejando el impacto de los determinantes sociales sobre la salud y la calidad de vida de sus habitantes. El diagnóstico de salud del 2015 (245) consigna que las enfermedades cerebrovasculares (CIE-10: I60-I69) representan la principal causa de muerte en ambos sexos, seguida de la enfermedad isquémica del corazón (CIE-10: I20-I25); la Diabetes mellitus (CIE-10: E10-E14) ocupa el cuarto lugar, con un número de muertes muy cercano al causado por las neumonías. Se calcula que en el 2011 en Recoleta se perdieron 2.057 años de vida (AVISA) a causa de enfermedades del sistema circulatorio.

El área de salud de la Municipalidad de Recoleta está compuesta por cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM), dos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (uno de alta resolutivez), y tres unidades de especialidades comunales (Centro Comunitario de Salud Mental, Módulo Dental y Unidad Oftalmológica) que brindan atención primaria a la población. Además, cuenta con una Farmacia y una Óptica Popular y un centro de salud con SAPU asociado, perteneciente a la Fundación Cristo Vive, que siendo privado integra la red pública. El sistema de salud

busca mejorar el acceso a las acciones de salud con la instalación de 26 lugares de atención en espacios comunitarios tales como las juntas de vecinos (244).

El número de personas afiliadas a FONASA representa el 90,3% de la población registrada en la comuna según el censo del 2017. En el 2018, el CESFAM Recoleta tenía 31.117 inscritos, el CESFAM Doctor Juan Petrinovic 23.653, el CESFAM Quinta Bella 24.529 y el CESFAM Doctor Patricio Hevia 10.681. Las personas registradas en el CESFAM Cristo Vive son alrededor de 22.000. Esto permite concluir que el 65,4% de la población de la comuna está inscrita en la red de atención primaria.

En cuanto al cumplimiento de las metas sanitarias, cabe resaltar que, si bien los establecimientos de APS alcanzan un cumplimiento global del 97%, en lo referido al control de la diabetes el logro (20,7% de las personas con DM2 tienen una HbA1c menor a 7% según último control vigente) está bastante por debajo de la meta esperada, fijada en 27,7% para el 2017. La brecha entre lo logrado y la meta esperada es aún mayor en la proporción de pacientes con DM2 que tienen una evaluación vigente de sus pies (71,2% y 90% respectivamente). Aun así, la cobertura efectiva de tratamiento para la DM2 (28,72%) prácticamente alcanza el valor esperado (29%). La cobertura del Examen Médico Preventivo es del 46,4% de los adultos mayores (244).

La selección de esta comuna se basó en criterios de factibilidad, y en que su población y sistema de atención primaria de salud muestra suficiente heterogeneidad para el estudio de las dimensiones propuestas. Existe interés, expresado en una carta de respaldo, por parte de la directora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta por el desarrollo de esta investigación. El Plan de Salud comunal establece que las patologías cardiovasculares constituyen un área fundamental de intervención, lo que ha llevado a los equipos a buscar diversas estrategias que fortalezcan, desde la perspectiva del Modelo de Salud Familiar y Comunitario con enfoque territorial, los cuidados de personas con estas enfermedades (246). Además, los principios orientadores y las líneas estratégicas

de acción de ese plan coinciden con las dimensiones planteadas en el marco teórico y los objetivos de esta tesis.

5.3 Población y muestra

Como ya se mencionó, la unidad de análisis de este estudio es la atención de los pacientes con DM2, es decir, la interacción que se establece entre este y su, o sus, prestadores. Sin embargo, al no ser posible una observación directa de esta situación en consideración al resguardo de la confidencialidad y de los derechos de los pacientes, la información fue obtenida por medio de los relatos de sus principales involucrados y de los registros clínicos que dan cuenta de los aspectos técnicos de la misma. Cabe señalar que en su revisión sistemática sobre propuestas para evaluar la atención centrada en el paciente, Hudon y colaboradores concluyen que las percepciones de los pacientes sobre la atención representan la información que mejor predice los resultados obtenidos por ésta; incluso por encima de la observación directa del proceso y de la opinión de los prestadores (66).

Según los datos proporcionados por el Departamento de Salud de la Municipalidad, en diciembre del 2018 había 6170 personas con diagnóstico de diabetes inscritas en los cuatro CESFAM de la comuna. La muestra analizada en el componente cuantitativo de este estudio fue obtenida mediante muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional de acuerdo con la distribución de los pacientes /registros en los cuatro establecimientos de APS. Los parámetros utilizados para su estructuración corresponden a un diseño descriptivo exploratorio.

A continuación, se detalla la fórmula y los parámetros utilizados para el cálculo del tamaño muestral:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^I N_i P_i Q_i}{N \times \left(\frac{e^2}{Z_{1-\alpha/2}^2} \right) + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^I N_i P_i Q_i}$$

Dónde:

N: Tamaño de la población

n: Tamaño de muestra

p: Prevalencia

q: 1-p

Z: Nivel de confianza

e: Error absoluto según prevalencia poblacional

Se consideró el universo de 6170 pacientes y estimó una prevalencia del 70% de incumplimiento de los estándares de calidad, con un error absoluto del 5%, un nivel de confianza de 95%. Para el cálculo de la muestra final se consideró además una pérdida de 25% por registros incompletos, aplicando la fórmula:

$$n_c = \frac{n}{1 - p_e}$$

n_c = Tamaño de la muestra tomando en cuenta las posibles pérdidas

n = Tamaño de la muestra

p_e = Porcentaje esperado de pérdidas.

Con lo que la muestra queda conformada de la siguiente manera:

Tabla 1: Número de registros clínicos de pacientes con DM2 incluidos en la muestra por establecimiento

Establecimiento	N	ni
CESFAM Recoleta	1741	115
CESFAM Quinta Bella	1785	118
CESFAM Patricio Hevia	760	51
CESFAM Juan Petrinovic	1884	125
TOTAL	6170	409

De acuerdo al Diagnóstico de Salud Comunal del 2015 (245), los profesionales de la salud que laboran en la APS de Recoleta son: 22 asistentes sociales, 30 cirujanos dentistas, 40 enfermeros/as, 19 kinesiólogos/as, 22 matrócn/as, 45 médicos cirujanos, 14 nutricionistas, y 44 sicólogos/as; a los que se suman 77 administrativos/as y 161 técnicos paramédicos.

Para el componente cualitativo se realizó un muestreo teórico, entendido como un proceso en el que la recolección de información está guiada por la teoría que se va desarrollando durante la realización del estudio y cuyo objetivo es la elaboración de categorías que den cuenta de las características y dimensiones cuyas interrelaciones construyen dicha teoría. Este concepto abarca tanto la selección de conceptos o categorías como la de las fuentes de información, por lo que no puede existir un muestreo a priori, ni la fijación rígida de criterios de inclusión y exclusión desde el inicio de la investigación (247).

El principal criterio para escoger a los pacientes entrevistados fue su experiencia de atención en la APS de Recoleta y que estuvieran dispuestos y en capacidad de narrarla; en un caso esta fue contada en forma conjunta por la paciente y sus familiares. La mayoría fueron contactados por un miembro del equipo de salud, generalmente la técnica en enfermería, quién les preguntó sobre su interés y disponibilidad para participar en la investigación. Otros entrevistados fueron contactados directamente por la investigadora a partir de una lista proporcionada por el personal del CESFAM, y tres pacientes fueron abordados en sala de espera para curaciones avanzadas. Se buscó heterogeneidad en cuanto a género, edad, así como años de escolaridad y tiempo desde el diagnóstico de la DM2.

Los prestadores de salud a ser entrevistados fueron seleccionados por el encargado del Programa de Salud Cardiovascular o el director del CESFAM, a quiénes se les solicitó considerar la participación directa e interés del profesional en esas atenciones, así como su motivación para participar en la investigación. En cada Centro de Salud se incluyó al menos un profesional de cada una de las tres disciplinas que por norma, componen el equipo de atención de estos pacientes; es decir, un médico un enfermero y un nutricionista. En el CESFAM Patricio Hevia, donde se inició la investigación, se realizaron también entrevistas a dos asistentes sociales y un psicólogo a fin de explorar su rol en la atención de los pacientes inscritos en el PSCV. Se encontró que actualmente no está prevista su incorporación sistemática en dicha atención, por lo que no se incluyeron entrevistas a estos profesionales en los otros CESFAM.

Los criterios de inclusión y exclusión definidos para ambos componentes de esta investigación fueron:

Tabla 2: Criterios de Inclusión y exclusión para la selección de entrevistados

Pacientes		Prestadores	
Inclusión	Exclusión	Inclusión	Exclusión
Personas mayores de 18 años con diagnóstico de DM2	Pacientes que NO han sido atendidos por el Programa de Salud CV al menos una vez en el último año	Profesionales o técnicos involucrados en atención directa a pacientes con DM2	Profesionales o técnicos con menos de 3 meses laborando en el sistema APS de Recoleta
Inscritos en el Programa de Salud CV de alguno de los cuatro establecimientos del primer nivel de Recoleta	Pacientes con una discapacidad que no permita la realización de una entrevista		Profesionales o técnicos con contratos de menos de 11 horas semanales de dedicación en APS

Se buscó maximizar la variabilidad en relación con las dimensiones bajo estudio, en particular aquellas referidas a una posible determinación social. Para esto, se siguió lo propuesto por Bauman y colaboradores en su protocolo de una investigación cualitativa que busca explorar, desde la perspectiva de los pacientes con DM2, el rol e impacto de las inequidades sobre los diferentes momentos de la prestación de servicios de salud (248). El criterio que utilizaron estos autores para la selección de los entrevistados es que pertenezcan a diferentes estratos socioeconómicos, a fin de poder comparar lo dicho por personas ubicadas en estos diferentes niveles. Para determinar el número de entrevistas a ser realizadas se utilizó el criterio de saturación de la información.

5.4 Recolección de Información

Para la consecución de los objetivos planteados y siguiendo la lógica de triangulación a fin de incrementar la validez de la investigación (249), se utilizaron diversas técnicas y fuentes de información, aplicadas de manera simultánea.

El **componente exploratorio** permitió identificar y describir los procedimientos, actores claves y principales elementos organizacionales implicados en la atención de las personas con DM2. Esta información se recogió mediante

entrevistas abiertas a dos directores de los CESFAM y dos encargados del PSCV, que también sirvieron para solicitar su autorización y apoyo para la realización de las entrevistas. Además, la realización de buena parte de las entrevistas en los establecimientos de salud permitió observar su funcionamiento.

El **componente cuantitativo** del estudio aporta información para el cumplimiento del segundo objetivo específico de esta investigación. Para esto, se analizó una muestra de 409 registros clínicos de pacientes obtenida desde una base de datos de las consultas realizadas por el PSCV en el año 2018, entregada por Saydex® en respuesta a una solicitud del Departamento de Salud de Recoleta. Esta solicitud fue cursada luego de una exploración rápida de los registros REM que mostró importantes deficiencias e incongruencias en los datos. Los datos sobre el examen de los pies no constaban en la primera base de datos, por lo que esa información fue recabada manualmente para cada paciente en los REM.

El **componente cualitativo** consistió en la realización de entrevistas semi-estructuradas a pacientes y personal de salud directamente involucrado en la atención del PSCV. El foco de estas conversaciones fueron las experiencias y percepciones de los entrevistados en torno a la calidad de atención, aportando información para el cumplimiento de todos los objetivos específicos del estudio. Para esto, se les solicitó que narren sus experiencias como integrantes de esa interacción social, en general, o algunas que les resulten particularmente significativas, para luego ahondar en aspectos mencionados por ellos mismos u otros que resultaban de especial interés para la investigadora. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 35 y 100 minutos, y fueron realizadas mayoritariamente en los establecimientos de salud, algunos pacientes y prestadores prefirieron conversar en las juntas vecinales o incluso, en sus domicilios.

Dado que el concepto de experiencia resulta ambiguo y tiene múltiples significados, es importante tener en cuenta las distinciones establecidas por La Vela y Gallan entre este y otros términos con los que frecuentemente es asimilado: satisfacción (referida a un juicio de valor con marcado componente afectivo), compromiso (involucramiento emocional y el compromiso afectivo del paciente con

su salud y bienestar), y participación (actividades realizadas por el paciente durante una interacción específica referida al cuidado de su salud) y preferencias. Percepción es el término más cercano al concepto de experiencia, dado que las percepciones modulan las experiencias del paciente y, sobre todo, su forma de narrarlas. Además, son estas las que pueden ser modificadas por la actuación de los sistemas de salud y sus prestadores, mediante una mejor calidad de atención (116). Por esto, en la segunda fase de la entrevista se invitó al entrevistado a profundizar y reflexionar sobre su narración, logrando así construir una comprensión propia sobre los temas antes mencionados.

5.5 Variables y dimensiones

A fin de dar respuesta a la pregunta de investigación se definió la calidad de atención como variable de respuesta y a las características del paciente, su prestador y la institución en la que se produce la atención, como variables de exposición; aunque es importante tener presente que no se pretende establecer relación de causalidad entre ellas.

5.5.1 Componente cuantitativo

El diseño de este componente representa una adaptación al contexto local de la metodología de “auditorías de equidad” utilizada por Badrick y colaboradores. Estas auditorías implican una revisión de información clínica recogida en forma rutinaria a fin de visualizar las inequidades en la atención que han permanecido ocultas hasta el momento (250). Para la **medición de la calidad de la atención** se utilizaron los estándares establecidos en la guía nacional para el manejo de pacientes con diabetes, presentados en detalles en el capítulo 2.3. Considerando la información disponible se incluyeron las siguientes variables:

Tabla 3: Operacionalización de Variables

Nombre	Definición conceptual	Instrumento / mecanismo medición	Escala*	Observaciones
Características de los pacientes				
Establecimiento	Servicio clínico (CESFAM) donde es atendido	Consignado de manera automática por sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Quinta Bella • Recoleta • Juan Petrinovic • Patricio Hevia 	
Edad	Calculo a partir de fecha nacimiento	Registro Civil (RUT)	Edad en años cumplidos	
Sexo		Registro Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	
Nacionalidad		Registro Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Chilena • Peruana • Otra 	
Convenio	Seguro de salud y tramo FONASA al que están adscritos	Registro FONASA	<ul style="list-style-type: none"> • Fonasa A • Fonasa B • Fonasa C • Fonasa D • DIPRECA 	
Escolaridad	Máximo nivel de enseñanza alcanzado	Referido por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sin/ Analfabeto/ Preparatorio • Básica incompleta • Básica completa • Media incompleta • Media completa • Superior 	
Ocupación		Referido por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Dueña de casa • Remunerado dependiente • Remunerado independiente • Jubilado • Otros • Sin ocupación 	
Grado de dependencia	Resultado del EMPAM partes a) y b)	Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Autovalente sin riesgo • Autovalente con riesgo • Riesgo Dependencia 	
Calidad de atención: proceso**, ***				
Estado Atención DM2	Tipo de consulta realizada:		<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Seguimiento 	
Insulina	Tipo de terapia farmacológica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

Número y tipo de consultas I	Numero consultas por año y profesional que las realiza (médico, enfermera, nutricionista)		<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 3 consultas / 3 profesionales • ≥ 3 consultas / 2 profesionales • 2 consultas / 2 profesionales • 2-3 consultas / 1 profesional • 1 consulta profesional 	Durante el año 2018
Fecha realización de exámenes de laboratorio	Fecha en que se realizaron los exámenes o la solicitud de los mismos	Registro de solicitud o del resultado de los exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • 2018 • Solicitados ** • 2017 o anterior; sin exámenes actualizado • Otros 	
Vigencia del Fondo de ojo	Fecha en que se cumple período de vigencia del examen	Registro de solicitud, fecha de vigencia o del resultado del examen	<ul style="list-style-type: none"> • 2019 y 2018 • Solicitado • 2017 o sin vigencia • Otros 	
Vigencia EKG	Fecha en que se cumple período de vigencia del electrocardiograma	Registro de solicitud, fecha de vigencia o del resultado del EKG	<ul style="list-style-type: none"> • 2019, 2018 y "vigente" • Solicitado • 2017 o anterior • Otros 	
Realización y resultado examen de los pies	Nivel de riesgo de ulceración considerando 4 parámetros****	Examen físico paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo y Moderado • Alto y Máximo • No examinado 	Sin información: RUT no encontrado en registro REM o ausencia de dato sobre resultado examen
Calidad de atención: resultados directos **				
HbA1c	Medición del nivel de hemoglobina glicosilada en sangre	Resultado examen sangre periférica	<ul style="list-style-type: none"> • Alta (>7% pacientes <80 años o >8% pacientes ≥ 80 años edad) • Compensada 	
Colesterol	Colesterol (LDL)	Resultado examen sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Alto (> 100 mg/dL) • Compensado 	
Índice de masa corporal	Peso (kilogramos)/ (talla en metros) ²	Medición peso y talla paciente; calculo automático	<ul style="list-style-type: none"> • Normal y bajo peso (<25) • Sobrepeso (25 a <30) • Obesidad (≥ 30) 	
Presión arterial	Presión arterial al momento de la consulta	Examen físico paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Alta (PA sistólica >140/ diastólica >80mmHg) • Compensada 	
Fuma	Hábito tabáquico actual	Referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Sedentarismo		Referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

Actividad física	Mínimo: actividad moderada 30 minutos 3 veces /semana	Referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Adherencia medicamentos	Cumplimiento indicaciones farmacológicas	Referida por paciente; a criterio del prestador	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Algunos prestadores usan un test no especificado (no Morisky -Green)
Adherencia dieta	Cumplimiento de indicaciones sobre alimentación	Referida por paciente; a criterio del prestador	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Presencia comorbilidades y complicaciones				
Hipertensión arterial (HTA)	Presión arterial sistólica ≥ 160 -170 y/o diastólica ≥ 100 -105mmHg permanente	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Dislipidemia	Diagnóstico de enfermedad lipídica genética	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Enfermedad renal crónica (ERC)	Diagnóstico previo Nefropatía diabética establecida	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
IAM	Antecedentes de Infarto agudo de miocardio	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
ACE	Antecedentes de Accidente vascular encefálico	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Retinopatía	Diagnóstico previo de Retinopatía debida a DM2	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Neuropatía	Diagnóstico previo de Neuropatía debida a DM2	Historia clínica o referida por paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Amputación	Amputación en extremidades inferiores debida a DM2	Referida por paciente o examen físico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

NOTAS: *Escala corresponden a las alternativas de respuestas del formulario PSCV; en las preguntas abiertas se crearon con base en los datos existentes en los registros, considerando las normas clínicas

** A menos que se indique otra cosa, el dato consignado corresponde al registro más reciente (última consulta en 2018). Se considera "sin información" cuando no existe el dato en ninguna de las consultas del año 2018.

*** No se encontró información sobre asistencia a consejerías para cambio de hábitos, ni a talleres de autocuidado; en entrevistas algunos prestadores afirman que se registran en otro formulario no individual.

**** Parámetros para evaluar el riesgo de ulceración pies: antecedentes de úlceras o amputación, presencia de enfermedad arterial periférica, sensibilidad protectora y deformidad

Fuente: Lamas MJ, Oyarzún A. Detalle Estructura Formularios Salud Adulto: PSCV y Estimación Riesgo Pie Diabético

La alta rotación de los **profesionales** que atienden a estos pacientes, unido a que la información sobre las variables para la medición de la calidad fue obtenida de lo consignado en la última consulta con un profesional en el año 2018 y complementada con las anteriores de ese mismo año a fin de establecer su cumplimiento anual, imposibilitan un análisis estadístico sobre su posible asociación con las características individuales de los prestadores, tales como edad, sexo, formación y tiempo de experiencia en APS. Tanto los **factores organizacionales** como los **determinantes estructurales** que pueden influir en la calidad de atención no pudieron ser incluidos como variables en este estudio, ya que su medición debe hacerse en el ámbito del sistema de salud comunal o nacional. La información sobre estos aspectos obtenida en el componente cualitativo de este estudio, junto con la recogida mediante una revisión documental, presentada en el marco teórico, sobre el sistema de salud y las políticas, normas, y valores que lo rigen, son consideradas en la interpretación de la información obtenida y en la elaboración de modelos explicativos a partir de los resultados, con base en la propuesta de van Olmen y colaboradores (204).

Se había previsto la elaboración de un **índice de calidad de atención** que permitiera establecer la asociación, en términos estadísticos, entre esta variable y sus posibles factores condicionantes, en especial algunas características socio-económicas de los pacientes. Sin embargo, los déficits en la información disponible, donde el porcentaje de no registro para algunos ítems, como, por ejemplo, la escolaridad o la realización del examen de fondo de ojo, llegan a valores cercanos al 50% y 80% respectivamente, imposibilitan la realización de un análisis que resulte estadísticamente válido y confiable. Por esta razón, los objetivos específicos 3 y 4, referidos a los factores condicionantes de la atención son abordados únicamente mediante el componente cualitativo de esta investigación.

5.5.2 Componente cualitativo

El componente cualitativo exploró las formas de conceptualizar la calidad por parte de los entrevistados y los aspectos de esta que les resultan más relevantes desde sus experiencias de atención. Se obtuvo información sobre sus dimensiones

relacional y técnica, incluyendo la percepción de los entrevistados sobre aspectos integrales del proceso y los resultados directos y a largo plazo de la atención, lo que se denominó dimensión sistémica. Tanto pacientes como prestadores aportaron con opiniones y percepciones sobre aspectos tales como el acceso, la integralidad, la continuidad y la eficacia y seguridad técnica de la atención. Por esta razón, la evaluación de la calidad técnica (objetivo específico 2) incluye tanto datos cuantitativos sobre el cumplimiento de las normas y metas sanitarias, como citas textuales provenientes de las entrevistas que permiten profundizar en la descripción de esta dimensión de la calidad de atención. En la dimensión relacional se exploraron temas vinculados a la interacción prestador – paciente y la inclusión de los saberes, expectativas y necesidades de estos últimos en el manejo terapéutico.

En cuanto a los condicionantes, se indagó acerca de la influencia de las características y actitudes de ambos involucrados (pacientes y prestadores) sobre la calidad percibida de dicha atención, con especial énfasis en aquellos vinculados a una posible determinación social. La información sobre las asimetrías de poder que se establecen en la relación prestador –paciente, y la necesidad de cambiarlas, fueron obtenidas mediante la interpretación de lo dicho por los entrevistados, ya que ninguno de ellos las abordó de manera explícita. Al narrar sus experiencias, los entrevistados proveyeron amplia información acerca de aspectos organizacionales y de funcionamiento del sistema de salud que afectan la calidad de atención; algunos incluyeron también elementos del contexto político, económico y social.

En los anexos 2 y 3 se presentan las guías de entrevistas, que fueron probadas en el CECOSF Sierra Bella de la comuna de San Joaquín antes de su aplicación en Recoleta, en un paciente y un profesional que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Cabe señalar que estas fueron utilizadas solo como referencia ya que los temas se fueron explorando conforme surgían en las conversaciones y profundizando en entrevistas sucesivas.

5.6 Análisis de la información

La información obtenida mediante la observación y las entrevistas exploratorias fue registrada en un diario de campo y contribuyó a afinar el diseño y a establecer categorías iniciales para interpretar lo narrado en las entrevistas a prestadores y pacientes. La información se fue analizando de manera preliminar al momento de ser producida, a fin de explorar en profundidad los elementos que se delinean como claves para comprender el fenómeno bajo estudio (39).

La base de datos de la muestra de registros clínicos fue construida en el programa Excel® y transformada a Stata® (versión 13.1) para su análisis estadístico. Se hizo un estudio exploratorio inicial de los datos extraídos de los registros clínicos a fin de evaluar la consistencia de los datos e intentar subsanar algunas de sus deficiencias. Se realizó un análisis descriptivo de la información correspondiente a las variables establecidas, para lo que se usaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Como se explicó arriba, dadas las limitaciones de los datos disponibles, no se realizó un análisis bi- o multivarial.

Todas entrevistas fueron grabadas y luego transcritas a textos. En la etapa inicial de la interpretación, la investigadora escuchó cada una de las entrevistas cotejándola con su transcripción a fin de garantizar su fidelidad. Al mismo tiempo esto permitió establecer un corpus preliminar de categorías de análisis. El análisis se sustentó en la construcción/ generación inductiva de códigos para clasificar los datos recogidos de acuerdo a contenidos comunes, en la lógica de la triangulación. Sin embargo, también se identificaron algunos códigos que solo surgieron en las narrativas de los prestadores o de los pacientes. Cabe señalar que los nombres de las categorías que surgieron de manera inductiva corresponden a la denominación dada a estos por los entrevistados. El análisis narrativo de los contenidos expresados en forma directa se complementó con una interpretación de los contenidos manifiestos y latentes para entender el significado subyacente a lo dicho por los entrevistados (251,252). Los códigos fueron agrupados en categorías, y

estas en las dimensiones de la calidad de atención, teniendo como referencia el marco teórico. Para la realización de este análisis se utilizó Atlas.ti, versión 7.5.7.

Se cumplieron los ***criterios de rigor*** aceptados para las investigaciones cualitativas (253), que constituyen una adaptación de los que rigen los estudios cuantitativos al paradigma epistemológico en que se basa este enfoque (254). Para lograr credibilidad, es decir que los hallazgos sean reconocidos por los informantes como lo que ellos realmente sienten, piensan y practican, las entrevistas fueron transcritas fielmente y los resultados incluyen citas textuales de las mismas. La auditabilidad, es decir la posibilidad de entender y seguir la trayectoria realizada por la investigadora está sustentada por el diario de campo y las grabaciones y transcripciones de entrevistas. La consistencia interna fue lograda mediante procesos de continua reflexividad por parte de la tesista y la revisión de las interpretaciones por parte del director y la comisión evaluadora de la tesis. Dado el diseño de este proyecto, existe cierta limitación en la transferibilidad, entendida como posibilidad de extender los resultados a contextos similares. Este aspecto es discutido en detalle en el punto 7.3.2 referido a las limitaciones del estudio.

5.7 Consideraciones éticas

Esta investigación se enmarca en los principios éticos establecidos por la versión actualizada de la Declaración de Helsinki que establece que el objetivo de generar nuevos conocimientos nunca debe prevalecer sobre los derechos de los participantes en la investigación, y que el primer deber del investigador es proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de estas personas (255). Este estudio se justifica éticamente dado su valor social y científico ya descrito. La evidencia resultante se pondrá a disposición de pacientes, prestadores, y funcionarios de salud pública para ser considerada en la toma de decisiones orientadas al mejoramiento de la salud y el bienestar individual y colectivo. Se aseguró el cumplimiento de los principios éticos, respetando y protegiendo los derechos humanos de los participantes en la investigación y en particular, los derechos de los pacientes (256). Si bien no hay un beneficio directo para los

involucrados, las recomendaciones derivadas de sus resultados aportan al incremento de la calidad de la atención, contribuyendo a mejorar la salud de las personas con DM2, así como también la motivación y satisfacción laboral del personal de salud encargado de su atención. Aun sin ser un objetivo explícito del estudio, brindar un espacio de escucha y valoración de sus experiencias, resultó beneficioso para la autoestima y el bienestar de los entrevistados, en concordancia con el uso de narrativas dentro de los procesos terapéuticos (112,120,121).

El proyecto de investigación fue aprobado por los comités de ética de la investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Norte; y cuenta con el respaldo de la Jefa del Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta. Todas las personas invitadas expresaron su voluntad de participar mediante la suscripción de un consentimiento informado. Antes de proceder a la firma del mismo, la investigadora les informó sobre todos los aspectos relevantes de la investigación, enfatizando en que la decisión de participar o no era completamente voluntaria y podía ser modificada en cualquier momento. En anexos se encuentran los modelos de este consentimiento.

En referencia a la exigencia de considerar los riesgos y costos para las personas comparados con los beneficios previsibles, esta investigación no incluyó intervenciones de ningún tipo, por lo que solo conlleva riesgos derivados de la recolección y utilización de información que abarca la esfera privada del paciente. En relación a esto, se siguieron las normas establecidas en la Ley 19.628 sobre la protección de la vida privada (257), en especial en relación a los datos sobre las características del paciente y el manejo de su enfermedad obtenidos de las fichas clínicas, que fueron trabajados en forma anonimizada. Para preservar la confidencialidad, se utilizaron códigos de identificación en sustitución de los nombres de los entrevistados. Se evitó exponer a los sujetos de estudio a situaciones de aflicción y se consideró la posibilidad de que se generen fuertes emociones al recordar experiencias vinculadas a su enfermedad; en dos entrevistas fue necesario aliviar ese impacto (258) mediante la aplicación de medidas de contención.

6. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio, los que fueron organizados de acuerdo con los objetivos específicos. Por lo tanto, en la primera parte de este capítulo se presentan las opiniones y experiencias recogidas mediante las entrevistas a prestadores y pacientes sobre la calidad de la atención, así como, los datos cuantitativos sobre el cumplimiento de la norma técnica. Inicialmente se describen las características de las personas incluidas en el estudio, y se expone brevemente el entendimiento de la enfermedad, sus causas y manejo de la DM2 por los entrevistados. A continuación, se describen las conceptualizaciones y los principales aspectos mencionados por los entrevistados al hablar sobre calidad de atención; y se detalla lo dicho por los entrevistados sobre las dimensiones sistémica, relacional y técnica de la calidad de la atención. En la descripción de esta última, se incluyen los datos cuantitativos obtenidos de los registros clínicos de los pacientes. En la segunda parte se analiza, desde la perspectiva de los entrevistados, la vinculación entre las características de los pacientes y prestadores y la calidad de atención. También se describen, desde esa misma perspectiva, los posibles factores contextuales, sociales y organizacionales, que condicionan dicha calidad.

6.1 Características de las personas incluidas en el estudio

6.1.1 Características de los entrevistados

Entre mayo y septiembre del 2019 se realizaron 33 entrevistas, 18 con prestadores de salud y 15 con pacientes, abarcando los cuatro CESFAM de la comuna de Recoleta. En una entrevista participaron dos asistentes sociales. Se entrevistó al menos un médico, un enfermero y un nutricionista de cada CESFAM; la razón para entrevistar a dos personas de la misma profesión de un mismo establecimiento fue sus diferencias en formación o responsabilidad en el PSCV. Se obtuvo diversidad en cuanto al género, edad y experiencia laboral de los prestadores, no así en su jornada laboral ni forma de remuneración. Todos los prestadores entrevistados cumplen 44 horas semanales en la APS de Recoleta, una

nutricionista comparte horas en dos CESFAM. La remuneración es mayoritariamente por sueldo.

En las tablas 4 y 5 se muestran las principales características de los entrevistados.

Tabla 4: Características de los prestadores de salud entrevistados

CESFAM	Profesión	Edad (años)	Género	Experiencia APS Recoleta	Remuneración /Jornada	Clave ID
Patricio Hevia	Enfermero *	31	H	4años 3m	Sueldo / 44h	ENF Hevia
	TENS	52	M	28a	Sueldo / 44h	TENS Hevia
	Nutricionista	36	H	7a	Sueldo / 44h	NUT Hevia
	Asistente Social (juntas)	55 63	M M	4a 17a	Sueldo / 44h	AS Hevia
	Médico &	41	H	2 años	Sueldo / 44h	MED Hevia
	Psicólogo	39	H	12 años	Sueldo / 44h	PSI Hevia
Juan Petrinovic	Médico *	28	M	3 años	Sueldo / 44h	MEDCV Petri
	Nutricionista #	49	M	26 años	Sueldo / 44h	NUT1 Petri
	Nutricionista	27	M	11 meses	Honorario/ 44h	NUT2 Petri
	Médico &	50	M	4 años	Sueldo / 44h	MEDFAM Petri
	Enfermero	28	H	2 años	Sueldo / 44h	ENF Petri
Recoleta	Nutricionista	56	M	28 años	Sueldo / 44h	NUT Rec
	TENS	39	M	12 años	Sueldo / 44h	TENS Rec
	Médico *	34	H	3años	Sueldo / 44h	MED Rec
	Enfermera &, §	31	M	1 año	Honorario/ 44h	ENF Rec
Quinta Bella	Nutricionista	30	M	8 meses	Honorario/ 44h	NUT Qta
	Enfermera *	29	M	5 años	Sueldo / 44h	ENF Qta
	Médico &	55	H	15 años	Sueldo / 44h	MED Qta

NOTAS: * Encargado del Programa de Salud Cardiovascular
 & Médico Familiar / Postgrado en Salud Familiar
 # Encargado de Acreditación del CESFAM
 § Encargada curación pie diabético y taller insulización

Tabla 5: Características de los pacientes entrevistados

CE SF AM	Edad	Género	Ocupación	Escolaridad	Tiempo Dx DM2	Insulina	Grupo AM o Comuna	Clave ID
Patricio Hevia	66	H	Taxista Jubilado	8º Básico	>5 años	si	si	H1Hevia
	74	M	Ama Casa Pensión viudez	5º Básico	>5 años	no	no	M1Hevia
	73	M	Jubilada Obrera Manufacturas	2º Humanidades	>5 años	si	si	M2Hevia
	61	H	Construcción Jubilado	7º Básico	>5 años	si	no	H2Hevia
Juan Petrinovic	63	M	Comerciante eventual	2º Básico	> 5 años	si	si	M1Petri
	87	M&	Ama de Casa	4º Básico	> 5 años	no	no	M2Petri
	75	H	Construcción independiente	3º Básico	> 5 años	no	no	H1Petri
	56	M	Comerciante	Técnico	1 -4 años	no	si	M3Petri
	64	H	Guardia Seguridad	6º Básico	> 5 años	si	no	H2Petri
Recoleta	57	H*	Conductor - Administrador	4º Medio Industrial	> 5 años	si	no	H1Rec
	58	M*	Comerciante Feria	6º Básico	> 5 años	si	no	M1Rec
	44	H§	Conductor Camiones	Técnico	1 año	no	no	H2Rec
Quinta Bella	63	H	Comerciante eventual	Primaria	> 5 años	si	no	H1Qta
	58	Trans*	Cesante – antes Estilista	4º Medio	> 5 años	no	no	T1Qta
	47	H* #	Conserje	Media completa	1 -4 años	si	si	H2Qta

NOTA: * Amputación dedos pies

Pertenece a Pueblo Originario

& Pérdida de memoria, entrevista con acompañantes (nieta y bisnieta)

§ Multimorbilidad, megaobesidad

Se entrevistaron al menos tres pacientes de cada CESFAM, logrando heterogeneidad en cuanto al género y el tipo de ocupación. El rango de edad de los pacientes entrevistados estuvo entre los 44 y 87 años, concordando con la edad de mayor prevalencia de la DM2 en la población. La mayoría de los entrevistados solo alcanza el nivel de educación básica, lo que corresponde a las características de la población adulta y adulta mayor atendida en los establecimientos de salud de la comuna de Recoleta. En cuanto al tiempo transcurrido desde su diagnóstico, este era menor a cinco años en solo tres de los entrevistados, sin embargo, se logró

diversidad en cuanto al tipo de terapia farmacológica. En las entrevistas, la insulino terapia surgió como condicionante clave, incluso más que la experiencia, en las percepciones de los pacientes sobre la atención recibida. La muestra incluye a un paciente perteneciente a pueblos originarios (mapuche); no se logró obtener entrevistas con migrantes, los que, a decir de los prestadores, representan un bajo porcentaje de los pacientes con DM2 atendidos en la APS de Recoleta.

6.1.2 Características de los pacientes incluidos en la muestra de registros clínicos

La tabla 6 muestra las principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la muestra obtenida desde la base de datos de los registros clínicos de pacientes con DM2 atendidos en APS Recoleta durante el año 2018. Como era previsible, dada la mayor prevalencia de DM2 y acceso a los establecimientos de salud por parte de las mujeres, existe un ligero predominio de estas en la muestra. La edad promedio de 67,4 años concuerda con que solo 16 (3,91%) de los registros se refieren a nuevos ingresos, es decir pacientes recién diagnosticados (ver tabla 9). En concordancia con lo expresado por los prestadores en las entrevistas, los migrantes representan solo un pequeño porcentaje (3,18%) de los pacientes, mayoritariamente peruanos. Hay una única respuesta afirmativa a la pregunta de si el paciente es afroamericano; no se consigna información sobre su pertenencia a pueblos originarios. Los datos referidos al tramo FONASA, nivel de escolaridad y ocupación corresponden al perfil socioeconómico de la población de la comuna.

Tabla 6: Características de la muestra obtenida de registros clínicos pacientes con DM2

VARIABLE	Numero registros	Porcentaje
Establecimiento		
• CESFAM Quinta Bella	118	28,85
• CESFAM Recoleta	115	28,12
• CESFAM Juan Petrinovic	125	30,56
• CESFAM Patricio Hevia	51	12,47
Nacionalidad		
• Chilena	396	96,82
• Peruana	9	2,20
• Otro (Boliviana, Haitiana, Paraguaya, Venezolana)	4	0,98
Sexo		
• Hombre	180	44,01
• Mujer	229	55,99
Edad (años)	<u>Promedio (Desv. estándar)</u> 67,40 (11,99)	<u>Rango</u> 20 a 94
Convenio		
• Fonasa A	91	22,25
• Fonasa B	220	53,79
• Fonasa C	40	9,78
• Fonasa D	57	13,94
• DIPRECA	1	0,24
Escolaridad		
• Sin/ Analfabeto/Preparatorio	4	0,98
• Enseñanza básica (cursando o incompleta) *	102	24,94
• Enseñanza básica (completa)	18	4,4
• Enseñanza media (cursando o incompleta)	32	7,82
• Enseñanza media completa	46	11,25
• Enseñanza superior	12	2,93
• No informado/ Sin registro	195	47,68
Ocupación		
• Dueña de casa	114	27,87
• Remunerado dependiente	81	19,80
• Remunerado independiente	61	14,91
• Jubilado	44	10,76
• Otros (estudiante, rentista, cesante, situación calle)	12	2,93
• Sin ocupación /ninguna	97	23,72
Grado Dependencia (EMPAM/EFAM) **		
• Autovalente sin riesgo	81	30,45
• Autovalente con riesgo	83	31,20
• Riesgo Dependencia	41	15,41
• Sin información	61	22,93

NOTA: *estas dos categorías se unen por tratarse de población adulta

** sólo para población ≥ 65 años de edad (n= 266)

FUENTE: Registros clínicos PSCV 2018, Departamento Salud Recoleta

Destaca que casi la mitad (47,68%) de los registros no cuentan con datos sobre el nivel de escolaridad y en aproximadamente un cuarto de estos (23,72%) la ocupación está consignada como “sin ocupación” o “ninguna”. En cuanto al grado

de dependencia, el 60% de los adultos mayores son auto-valentes, con una distribución casi equitativa entre con y sin riesgo. También aquí existe un importante porcentaje (23,88%) que no cuenta con el dato; siendo imposible diferenciar entre la no realización del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) y el no registro del mismo. Solo nueve pacientes (2,2%) figuran como “Adultos Mayores institucionalizados”, con un 59,9% de no registro. Situación similar se da en la información referida los antecedentes familiares de DM2 y la pertenencia a grupos de autoayuda, donde los porcentajes de no registro de información alcanzan 29,58% y 36,67%, mientras que las respuestas afirmativas son solo del 5,87% y 2,69%, respectivamente.

6.2 Calidad de la atención de personas con DM2

6.2.1 Calidad de atención: conceptualizaciones y dimensiones

En esta sección se describen los aspectos mencionados por prestadores y pacientes como elementos constitutivos de la calidad de atención, tanto desde sus vivencias, como desde su conceptualización. Las descripciones de los profesionales de una atención típica del PSCV incluyen gran cantidad de elementos o acciones orientadas al manejo de la enfermedad; en cambio la descripción de los pacientes es más escueta, frecuentemente omiten, o incluso niegan, algunos de los elementos mencionados por los prestadores tales como preguntar por su estado actual o la realización del examen físico. A pesar del esfuerzo de la entrevistadora de indagar mayores detalles, muchos lo resumieron como: *“me atendieron bien”*.

“En el box se hace una anamnesis, ver cómo está el estado actual del paciente, la sintomatología que ha tenido; se hace el control de signos vitales, peso, talla, circunferencia abdominal, se le examinan los pies. [...]”²⁴ En la anamnesis si aparece otra sintomatología también se investiga en el examen físico. Además, se hace el control de exámenes, [...] Ahí en base a los resultados de los exámenes y examen

²⁴ El uso de estos paréntesis [...] indica intervención de la investigadora en el texto de transcripción de la entrevista, bien sea para aclarar el tema abordado, o para cortar partes redundantes o no pertinentes.

físico de la anamnesis uno va indicando la conducta. Se define la conducta a seguir y la educación al paciente en cuanto a sus enfermedades, si tienes dudas.” **MED Hevia** [Se solicita relatar lo sucedido en la consulta con enfermera antes de la entrevista]. “Me revisó los exámenes que tenía. Me atendió muy bien. Me revisó los pies. Me tomó la presión. El control que hace la enfermera. Y hasta aquí todo perfecto”. **PH1 Qta**

En la tabla 7 se resumen los principales temas que emergen desde lo que los entrevistados dicen sobre la calidad de atención, agrupándoles en categorías de acuerdo a los objetivos. Esto permite apreciar que la calidad de atención es un concepto complejo, compuesto por múltiples elementos y aristas, entre los que existen numerosos traslapes, interacciones y zonas de indefinición.

Tabla 7: Categorías y sub-categorías de la calidad de atención

Objetivo	Categorías	Sub-Categoría
Comprender la percepción de los pacientes y del personal de salud sobre la calidad de la atención de personas con DM2, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma	Comprensión de la enfermedad como base para el análisis de la calidad	Concepto enfermedad y sus causas
		Vivencia de la enfermedad y de la respuesta terapéutica
	Percepciones sistémicas sobre la calidad	Proceso de Comunicación /educación
		Adherencia a las indicaciones
		Resultados de la atención
		Uso sistema privado de atención
	Percepciones sobre las relaciones entre prestadores y pacientes	Relación prestador –paciente
		Foco en paciente y sus necesidades
	Describir la calidad de atención a personas con DM2 desde la perspectiva técnica (cumplimiento de la normativa establecida) y la percepción de los pacientes y el personal de salud	Percepciones sobre aspectos técnicos de la calidad
Continuidad de la atención		
Modelo de atención		
Cumplimiento de normas del PSCV y metas sanitarias		Individualización de la atención
		Eficacia del manejo clínico

Fuente: Entrevistas a pacientes y prestadores de APS Recoleta, 2019

Es necesario aclarar que las narraciones de los entrevistados sobre sus formas de entender y vivir la enfermedad fueron recogidas en la categoría *Comprensión de la enfermedad*. En estricto sentido, esta no hace parte de calidad,

pero se la incluye por su estrecha vinculación con el fenómeno estudiado. Recordar además, que los nombres de las categorías corresponden a la forma en que estas son mencionadas por los entrevistados.

En las entrevistas con prestadores, la conceptualización de la calidad pudo recogerse de manera directa o preguntando sobre lo que constituiría una atención ideal. Las características más mencionadas se refieren al establecimiento de otras formas de relacionamiento con los pacientes, sus familias y la comunidad, que hagan más efectiva y satisfactoria la atención. Casi no se mencionó la posibilidad de compartir la responsabilidad y el poder con base en un entendimiento común de la enfermedad; es decir, a un real diálogo de saberes. Las alusiones al “*empoderamiento*” del paciente en general se refieren a una mejor comprensión de su enfermedad, en el que prevalece el enfoque biomédico y de la responsabilidad individual para el autocuidado. Algunos médicos afirman que mantendrían el modelo actual recomendando cambios puntuales en la organización o el funcionamiento institucional: más tiempo de consulta, mejor sistema de información, la redistribución de tareas y responsabilidades en un equipo multidisciplinario, y más o mejores materiales didácticos para fomentar el cumplimiento de sus indicaciones. Casi no hubo referencias a la necesidad de mejor infraestructura, equipamiento o mayores insumos; la seguridad y los derechos de los pacientes no son mencionados.

“Ahí necesitaría más, empoderamiento de la gente. O sea, que ellos dimensionaran que el problema de salud depende netamente de ellos [...]. Eso sería lo ideal, un paciente que realmente vea las consecuencias de las cosas que está haciendo. [...] Mi pensamiento, y siempre ha sido, es que ojalá alguna vez lleguemos al momento en que la gente se haga participe del sistema de salud. En el momento en que logremos esa conexión y dejemos de mirarnos como una autoridad y el subordinado, podríamos llegar a más consensos y a un tratamiento más efectivo.” ENF Petri

La valoración de la calidad por parte de los pacientes se da en términos generales y casi siempre positivos; al pedirles que describan una atención ideal, muchos se refieren al mejoramiento de un aspecto puntal de alguna consulta, o del

actual funcionamiento del establecimiento de salud. Como es esperable, en estos relatos predomina la dimensión relacional de la calidad, los pacientes atribuyen gran importancia a que el prestador les dedique tiempo, les explique su condición de salud y les brinde atención personalizada. Incluso las acciones del espectro más técnico de la atención, como la revisión de exámenes y la realización del examen físico, son valoradas desde lo relacional. Se aprecia el acceso a la atención y a exámenes, así como la entrega de medicamentos, enfatizando su gratuidad.

“Aquí siempre la atención ha sido buena. [¿Buena en qué sentido?] Buena que... Ya, que la niña que saca la sangre atiende bien, las doctoras también son bien amorosas... Yo siempre estoy conforme con el consultorio, sí. [...] Y el examen de sangre completo que hacen acá también. Y lo hacen gratis. O sea, por Fonasa...” PM1 Hevia

6.2.2 Comprensión de la enfermedad y su manejo

A continuación, se presentan las formas de entender y vivir la diabetes, sus posibles causas y terapéuticas, según fueron expresadas por los entrevistados. Es importante señalar que este tema fue explorado en tanto su asociación, establecida por los pacientes y prestadores, con sus experiencias, vivencias y percepciones sobre la calidad de atención, por lo que su estudio no fue exhaustivo.

6.2.2.1 Concepto de la enfermedad y sus causas

Todos los proveedores y la mayoría de los pacientes adhirieron al discurso biomédico en cuanto a la definición y las causas de la enfermedad, por lo que generalmente no la explicitan ni explican. En respuesta a la pregunta directa de la entrevistadora, asocian diabetes con *“azúcar en la sangre”* o simplemente al *azúcar*. No se recabaron conceptualizaciones fuertemente divergentes sobre la enfermedad, lo que podría estar influenciado por el bajo número de entrevistados provenientes de grupos originarios u otros países. Sin embargo, se encontró que esta es percibida por los pacientes como una enfermedad insidiosa cuyo curso es prácticamente inexorable. Muchos prestadores conocen esa percepción y la asocian con estigma y alta letalidad. También relatan dificultad o resistencia por

parte de algunos pacientes para entender que se trata de una enfermedad crónica, lo que expresan preguntando sí y cuándo van a dejar de ser diabéticos.

“Anterior, cuando no tenía diabetes, hacía... uh, ¡qué no hacía po’! Pero este es como un cáncer si se puede decir, porque es silencioso y ya cuando, ya está avanzado que ya se declara no más, po’. Y no hay vuelta atrás, entonces”. **PH2 Qta.**

El pie pasa a llevar la... cuando empieza la gangrena, ¿cachai? Ya empieza a correrla, y se corre en poco tiempo, que no te daí cuenta, porque es sensible el pie, lo que más perdemos los diabéticos es la sensibilidad y no sentimos nada. [...] Es como una cuestión, no sé cómo decirle, es algo bien..., callado, silencioso, que de repente cuando te descubrí, te hallan las cosas. **PT1 Qta**

La mayoría de las explicaciones causales dadas por los pacientes, tanto para su caso particular como para la diabetes en general, se sitúan en la alimentación, especialmente el consumo de dulces y bebidas azucaradas. No se mencionan otros factores, como los alimentos ultra-procesados o el sedentarismo. El aumento en el número de personas con diabetes en la población también es atribuido a un mayor acceso a los alimentos, específicamente los dulces. Sin embargo, algunos, desde su experiencia personal, mencionan la herencia como probable causa.

“Antes se escuchaba poco la diabetes, ¿cierto? Yo pienso que puede ser por la alimentación, pienso yo. Y hay muchas cosas para comer ahora, antes había menos. ¿Puede ser? Muchos pasteles, mucho dulce.” **PM1 Hevia**

“Es que yo tengo, mi papá es diabético, y mamá también es diabética, mi abuelo, mi abuela también fue diabética. Si que viene de herencia yo creo, es hereditario. Porque yo nunca fui bueno pa’ los dulces.” **PH1 Rec**

Cabe destacar que algunos términos biomédicos son resignificados por los pacientes. En específico, asocian el concepto *diabetes tipo 2* con mayor nivel de severidad. Esto se evidenció durante la firma del consentimiento informado donde aparece ese término, ante lo cual algunos pacientes aclararon que ellos no sufrían ese grado de la enfermedad. También aparece en algunas entrevistas:

“...diabetes grado 2 me dijeron que era, pero... en etapa inicial”. **PH2 Rec**

6.2.2.2 Vivencia de la enfermedad y de la respuesta terapéutica

En su experiencia de vivir con la enfermedad los pacientes reconocen tres hitos fundamentales: el diagnóstico, el momento en que se les indicó insulina por primera vez, y cuando empezaron a presentar complicaciones graves. Aquí se describen brevemente estas vivencias, su asociación con la calidad de atención se detalla en la sección 6.3.

En cuanto al primer momento, casi todos los relatos convergen en señalar que se trató de un evento fortuito cuyos resultados fueron completamente inesperados, a veces dramáticos para el paciente. En los pacientes más jóvenes, la ausencia de molestias o síntomas produce incredulidad frente al diagnóstico de la enfermedad e incumplimiento de las indicaciones médicas: La indicación de usar insulina representa un momento muy difícil para los pacientes; a veces incluso más que el diagnóstico mismo. Esta percepción negativa de la insulina es conocida por la mayoría de los prestadores, quienes la explican a partir de su posible simultaneidad con la aparición de complicaciones.

*“Vine a cambiarme el dispositivo pa’ no tener más hijos, y me mandaron a hacerme todos los exámenes. Y el examen de sangre arrojó azúcar en mi sangre. Entonces ahí a mí me pusieron en tratamiento, pero lo cual yo no obedecí, no me puse en tratamiento, no me tomé los remedios, porque no le hice caso. Fue solamente culpa mía que esto fuera avanzando, porque yo: ¡cómo llegó se va po’! [...] Porque supuestamente yo era roble. No, estaban equivocados los exámenes, no podía ser, menos tan joven. [...] Es que no me quitaron ánimo, no me quitó nada. Yo no me bajoné, no dije estoy enferma, tengo que hacer esto, no.” **PM1 Rec***

*“... el doctor me dice: sabí que, tenemos que colocarte insulina, porque ya... tay pasao. O sea, ya no... Tení un límite de tu enfermedad, ahí me jui más pa’ ajo todavía [se le quiebra la voz] [...] Fue cuando me diagnosticaron. No, cuando me dijo el doctor que ya tenía que colocarme insulina, ahí yo dije: ya no tomo más [alcohol]...” **PH2 Hevia***

Otro momento de inflexión en la vivencia de la enfermedad está dado por la aparición de complicaciones o la experiencia de personas cercanas que las sufrieron. La amputación es la consecuencia más aludida por los pacientes, y el tener que ser dializados también les causa temor, dada la experiencia de

familiares o amigos. Las complicaciones cardiovasculares no fueron mencionadas, salvo por un paciente que une los efectos de la DM2 sobre el sistema circulatorio con otras patologías. La mayoría de los pacientes en algún momento de la entrevista menciona, directa o indirectamente, la muerte, propia o de algún familiar con DM2.

“Al hermano de ella, que era diabético, le cortaron un dedo. Empezaron a cortarlo de a poquito... hasta que murió de la diabetes, creo yo. Tengo otro vecino ahí que le cortaron un dedo la... hace 10 días le cortaron un dedo.... dedo gordo del pie, y como a los cuatro o cinco días le cortaron más arriba de la canilla, más arriba de la rodilla, y entonces por no cuidarse también...” **PH1 Hevia**

“Porque mi abuelo, por el asunto de la diabetes, a él le dio un coma diabético. Y se le tapó y se le destapó la arteria del cerebro. Y ahí empezó con sus problemas de Alzheimer como demencia senil”. **PM2 Petri**

La terapia farmacológica es vista como el pilar fundamental del tratamiento, pero la ingesta diaria y de por vida de muchos medicamentos, causada por la multimorbilidad que presentan la mayoría de las personas con DM2, preocupa a algunos pacientes. Los prestadores expresan desaprobación frente a la no adherencia a la prescripción, aunque reconocen que en ocasiones esta puede ser causada por deficiencias en la información entregada al paciente; en especial cuando no se les advierte sobre los posibles efectos secundarios del inicio de un nuevo tratamiento. En cambio, las medicinas alternativas son percibidas como más seguras. Si bien su uso no es referido espontáneamente; al preguntarles, la mayoría de los pacientes y muchos prestadores, se expresan en conocimientos y vivencias sobre estas: Refieren la ingesta de infusiones de hierbas que *“limpian o fortifican la sangre”*, destacando la *Pata de Vaca (Bauhinia forficata)* y terapias que cumplen con el principio de antagonismo entre la enfermedad y su tratamiento.

“Si le dan los remedios para que se los tome, no es pa’ que los deje de lao’. [...] lo primero yo, antes del desayuno en la mañana: cinco pastillas, parto con ellas. Y a veces me preocupa que tanta pastilla no me vaya a complicar el estómago. [...] ¿Sabe por qué me preocupa? Porque mi señora se tomaba más de 20 pastillas diarias antes de que le diera la trombosis.” **PH1 Petri**

6.2.3 Percepciones sistémicas sobre la calidad

En esta sección se presentan cuatro sub-categorías que, de acuerdo a las narraciones de los entrevistados, conjugan elementos tanto de la calidad técnica como la relacional, por lo que se consideró adecuado crear esta nueva categoría. Así, los contenidos de la comunicación /educación son predominantemente técnicos pero su efectividad se basa en la calidad de la relación establecida entre el prestador y el paciente. Esto a su vez determina la adherencia a las indicaciones y los resultados de la atención, en términos de satisfacción y estado de salud de las personas atendidas. Además, se describe el uso del sistema privado para suplir lo que es percibido como deficiencias en el sistema público de salud.

6.2.3.1 Proceso de comunicación /educación

El elemento al que más se refieren los entrevistados al describir una atención del PSCV es la comunicación entre prestador y paciente. Se la considera como eje central de la consulta y siempre es dirigida por el prestador quién hace preguntas al paciente y le transmite información sobre el manejo de la DM2. El espacio para las inquietudes del paciente, generalmente referidas a los resultados de exámenes y las indicaciones farmacológicas, muchas veces es breve y poco utilizado. Los relatos de pacientes y prestadores coinciden en describir una comunicación esencialmente unidireccional, aun cuando se realizan grandes y múltiples esfuerzos para mejorarla. Los prestadores reconocen limitaciones en la adecuación y la efectividad de esta educación; los que tienen formación en medicina o salud familiar mencionan la inexistencia de un enfoque verdaderamente dialógico, mientras que para otros, el silencio del paciente indica una efectiva transmisión de información. Muchos pacientes relatan que, aun teniendo dudas no preguntan, y tienden a responsabilizarse a sí mismos por no hacerlo. En general, no expresan críticas explícitas frente a esta forma de comunicación, aunque también reconocen su falta de efectividad en términos de comprensión y de adherencia a las indicaciones.

“...como que uno tiene la razón y el paciente no la tiene. Entonces desde ahí es como, es eso de aconsejar mucho y recoger pocas cosas del paciente... [...] La información

que uno le entrega es como intentando hacer un cambio en el estilo de vida, pero en realidad utilizando muy pocas herramientas para esos cambios.” **MED Hevia**

“[¿Por qué los pacientes no preguntan?] “...espero creer que realmente la información que entregué fue clara. Que el mensaje que se tenía que dar llegó bien, y que ellos van a irse con las herramientas necesarias. Aparte el hecho de dejar a puerta abierta significa que si hay una duda van a volver... [...] Ha sido muy puntal las veces que han llegado: me acordé de esto... Significa que, en el fondo, el mensaje quedó.” **ENF Hevia**

“No, solamente me dice que la... yo le pregunto a la doctora que me ve ¿Cómo está el azúcar? Me dice que está bien. Y eso nomás, no me comenta nada más. [...] No le preguntado, solamente pregunto que cómo está mi diabetes.” **PM1 Hevia**

“Sí, no, me han explicado, para qué le voy a decirle. Pero uno, no sé si no le tomó bien atención a las cosas yo, que se me olvidan... O me hago la tonta, como se dice vulgarmente [risa]. No, pero me lo explicaron. Sí. Hubo una doctora o una enfermera, me lo explicó el proceso y que es delicado.” **PM3 Petri**

6.2.3.2 Adherencia a las indicaciones

La adherencia a las indicaciones, tanto las farmacológicas como las referidas al cambio de hábitos, representa un elemento central en la interacción entre el paciente y el profesional de la salud. Los mensajes sobre la importancia de su cumplimiento predominan en la comunicación y son reforzados por la indicación de las posibles consecuencias en caso de no adherir. Los prestadores refieren adaptar sus indicaciones a las condiciones de vida, laborales, socio económicas y, en algunos casos, a las costumbres de cada paciente, lo que será analizado en detalle en el punto 6.2.6.1. En contraste, algunos pacientes hombres comentan que su no adherencia se debe a dificultades causadas por la no adecuación de las recomendaciones a su situación individual, aduciendo que los profesionales solo insisten con una recomendación estándar. Estas dificultades son relativizadas por los prestadores, particularmente por algunas nutricionistas, quienes argumentan que el problema central radica en la actitud y motivación del paciente.

“Hablamos que la importancia de la adherencia al tratamiento y de sus cuidados va a llevar a la larga a que no tengan las complicaciones crónicas posibles. Y que, si no se cuida, también un poquito utilizamos la misma terapia que ellos ya nos dijeron de que

el vecino estaba en silla de ruedas o que le amputaron el piecito. Utilizamos como ejemplo eso: que, si no se logra cuidar, a la larga le puede suceder eso.” **MED Qta**

“Intento siempre usar los mismos recursos que tiene la persona, de manera que, según mi percepción, puede ser menos angustiante en el sentido de decir: Pucha, me están indicando algo que yo no tengo cómo comprarlo. [...] ...por ejemplo: No señorita, es que yo no hago el régimen porque es muy caro. Y es como... ¿Cómo va a ser más caro comerse dos panes al día que comerse cinco? Entonces también ahí hay esos conceptos que son errados, pero que también son más cómodos.” **NUT1 Petri**

“Le pregunté yo qué seguía ahora: tiene que seguir el tratamiento no más, de por vida. Ya, porque ya era irreversible, po’. Ya estaba vacunao’ [risa]. Ya no había na’ que hacer, solamente seguir los tratamientos y cuidarme porque... poner de mi parte un poco para poder seguir la vida.” **PH1 Petri**

Los prestadores dudan de lo reportado por el paciente en cuanto al cumplimiento de las indicaciones, y le atribuyen mayor credibilidad a lo que infieren a partir de los resultados de los exámenes. En correspondencia, varios pacientes admitieron mentir u omitir información en relación al cambio de hábitos y, en menor medida, la ingesta de fármacos. Esta conducta parece estar relativamente normalizada por pacientes y prestadores; todos la juzgan negativamente, pero no profundizan en sus posibles causas o estrategias para evitarla.

[Describe que repregunta sobre ingesta alimentos] “Es más que nada para ir viendo, eh, si es que realmente la información que me está dando (el paciente), corresponde a lo que está realizando.” **NUT Hevia**

“... igual uno de repente miente, [risa] porque ellos le explican bien a uno, y uno es el que dice: no, lo voy a hacer igual. No es que ellos hagan mal su trabajo, sino que nosotros hacemos, hacemos mal a ellos de repente.” **PH2 Hevia**

6.2.3.3 Resultados de la atención

A continuación, se presenta lo dicho por pacientes y prestadores en cuanto a los principales resultados esperados de la acción de los sistemas de atención de salud: la satisfacción y el mejoramiento o preservación de la salud y el bienestar de sus usuarios. Dado que el foco de este estudio estaba en el proceso de

atención, se recoge lo mencionado espontáneamente en las entrevistas, sin explorarlo a profundidad.

En general, se encontró que los pacientes expresan su evaluación de manera muy escueta: afirman no tener ni grandes quejas, pero tampoco gran satisfacción con la atención recibida. Muchos usan la *expresión “no tengo nada que decir”*, a la que a veces agregan juicios valorativos positivos de la atención. En cuanto a su estado de salud, tienden a resaltar los resultados positivos que atribuyen a la atención y al autocuidado. Entre los resultados negativos destaca el pie diabético que representa una importante pérdida de autonomía y bienestar. Los prestadores en cambio se enfocan en el logro de la compensación, es decir de los parámetros numéricos o metas clínicas que indican un buen control de DM2, reconociendo las dificultades y deficiencias que deben afrontar y la falta de evaluación de otros aspectos de la atención. Algunos mencionan los resultados distales, predominando igualmente los referidos al pie diabético.

“Y lo bueno, es que me han atendido siempre bien. Siempre he conseguido todo lo que he querido. Así que no le puedo ‘pelar’ a nadie, menos al médico, me detectó y me tiene súper bien hasta el momento.” **PT1 Qta**

“Imagínese un año haciendo reposo con los pies en alto, ya estaba bien saturado, complicado, con depresiones porque no podía hacer nada. ¡Trataba de hacer algo y no podía, porque resulta que, uno se ponía en pie, como que la sangre iba toda al pie y el dolor era insoportable!” **PH2 Qta**

“Nos ha funcionado hartito, hemos recuperado hartos usuarios que estaban bien descompensados, o sea han llegado personas con... incluso con debut de, con hemoglobinas glicosiladas de 11 casi 12. Otros usuarios diabéticos de hace mucho tiempo que no había caso que pudiesen bajar de... nueve... ya hemos logrado que estén en siete, o bajo siete.” **ENF Hevia**

“Yo creo que, bueno, en la APS siempre nos falta medir cosas como menos tangibles que el dato duro de compensación, del número, que es como la satisfacción usuaria con respecto a estos controles.” **MED FAM Petri**

La tabla 8 muestra los datos sobre las comorbilidades y complicaciones de los pacientes incluidos en la muestra de registros clínicos que se condicen con la apreciación predominantemente positiva de los entrevistados. En concordancia con la información epidemiológica nacional e internacional, un alto porcentaje de los pacientes con DM2 tiene diagnóstico de hipertensión arterial y/o dislipidemia (83,86% y 69,93% respectivamente), lo que justifica su atención conjunta en el PSCV. Las bajas prevalencias de patologías consideradas como complicaciones de la diabetes (nefropatía 6,36%, neuropatía 1,96%) podrían ser indicativas de un buen manejo de la enfermedad, aunque esto resulta contradictorio con el hallazgo de un porcentaje relativamente bajo de pacientes compensados en términos de HbA1c (ver tabla 10). Es necesario tener en cuenta que la muestra es de pacientes atendidos en APS, por lo que cabe esperar que su nivel de complicaciones sea menor que el de las personas con DM2 que están siendo tratadas en los hospitales, aun cuando estas deberían continuar con sus controles en la atención primaria.

Tabla 8: Comorbilidad y complicaciones de los pacientes con DM2, APS Recoleta

	HTA		Dislipidemia		ERC		IAM		ACE		Retinopatía		Neuropatía		Amputación	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	343	83,86	286	69,93	26	6,36	25	6,11	23	5,62	20	4,89	8	1,96	12	2,93
No	66	16,14	120	29,34	377	92,18	378	92,42	380	92,91	377	92,18	390	95,35	389	95,11
Sin Información	0	0	3	0,73	6	1,47	6	1,47	6	1,47	12	2,93	11	2,69	8	1,96

NOTA: HTA: Hipertensión arterial; ERC: Enfermedad renal crónica, IAM: Infarto agudo miocardio; ACE: Accidente vascular encefálico

FUENTE: Registros clínicos PSCV 2018, Departamento Salud Recoleta

6.2.3.4 Uso sistema privado de atención

Un aspecto relacionado es el uso del sistema privado, lo que, de acuerdo con las visiones de los entrevistados, podría considerarse como indicativo de deficiencias en la calidad del sistema público. Casi todos los pacientes refieren que recurren también a este subsistema; situación que es normalizada por ellos y por muchos prestadores. Solo un paciente afirma no haberlo utilizado ya que el CESFAM le provee todo lo necesario. Las principales razones para acudir al sistema privado son la rapidez en el acceso, especialmente a atención por especialistas y a la realización de exámenes, y en ocasiones, desconfianza ante lo indicado por los profesionales de APS. Varios pacientes destacan el (relativo) bajo costo de las prestaciones privadas, aunque muchos mencionan el factor económico como principal motivo para recurrir al sistema público. El apoyo de hijos o nietos permite que algunos adultos mayores accedan a la atención privada, lo que es considerado, por prestadores y pacientes, como una demostración de afecto y cuidado por parte de estos.

“Particular y ahí voy yo. Prefiero hacérmelos (exámenes de laboratorio) ahí. Y rapidito, pues. Y me los hice y se los llevo, al doctor. Y me dijo: ¿Oye y cómo tan rápido? No doctor, yo no me los mando a hacer acá porque se demoran como un mes. Y él me dijo: oye, me dijo, eres muy inteligente.” **PM2 Hevia**

“Cuando el médico me dijo que tenía que colocarme insulina. Yo quise ir a otro lado, o sea no yo quise, porque yo ya tenía asumido. Mi hijo, que le trabaja allá en el sur, en Curanilahue, [...] él me dijo, papi véngase para acá, yo lo voy a llegar a un especialista, un diabetólogo...” **PH2 Hevia**

Los prestadores conocen, aceptan, y frecuentemente incluso valoran el uso del sistema privado por parte de los pacientes. Refieren que, en general, es una decisión del paciente o su familia, pero que ocasionalmente ellos sugieren su utilización por razones similares a las esgrimidas por los pacientes. Enfatizan que se trata de prestaciones que, si bien son necesarias para una atención de calidad, no están incluidas en la “canasta GES” para los pacientes con DM2.

[¿Hay cosas que tienen que comprar o hacerse en consultorio privado?] “No, respecto al programa no. Porque está por la canasta ¿cierto? Hace que esté incluido todo, toda

la batería de exámenes necesarios y también los medicamentos. [...] ...hay una parte que, en porcentaje no podría precisar, pero no es tan grande, puede quizás hasta un 30%, de intolerancia a algunos medicamentos. [...] Y si no, se consulta, que si puede comprar, que si está en posibilidad de comprar la misma metformina pero recubierta, o de otro laboratorio, y algunos nos dicen que sí y después de eso le generamos una receta para que puedan comprar. Pero a la vez dejamos el medicamento que está en el consultorio, igual en su receta va. Porque si lo puede comprar lo compra y sustituye, y si no lo puede comprar algún mes, vuelve al medicamento. [...] Y claro, con el medicamento que compran, mejores resultados.” MED Qta

6.2.4 Percepciones de las relaciones entre prestadores y pacientes

En esta sección se describen aspectos específicos de la relación entre el prestador y el paciente tales como el trato, la confianza y el conocimiento mutuo, y la preocupación por la salud del paciente. Luego se detallan los referidos a una característica clave de esta relación: la atención centrada en el paciente, expresada en términos de inclusión de las expectativas y opiniones de paciente; toma de decisiones conjunta, e incorporación de otros sistemas terapéuticos.

6.2.4.1 Relación prestador –paciente

Los entrevistados, tanto prestadores como pacientes, consideran que el **trato** representa un elemento clave de la calidad de atención. De acuerdo con los pacientes el buen trato se refleja en horizontalidad, amabilidad, cariño, y cercanía, incluso de tipo físico. Aunque se recogieron muchos relatos que dan cuenta de un buen trato, este es el componente de la calidad para el cual se emitieron mayor número de críticas, especialmente por pacientes mujeres. En sus relatos destacan la falta de amabilidad y paciencia, y las indicaciones poco claras, a veces incluso respuestas groseras o irrespetuosas. Sin embargo, frecuentemente estas situaciones son relativizadas, atribuyéndolas, al menos en parte, a la actitud del paciente. La mayoría de las críticas son referidas a un profesional en particular o al personal administrativo y al podólogo, el maltrato por parte de estos últimos es menos tolerado, aduciendo su menor estatus en la jerarquía de prestadores.

*“Porque ella no pone, eh cómo dijéramos, usted es paciente yo soy médico. Ella trata con mucho amor, con mucho cariño. Ella no, no es de esas personas que: Ay no, no la puedo tocarla. No, ella es de piel. [...] Que fuera como un trato como de tú a tú, algo más familiar. [...] De la atención, de conversar. Por ejemplo: ¿se va a ir de vacaciones, se va de paseo? Sí, lo pasé bien, estuve aquí, ella me cuenta. ¿Y usted? No po’, por culpa suya no puedo salir, le digo yo, (risa) por la cuestión de la diabetes.” **PM1 Rec***

*“Y al final atienden más mal las niñas de los mesones, por ejemplo, que las personas que son, que tienen su título... Porque las personas, de repente atienden súper bien las niñas de, bueno, las enfermeras... Pero las niñas del mesón son más desagradables. [...] ...yo he visto que han peleado en algunos. Como también hay gente que es muy ordinaria también, yo le digo, hay de todo.” **PM3 Petri***

*“Ese tiene un carácter como bien pesado el hombrecito pa’ atender... Eh, cómo que lo jode así, que saque el pie, qué ponga en esto, qué en lo otro. [...] porque atiende mal po’. De repente hay que: esto y esto otro. Habla como si fuera un doctor, po. Y es un simple podólogo nomás.” **PM1 Petri***

La mayoría de los pacientes entrevistados confieren una fuerte valoración positiva a lo que **perciben como preocupación del prestador por su salud**, aun cuando esta esté asociada a una actitud autoritaria o paternalista por parte del profesional. Varios relatos de pacientes dan cuenta de su aceptación de estas actitudes, sosteniendo que esa forma de actuar de los prestadores es para su bien. Algunos prestadores matizan esta práctica afirmando que traspasan la responsabilidad al paciente, pero dejan entrever una actitud u opinión negativa frente a la no adherencia de este a sus indicaciones.

*“Porque te reta, te trata como hijo po’. Porque tú le tenís que hacer caso, sino te, te reta. Y toma mucho en serio tu enfermedad, porque te habla por lo, por lo sano. [...] O sea, lo toma mucho en cuenta. Como dándole a entender a uno que se tiene que cuidar. Y hay veces uno es porfiao, niña, los diabéticos somos porfiados...” **PT1 Qta***

*“No sé cómo habrán sido anteriormente mis colegas, pero siento de que muchas los retaban, por no seguir las indicaciones. Yo no soy así. Yo siempre he tenido esa concepción de que yo no soy quién para retar, porque lo que yo entrego son sugerencias, la gente verá si es que las toman o no las toman.” **NUT Hevia***

Un aspecto que surge de las entrevistas con pacientes es la importancia que le confieren a que los prestadores **los reconozcan y valoren como seres humanos**, con problemas y vivencias individuales que trascienden la existencia y el manejo de su enfermedad. El reconocimiento de las habilidades o capacidades del paciente más allá del campo específico de la salud les permite establecer otro tipo de relación con los profesionales. Estos son conscientes de la importancia de este tema que asocian con generar confianza para incrementar la efectividad de la consulta. Las nutricionistas son quienes más lo mencionan, probablemente por la estrecha relación entre alimentación y factores familiares, sociales y emocionales.

“Aquí en el CESFAM, yo lo que veo es que la atención es más humana, la atención es más a la persona. Pero, por ejemplo, usted va al San José y usted es un número. [...] Llegó este paciente, no la persona, ven la enfermedad y cómo solucionarla. Es lo único que ven, no ven a la persona, no ven más allá de... Oye, el paciente tiene esta necesidad... el paciente aquí, no.” PH2 Rec

“...ya se les rompe el esquema porque se dan cuenta de que uno realmente está preocupado de cómo están ellos y que los está escuchando. [...] Y ahí parto la consulta, enfocando primero en como vienen las personas, como está ella, como se siente... Sin dejar de lado por supuesto, toda la parte de enfermería que tengo que evaluar, pero si doy un espacio para saber bien cómo están ellos, cómo están en la casa, y como uno ya conoce la familia, conoce el círculo, siempre pregunta: oye cómo está el hijo, cómo está el nieto, cómo están en la casa.” ENF Hevia

“Entonces es como más de igual a igual digamos, a pesar de que él es profesional y uno, un obrero... Es como que... lo hace confidenciarse... [...] Es la misma conversación, el trato. Porque siempre hay temas aparte de eso no cierto, que también, digamos, de la contingencia y... de esto mismo de los jardines que estamos haciendo, de esto, como que le da más importancia a la persona...” PH1 Hevia

La mayoría de los pacientes refiere **confiar en sus prestadores** basados en aspectos relacionales más que en la eficacia técnica del manejo clínico. Esta confianza es muy valorada por pacientes y prestadores; los segundos tienden a conferirle un valor instrumental como coadyuvante de la adherencia y el autocuidado. En cada consulta del PSCV se realiza una anamnesis sobre las condiciones de vida

y trabajo del paciente, incluyendo sus problemas familiares y emocionales. Esta información sirve para adaptar el plan terapéutico, y es valorada por su potencial para establecer vínculos, aportando de forma indirecta a la adherencia. Muchos entrevistados aseveran que este conocimiento y confianza se van construyendo mediante sucesivas interacciones entre el prestador y el paciente, lo que requiere de tiempo y cercanía emocional. Sin embargo, este conocimiento no es recíproco: salvo en el caso de una TENS, ningún entrevistado mencionó la importancia de que los pacientes conozcan más a los prestadores. Algunos pacientes establecen algún grado de reciprocidad al ofrecer un regalo o atención al personal de salud, particularmente a los administrativos, lo que en ocasiones se convierte en una manera de obtener trato preferencial.

“Sí, los conozco casi desde el ingreso, porque estoy a cargo del ingreso, más el seguimiento. Los conozco casi a todos los pacientes y, los controles que se hacen, entonces ahí tanto los usuarios como el médico hay buena relación y con la mayoría, no muchas veces logrando la adherencia de todos...” **MED Qta**

“Además que es la nutricionista la pesada, la que les quita las comidas, entonces llegan con susto, la que los reta si no bajan de peso. Pero después llegan, como que se van relajando a medida que pasa el control, entonces van contando sus experiencias, de lo que les cuesta, lo que es más fácil, van contando también como se sienten porque [no] es un tema de hacer, también tienen un valor emocional agregado, quitar o agregar comida. [...] Lo que me ayuda bastante es que los pacientes, por un tema a lo mejor de confianza, o que sienten que hay un poco de empatía, son capaces de ir, a medida que avanza el control, de ir relajando y soltándose un poco, soltando información acerca de emociones, de sentidos, de pensar, de que cuesta, de que no cuesta.” **NUT2 Petri**

“Yo siempre, es mi doctor, si no está, espero el otro día. ¿Cachai? Porque él me ve mi vida, o sea, él sabe mi libro de vida, po’. La enfermedad y todo, él me sabe lo bueno, lo malo, lo feo, ¿no?” **PT1 Qta**

“Entonces ya lo ubican a uno... El mismo enfermero (nombre), estuvo atendiendo un montón de tiempo a ella [esposa] por una herida que tenía de úlcera varicosa. Entonces como también la acompañaba y ahí nos conocía y decía: ¿Cómo está la pierna? ¡Que ya hace como un año que no viene y todavía me pregunta cómo está la pierna! Es porque la gente se va preocupando de los pacientes.” **PH1 Hevia**

6.2.4.2 Foco en paciente y sus necesidades

En comparación con los anteriores, **inclusión de las expectativas y opiniones de paciente** fue poco mencionado de manera explícita por los entrevistados; su déficit se infiere de relatos sobre lo que sería una atención ideal para algunos prestadores, y de sus abordajes de la adherencia a las indicaciones sobre cambios de hábitos. Varios profesionales dicen que adaptan sus indicaciones a las capacidades o posibilidades emocionales y económicas de cada paciente, pero sus narrativas dejan ver que las consideran soluciones subóptimas. Algunos critican de manera explícita las expectativas de los pacientes de soluciones rápidas o fáciles para sus problemas de salud, mientras que otros reconocen que considerar estas expectativas y opiniones implica un fuerte cambio en su interacción con estos. Esto se complementa con descripciones de pacientes sobre reacciones negativas de algunos profesionales frente al planteamiento de una duda o la solicitud de una explicación, que son percibidas por los prestadores como un cuestionamiento a su autoridad. En contadas ocasiones relatan haber recibido elogios por preguntar.

“Ese formato les cambia mucho el switch. Se sienten parte de... reciben mejor todo el proceso, mejor las indicaciones... [...] Yo, por el contrario, o sea claro, por supuesto no está bien lo que hizo, pero mire, podemos mejorar, vamos viendo, vamos de a poco... [...]. En el fondo, entender que cada caso es distinto.” ENF Hevia

“Cambiaron a la enfermera y llegó la nueva, y dijo: Bueno, ¿quién es el doctor? No, pero yo te estoy guiando, porque yo sé po’, porque es primera vez que me veí’ y el otro me veía siempre. ¿Cachai? [...] Así que yo le dije: Ya, bueno. Pero igual me hizo caso en varias cosas. Dije: No, eso es así y allá. Pero tú me estai’ hablando como ustedes lo hacen, yo lo hago así. Ya, disculpa, ya.” PT1 Qta

Concordante con lo anterior, no se recogieron relatos sobre procesos dirigidos a la **consecución de acuerdos entre el prestador y el paciente sobre su plan terapéutico**. Si bien varios prestadores afirman que luego de la entrega de información sobre la enfermedad y sus consecuencias, dejan la decisión al paciente, no mencionan un dialogo en que estén presentes las concepciones, vivencias o perspectivas de este, y menos, que sean consideradas en las indicaciones, más allá

de adaptaciones puntuales en el plan terapéutico establecido por el profesional. En general, esta praxis se encuentra naturalizada, la mayoría de los prestadores afirman que el (único) responsable de cumplir las indicaciones es el paciente; solo un profesional con formación en medicina familiar reconoce estos déficits y está iniciando un proyecto para subsanarlos. Este traspaso de la responsabilidad al paciente es entendido como *empoderamiento*; en contraste, el no cumplimiento de las indicaciones es juzgado muy negativamente. Las narraciones de los pacientes confirman lo anterior y evidencian una relación autoritaria o paternalista con sus proveedores de salud; ellos perciben y aceptan que se les premia por su *obediencia*.

“Tiene que ser algo progresivo... y empoderando a la persona, haciendo comprender que en realidad es por su bien. [...] Le digo, no, no lo voy a retar, yo solamente voy a conversar con usted, le voy a explicar, voy a dar las herramientas para que usted decida. Yo no puedo imponer. Sino que usted mismo tiene que darse cuenta qué es lo bueno y que es lo malo, porque es su salud la que está en riesgo.” ENF Hevia

“Yo les digo: Si usted no quiere venir, si usted no quiere cambiar, no perdamos el tiempo. Porque pierde el tiempo usted y pierdo el tiempo yo. Pero después no venga cuando sea tarde, porque ahí no vamos a poder hacer nada. [...] O sea, no entro en el juego del paciente: Si usted no quiere, yo no tengo problema, ¿te fijas?” NUT Rec

“Él me dice tú me hací caso en todo y sí, así tiene que ser po'. [...] Soy muy obediente y él me dice, el doctor (nombre), el que está acá me dice: te quiero mucho, mucho, mucho, y yo le digo: Yo también a usted doctor. Y tengo otra regalona la doctora (nombre), porque ella era igual conmigo, porque me decía: Sabí por qué te quiero, porque eres obediente.” PM2 Hevia

En todos los CESFAM de la comuna de Recoleta se brindan atenciones de las **denominadas terapias complementarias**, especialmente Flores de Bach y herbolaria; sin embargo, para la diabetes no se ofrecen alternativas terapéuticas a las establecidas desde el enfoque biomédico hegemónico. Como se mencionó en el punto 6.2.2.2, la mayoría de los pacientes entrevistados conoce y utiliza estas terapias, ante las cuales los prestadores expresan una cautelosa opinión favorable. Una enfermera que, como otros prestadores, participa en un proyecto para el fortalecimiento del uso de plantas medicinales, aduce que es importante que los

profesionales y las instituciones de salud comprendan y controlen estas terapéuticas.

Las entrevistas evidencian que los prestadores conocen y en general aceptan el uso de herbolaria por parte de los pacientes, aunque dudan de su efectividad. Ellos perciben que estas prácticas son menos frecuentes en la diabetes que en otras patologías; su uso se limita a “ayudar a bajar el azúcar” o al alivio de cierta sintomatología asociada a la enfermedad. En contadas ocasiones la indican ellos mismos, utilizando argumentos basados en el enfoque biomédico y enfatizando que no debe interferir, y menos sustituir, el tratamiento farmacológico. Otros entrevistados consideran que, dada la falta de evidencia científica sobre su efectividad y potenciales riesgos, su uso resulta cuestionable. Los pacientes ratifican que la mayoría de los prestadores acepta el uso de las terapias complementarias, pero desde una posición de escepticismo y cautela frente a estas.

“Entonces a algunos [pacientes] los tengo con la Pata de Vaca, muy informalmente, pero los tengo. Uyyy están súper compensados. La he visto, la he vivido desde la experiencia la Pata de Vaca, ahora he buscado estudios y todo, porque tiene su sustento... [...] Yo creo que falta que los profesionales de salud se interesen más en las terapias complementarias porque también hay harta gente que se está metiendo que no tiene conocimiento de salud. [...] ...pasa mucho que el profesional (de salud) cree que estas terapias son como... místicas, como que hay que creer para que resulte. No po', si hay estudios que sustentan estas terapias, o sea las Flores de Bach, hay cosas que sustentan, hay cosas que... la acupuntura es más antigua que toda la medicina entonces... [...] ...que prueben estas terapias, que no es necesario creer, que no son pachamámicas, que no hay que... ¡no son místicas!” ENF Rec

“No me resisto a que puedan tener una terapia complementaria, perfecto háganlo. ¡Y si para ellos sirve, maravilloso, yo feliz que tomen menos pastillas! Pero... que sea algo normado y clasificado, si están tomando cualquier planta que quizás, a lo mejor les está quitando el dolor porque lo está envenenando por dentro, no me sirve.” ENF Petri

“La doctora sabe que yo siempre tomaba harta agua de yareta y me dicen que es bueno, que no es malo. Pero hay que tener cuidado, porque de repente tiene contraindicación. Entonces, hay que tener cuidado qué tipo de hierbas toma uno. Pero ella sabía que yo tomaba yareta, si me dijo que era, que tenía, la información que hacía bien.” PH1 Rec

6.2.5 Percepciones sobre aspectos técnicos de la calidad

La calidad técnica del proceso de atención se evaluó mediante la medición del grado de cumplimiento de las principales normas y metas establecidas en la guía clínica y en las orientaciones técnicas para el manejo de pacientes con DM2 en APS. La tabla 9 muestra los datos obtenidos en la muestra de 409 registros clínicos de pacientes atendidos durante el año 2018.

Es importante considerar que menos del 5% de los registros incluidos en la muestra pertenecen a pacientes que recién ingresan al PSCV y que casi 30% están siendo tratados con insulina, por lo que la regularidad en sus controles y la realización de exámenes complementarios adquieren especial relevancia. Además, en las entrevistas varios médicos mencionaron una práctica de indicación temprana del uso de insulina, lo que puede haber influido en la cantidad de pacientes insulino-requirientes identificados en esta muestra.

*“Yo inicio tratamiento con insulina como pronto, no espero que el paciente ya llegue con cuatro glibenclamidas y tres metforminas para recién empezar, no. Si veo que tiene una hemoglobina glicosilada de 10 ya empiezo con insulina.” **MED Hevia***

Dada la gran variabilidad en el número de controles realizados durante el año, y en la profesión del prestador que los realiza, se construyó un índice con base en lo establecido en las normas de atención a estos pacientes, que recomienda una consulta cada 3 meses con rotación entre médico, enfermera y nutricionista. 26,92% de los registros indican el cumplimiento de este patrón. Si se realizaron cuatro o más consultas anuales predomina la repetición del médico, seguida por la de la enfermera. En el 9,05% de los casos se realizaron 3 o más controles en el año, que no incluyeron a los tres tipos de profesionales, también aquí las más frecuentes son las consultas médicas, patrón que predomina también cuando se han realizado menos de tres consultas anuales, lo que sucede en casi el 60% de los casos. Las explicaciones dadas por los entrevistados a la gran variabilidad en la frecuencia de las consultas y de los profesionales son presentadas en el punto 6.2.6: Cumplimiento de normas e individualización del manejo.

Tabla 9: Características del Proceso de Atención a pacientes con DM2, APS Recoleta

VARIABLE	Numero registros	Porcentaje
Estado Atención DM2		
• Ingreso	20	4,89
• Seguimiento	333	81,42
• Sin información	56	13,69
Insulina		
• Si	120	29,34
• No	277	67,73
• Sin información	12	2,93
Número y tipo de consultas *		
• ≥3 consultas por 3 tipos profesionales men: 65; mmen: 19; meem: 15; menn: 7	106	25,92
• ≥3 consultas por 2 tipos profesionales mme: 12; mmn: 7; mme: 6; mmmn:4; mmee:3; mmme: 2; mnn: 1; een: 1; enn: 1	37	9,05
• 2 consultas por 2 profesionales me: 68; en: 28; mn: 26	122	29,83
• 2-3 consultas por 1 profesional mm: 15; mmm: 2; ee: 2; nn: 2	21	5,14
• 1 consulta por 1 profesional m: 69; e: 41; n: 13	123	30,07
Fecha realización exámenes laboratorio		
• 2018	139	33,99
• Solicitados **	35	8,56
• 2017 o anterior; sin exámenes actualizado	98	23,96
• En Hospital o Paciente en diálisis	4	0,98
• Sin información	133	32,52
Vigencia Fondo de Ojo		
• 2019 (19) y 2018 (17)	36	8,80
• Solicitado **	20	4,89
• 2017 o sin vigencia	10	2,45
• Otros (otro lugar: 2; Dx: 3; 1: no se pudo solicitar: 1; no fue:1)	7	1,71
• Sin información	336	82,15
Vigencia EKG		
• 2019 (57) y 2018 (44) y "vigente" (3)	104	25,43
• Solicitado**	112	27,38
• 2017 o anterior	31	7,58
• Otros (Dx: 25; sin EKG: 6; solicito contrareferencia :1)	32	7,82
• Sin información	130	31,79
Realización y Resultado Examen Pie		
• E	260	63,57
• Sin información (RUT no encontrado)	46	11,25
	11	2,69
	92	22,49

NOTA: *m: médico, e: enfermero/a; n: nutricionista

** si vigencia es 2017 o antes, pero consta como solicitado se incluye en esta categoría

FUENTE: Registros clínicos PSCV 2018, Departamento Salud Recoleta

El predominio de la consulta con médico concuerda con la orientación técnica de realizar dos consultas con médico, una con nutricionista y una con enfermera al año. Además, los prestadores y pacientes entrevistados destacan la preferencia y expectativa de estos últimos de ser atendidos por médicos, aunque algunos adultos mayores parecerían no diferenciarlos tan claramente. Las razones para esta predilección son: su capacidad para prescribir fármacos y la posibilidad de consultar por otras dolencias (lo que será profundizado en el punto 6.2.5.3.1 Integralidad), así como una percepción de menor estandarización y mayor importancia de esa consulta, probablemente asociada a la valoración social de la profesión médica, aunque ningún entrevistado la mencionó directa- y explícitamente.

“Las personas llegan con exámenes, entonces: Ah, yo pensé que me iba a ver el médico. Es una gran desilusión para ellos que yo no soy médico. Entonces yo les digo: Yo soy nutricionista, pero vamos a ver esa parte. Cuénteme, ¿qué exámenes trae? Ahhh, traigo una ecotomografía... Ya, le digo yo: Vamos a terminar con esto y vamos a ver qué dice la eco. Yo la leo, por el... si viene con informe o no, y le coordino una hora de morbilidad.” **NUT1 Petri**

“Le voy a pedir una hora después cuando venga con los exámenes, que si me puede atender la doctora [...] [¿Le gustaría que el enfermero también siempre fuera el mismo?] No, me da lo mismo. ¡Porque todos son iguales po’! Hacen las mismas preguntas...” **PM1 Hevia**

Como se señaló en el marco teórico, la guía clínica para el manejo de pacientes con DM2 prescribe la realización anual de exámenes de laboratorio, electrocardiograma y fondo de ojo; la HbA1c debería medirse con mayor frecuencia. Solo el 33,99% de los registros consigna la realización de los exámenes de laboratorio durante el año 2018; la proporción de registros vigentes llega a 43,53% si se incluyen las solicitudes de exámenes y los casos en que estos son realizados en el hospital. En relación al Electrocardiograma (EKG) y el Fondo de ojo, solo 25,43% y 8,8% de los registros, respectivamente, reportan una vigencia para los años 2018- 19; subiendo a 52,81% y 13,69% si se adicionan las solicitudes.

Es importante destacar que aproximadamente 30% de los registros incluidos en la muestra no cuentan con datos sobre la fecha de realización o vigencia de los exámenes de laboratorio y EKG; dato que sube a más del 80% para el Fondo de ojo. Estas deficiencias parecen estar relacionadas con problemas en el registro de información más que con la no realización de los exámenes ya que la mayoría de los pacientes entrevistados aseguró que se los habían hecho recientemente o que tenían una prescripción para realizárselos (ver 6.2.5.1). Destaca el esfuerzo de los profesionales de enfermería y las TENS por dar seguimiento a la realización de estos exámenes a fin de cumplir los parámetros establecidos en la guía clínica y las garantías explícitas relativas a la atención de pacientes con DM2.

*“En general, se revisa todo el historial hacia atrás, desde la última atención. En base a eso, se ve cómo llegó a nosotros, y qué intervenciones se hicieron en el medio, si hay alguna que pudo haber quedado en el tintero por múltiples factores, ¿ya? [...] pudiese ser de partida por lo que es el mismo paciente, o sea, a veces se le olvida pedir la hora entremedio, ehh, o ya por parte de nosotros, no hay cupos para esa hora. Entonces no sigue el conducto que idealmente se pensó en el control anterior. Entonces es como esa revisión, todos los controles que pudiesen estar más que nada retrasados, y... planificar lo que pudiese ser para la próxima atención.” **ENF Petri***

En el 74,82% de los registros consta el nivel de riesgo para el desarrollo de pie diabético, lo que presupone la realización de ese examen en al menos una de las consultas del PSCV del año 2018. La mayoría de los pacientes (63,57%) presenta un riesgo bajo o moderado. Cabe señalar que en la base de datos de la cual se extrajo esa información, no se encontraron registros de 92 de los pacientes incluidos en la muestra; no es posible establecer si eso corresponde a la no realización del examen o a una falla en el sistema de registro. En las entrevistas, enfermeros y médicos aseguraron que actualmente realizan este examen a todos los pacientes con DM2, prácticamente en cada consulta. En cambio, varios pacientes mencionaron que la primera vez que le examinaron los pies fue en la consulta previa a la entrevista.

*“Sí, todos los controles de diabético, nosotros hacemos evaluación de pie diabético, por eso es un control integral. Eeeh, con el monofilamento etc., y después vamos registrando en la ficha.” **MED FAM Petri***

“La última vez que yo vine la doctora me hizo un examen completo, porque me vio hasta la planta de los pies, [...] Ella me hizo... el reflejo parece que hace, con una agujita. Nunca me lo habían hecho y ella me lo hizo. [...] Primera vez que lo hacen. Yo dije. ¿Por qué me haría esto? Pero no le pregunté...” **PM1 Hevia**

A continuación, se detallan cada una de las categorías específicas de esta dimensión de la calidad que emergieron durante las entrevistas con prestadores y pacientes. Las categorías más mencionadas fueron las relativas al acceso, seguidas por la continuidad de la atención y los principales elementos del MAIS. Al final se describe el cumplimiento de normas del PSCV y de las metas sanitarias.

6.2.5.1 Acceso a la atención, medicamentos y exámenes

Los cuatro CESFAM se encuentran en lugares con buen acceso al transporte público; la atención brindada en espacios comunitarios (*sedes de territorios*) la acerca al lugar de residencia o trabajo de los pacientes. Sin embargo, algunos barrios en los faldeos del cerro San Cristóbal solo son accesibles por gradas, lo que representa una barrera para las personas, especialmente adultos mayores o pacientes con lesiones en sus extremidades inferiores. Algunos pacientes tienen que usar transporte privado, lo que les representa un importante gasto.

Los entrevistados afirman que no hay dificultad para obtener una cita de control del PSCV y destacan la preocupación del personal de salud por atender oportunamente a los pacientes con DM2. Refieren que para los descompensados o que inician insulino terapia existe el *Poli Cardiovascular* que agiliza la obtención de una consulta de corta duración. Las citas de seguimiento se establecen considerando la disponibilidad de tiempo del paciente, sin embargo, los plazos para el reagendamiento de una atención no realizada son prolongados. Varios entrevistados afirman que las consultas preventivas son subvaloradas por los pacientes; en cambio las de morbilidad son altamente demandadas y, por tanto, difíciles de obtener.

“... es que me tengo que movilizar en taxi. Muchas veces, realmente, aunque uno vea monedas todo el día, a veces no alcanza. Porque son \$7.000 pesos diarios que tengo que tener para venir, son \$3.500 para allá y \$3.500 para acá. [...] tengo uno [Centro

de Salud] al frente de mi casa casi, pero no me corresponde. Corresponde a la comuna de Conchalí, yo soy de la comuna de Recoleta.” **PM1 Rec**

“Si yo pesquiso en el control algo que es una situación mayor, entonces agarro, yo mismo pido, o llamo por citófono y digo que lo agenden muy pronto, ojalá en par de días [...], si me informan que no hay ninguna posibilidad, entonces pido con una notita que lo transforme en SOME Central, las horas de morbilidad de mañana, para una hora de salud mental. [...] Y lo mismo que para los ingresos cardiovasculares: si está por vencer el plazo y no hay cupo en el sector, también lo transformamos por morbilidad, la cosa es que sí, tenemos que cumplir la garantía.” **MED Qta**

Los pacientes no reportan largos tiempos de espera en el establecimiento de salud para recibir atención con los profesionales, a excepción del odontólogo. Esto se valora positivamente, especialmente al ser comparado con experiencias en el servicio de urgencia del hospital San José y los SAPU. Muchos destacan la puntualidad, y el que se atiendan casos especiales aun en situación de paro o gran número de pacientes citados. Excepcionalmente ocurren situaciones que no son bien manejadas, causando molestia al paciente. Los profesionales reconocen esta problemática, pero tienden a responsabilizar a los pacientes.

“... lo que es CESFAM para mí trabaja como relojito. Pucha, tiene un tratamiento endovenoso: Ya venga todos los días a las 9 de la mañana. A las 9 de la mañana me están llamando para el tratamiento. Venga mañana a las 3 de la tarde y tiene atención médica con tal doctor. Llego a las 3 de la tarde, a lo mejor no me atienden a las 3, me atienden a las 3:10, tres un cuarto, pero el horario está.” **PH2 Rec**

“Y dicen [los pacientes]... yo a veces tengo que esperar como una hora pa' que me atiendan. Pero es básicamente porque se atiende al paciente anterior que también llegó tarde, y que está corriendo todo el horario. Entonces, las quejas pasan más por ahí, porque no se atendían a las personas cuando llegaban atrasadas. [...]...hay personas que tienen todas sus capacidades, que ni siquiera se ven enfermos y que vienen y que quieren que los atiendan con diez, quince minutos de atraso.” **ENF Petri**

En cuanto a los **medicamentos**, los entrevistados aseguran que todos los fármacos básicos necesarios para el manejo de la DM2 en la APS están disponibles y no hay rupturas prolongadas del stock. Esto incluye los insumos para la

administración de la insulina e incluso sustitutos del azúcar. Sin embargo, un par de pacientes mencionan la falta ocasional de algún fármaco, situación que es relatada restándole importancia o veracidad. La prescripción anual de hipoglucemiantes en pacientes bien controlados constituye un seguimiento, ya que la entrega de estos se suspende si el paciente no ha asistido a control durante el año; lo que ocasionalmente produce molestia en la persona con DM2. Varios relatos de pacientes que son atendidos de forma simultánea en el hospital describen una doble prescripción o dispensación de fármacos. Esto, junto a la no adherencia estricta a la posología indicada, lleva a que el paciente tenga más medicamentos de los que realmente usa, lo que representa un peligro potencial de sobremedicación y atentan contra el buen uso de estos recursos. Algunos pacientes comparten los fármacos que reciben en los establecimientos públicos con personas que se atienden en el sistema privado, aliviando la carga económica que les significa comprarlos.

La dispensación de medicamentos es donde se producen los mayores tiempos de espera, que son atribuidos a la falta o inadecuada gestión del recurso humano y a la gran cantidad de medicamentos que reciben algunos pacientes. Las iniciativas para mejorar este proceso incluyen la instalación de micro farmacias en algunas sedes, TENS que le llevan los medicamentos a adultos mayores y entrega de estos aun cuando la farmacia está cerrada.

*La canasta PROFAR de diabéticos cada vez está aumentando, se demora en llegar, por ejemplo, en este año está, tenemos la metformina que es de liberación prolongada, pero todavía no se nos acaba, entonces todavía no nos llega, pero cuando nos llegue va a ser beneficioso. [¿Hay ruptura de stock?] No, nunca hemos tenido... A lo más, a veces no tenemos un día, pero logramos al otro día tenerles el tratamiento. No, no pasan meses sin tratamiento de la canasta básica. **ENF Qta***

*Me hicieron un poco la guerra por los remedios, pusieron problema pa' entregármelos, como lo perdí ese control. No, si en eso está bien, porque... era lo que tenían que hacer, pero yo me sentí medio mal porque, no era porque yo no hubiera querido venir, era por la situación por la cual estábamos pasando nosotros en esos días. [...] Entonces obligado de perder el control y ahí me empezaron un poco a incomodarme porque: qué tiene que sacar hora, qué tiene que, le vamo' a darle por treinta días... **PH1 Petri***

*[Dice que le dieron otra insulina en el hospital] Entonces ahí es donde estoy confundido, tengo remedios para hartar rato (risa). Entonces no sé si allá van a quitar, acá vayan a quitar... [¿Y le preguntó al médico del hospital?] Le he preguntado po', pero me dijo: No, reciba allá, y reciba... Porque de repente van a fallar los remedios y va a tener un stock en la casa, po'. Pero ayer la enfermera me dijo que no me pusiera.... **PH1 Qta***

*Yo igual entrego medicamentos, porque la mayoría de los pacientes que nosotros atendemos en la sede son adultos mayores. ¡Entonces hacerlos venir a buscar los remedios para acá! [..]. Porque están toda la mañana de repente para esperar sus medicamentos de crónicos. En cambio, allá en la sede, como va menos gente, yo les digo: Ya, tome asiento, le consigo la hora y le entrego los medicamentos. [...] [¿Para la insulina los pacientes tienen que venir al CESFAM?] ...van a control allá [territorio], pero retiran sus medicamentos completos acá. **TENS Rec***

Pacientes y prestadores coinciden en señalar que tampoco existen dificultades para acceder a los **exámenes de laboratorio** para el control de la DM2. Destacan el corto tiempo de espera, tanto para la cita como para la toma de muestras que se realiza en el CESFAM. Los resultados son reportados en una página web a la que tienen acceso los profesionales y el paciente; excepcionalmente mencionan haber experimentado algún problema con ese procedimiento. La mayoría de los exámenes, generalmente de imagen, que los pacientes se realizan en el sector privado no están incluidos en las prestaciones GES o tienen prolongados tiempos de espera en la red pública. Estos son llevados a la consulta de APS para su interpretación y consecuente toma de decisiones clínicas por parte de los prestadores públicos.

La revisión de los resultados de los exámenes de laboratorio constituye un elemento central de las consultas del PSCV. Dado que la evaluación del estado de la enfermedad se realiza primordialmente con base en esos datos, ese momento se convierte en una especie de veredicto del profesional, que le permite evaluar el cumplimiento de sus indicaciones por parte del paciente. En correspondencia, muchos pacientes lo describen como un momento de “prueba”, utilizando un lenguaje que evoca la escuela.

[¿Los exámenes se los hace aquí?] “Por supuesto, aquí. Me dan hora a un cuarto para las ocho, tengo que llegar en ayuna. [¿Se demoran mucho en hacerle los exámenes?]

*Según las personas que hayan esperando. No, como quince... media hora, y te llaman y te sacan sangre y a hacer pichí al baño, de ahí estoy listo. Y después de cada, como una semana, retiro. Pa' llevárselo al médico, pa' que los lea. [...] Me salió bien la diabetes, la azúcar, me salió 110, me salió el colesterol normal, me salió todo casi normal, todo puros ticks, bueno y lo malo es puras cruces.” **PT1 Qta***

*“Yo primero pregunto eso y claro, veo después los exámenes y me va a reflejar que efectivamente lo que el paciente me diga. Me va a decir la verdad respecto a lo que me está diciendo. Muchas veces dicen: No, si yo me cuido, no hago desajustes, casi no como pan, no sé qué... ¡y tienen la hemoglobina glicosilada en 12!” **MED CV Petri***

En cuanto a los demás exámenes complementarios, no se reportaron barreras en el acceso a la realización del electrocardiograma, salvo cuando los equipos disponibles en el Centro de Salud se dañan. La mayor demora se da en la obtención de los resultados, ya que su interpretación está a cargo de un especialista que no hace parte del personal de planta del CESFAM. El examen de Fondo de ojo por su parte se lleva a cabo en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) de la comuna; su ubicación constituye un obstáculo para acceder a esta prestación. Adicionalmente algunos pacientes refieren la existencia de barreras funcionales.

*A veces el electrocardiógrafo está malo. [...] [¿Qué hacen cuando está malo?] A veces se consigue de los otros CESFAM y ahí van moviendo el equipo para todos lados. Otras veces están todos malos y no sé, mandan al SAPU y así, empiezan a buscar en la Red de la comuna quién pueda tomar y si no, no se hacen hasta que el electrocardiógrafo lo... está bueno, digamos. **NUT1 Petri***

*Si, aquí me ha hecho varias veces. ¿Pero ahora hace como dos años, un año será? No como dos años que no me lo hacía... y ahora me mandó, esta doctora que me vio último, ella me mandó a hacer electro. [¿Y por qué no se había hecho en estos dos años?] No me habían mandado. **PM1 Hevia***

*Porque la última vez que yo fui ahí, a ese fondo de ojo, que fue en enero de este año, no me lo quiso hacer el médico, porque tenía el azúcar muy alta. [...] ...no por el lado del, de allá de Valdivieso, del fondo de Valdivieso, por atrás, por allá. Y... es, más encima es complicado llegar, así que dije pa' qué me lo van a mandar de nuevo si no me lo van a hacer. **PM1 Rec***

6.2.5.2 Continuidad de la atención

Todos los entrevistados valoran positivamente este elemento esencial de la calidad de atención. Los prestadores mencionan sus efectos favorables sobre la relación con los pacientes y la satisfacción de ambos, y los pacientes la solicitan explícitamente cuando tienen posibilidad de hacerlo, salvo cuando sienten que el prestador no brinda buena atención. Se han implementado varias estrategias para fortalecerla, tales como la asignación de un equipo de cabecera a cada territorio, pero solo en casos excepcionales se logra que sean siempre los mismos profesionales los que realicen el seguimiento del paciente. Estos refieren adaptarse a esos cambios que ven como inevitables, aunque les producen molestia e insatisfacción. La permanencia del médico es percibida como más importante que la de los otros profesionales, lo que se refuerza por el hecho que los pacientes pueden escoger al médico, pero no a los demás prestadores. Solo una paciente asegura que más que la continuidad, lo importante es que le den los medicamentos, lo que parecería corresponder a una subvaloración del trabajo de estos profesionales.

*En los controles generalmente vemos los citados del territorio, excepcionalmente cuando uno de los colegas está con licencia o con algún problema lo vemos ahí... [¿Cuántos de los pacientes que usted ve no son de su territorio?] Actualmente debe haber un 15 a 20%. No tanto, porque en las citaciones, tanto para ingreso como para control, se citan de acuerdo al territorio. Excepto esos casos que, o están de vacaciones y igual le toca el control, pero programados, siempre programados. **MED Qta***

*Lo encuentro malo, porque cambian los doctores... ¡Pa' qué! si ya el doctor... uno está acostumbrado a un doctor. Después viene y hay otra persona que no la conoce, que no la ha visto. Entonces, que encuentro que es complicado'. ¿Por qué no dejan a los mismos, po? A mí el que me gustaría que cambiaran sería al podólogo. **PM1 Petri***

*[¿Usted siempre se ha atendido aquí, en este CESFAM?] No, lo único, me detectaron y aquí estoy. [...] Fue el doctor [nombre], que él me la detectó. Con él, cualquier cosa consulto con él no más. Porque él me sabe mí, tiene mi ficha de vida. De principio a fin. [¿Y la enfermera?] No, la enfermera no po'. Antes tenía un niño, la otra... [...] ...cinco, seis, siete... ¡cómo ocho han pasado ya por mí! **PT1 Qta***

La **derivación de pacientes para su atención por especialistas** en el hospital San José ocurre cuando no se logran los resultados esperados, específicamente en los niveles de HbA1c, o cuando existen complicaciones mayores o comorbilidades severas. En estos casos se deben cumplir ciertos requisitos para que la derivación, que generalmente implica un cambio en el tipo de insulina, sea aceptada y se mantenga la continuidad de la atención dentro de la red. Los prestadores identifican importantes deficiencias en la continuidad, tanto en sus equipos de salud, como, principalmente, en la coordinación de acciones con el nivel de referencia. Los relatos de algunos pacientes también permiten reconocer situaciones indicativas de problemas, tales como prescripciones farmacológicas contradictorias, duplicación en la dispensación de medicamentos y repetición de exámenes. En cambio, la continuidad de la atención inter-nivel parece funcionar bien para los pacientes que requieren una intervención quirúrgica en sus extremidades inferiores.

*“Pero existe como una norma, no sé si está escrita, o una orientación de los endocrinólogos del hospital que refirieron que no les mandaremos los pacientes que no adherían al tratamiento o que no están cumpliendo con su dieta, con su, o sea, que no está cumpliendo. Porque si los mandamos para ellos y según lo que ellos explican, que es más difícil para ellos poder hacer una educación, poder hacer un acercamiento, un cambio de conducta en esos pacientes. Que para ellos es más difícil que están más alejados, si nosotros no hemos podido hacerlo que estamos ahí mismo, supuestamente encima del paciente. Entonces, son de la idea de que nosotros deberíamos resolver que sea adherente, y si es adherente y no compensa, lo mandemos.” **MED Hevia***

*Se controla allá cada tantos meses y al medio se controla con nosotros. Ahí nosotros le bajamos la frecuencia del control, también no le tomamos exámenes, porque allá le toman exámenes cada cuatro meses, entonces usamos los mismos del hospital. [...] [¿Y el sistema de información?] Hasta hace dos años un desastre, porque lo único que podíamos era lo que nos contaba el paciente. Pero la doctora [nombre] mandaba así como anotadito el esquema y los pacientes... [...] Pero hace ya dos años que el hospital, solo que si no se les olvida a los médicos, pero en general ya no se les está olvidando, están imprimiendo la contra-referencia. **MED FAM Petri***

Pero allá [hospital] me tocó con la otra enfermera, y me dice: o se tome estas pastillas, me dijo. Porque me agregó insulina rápida, pero en pocas porciones, casi nada.

Entonces me dijo: No, elimine estas pastillas. Pero acá me la dan, entonces no sé si tomármela o no tomar. Entonces ahí quedo un poquito confundido. [¿Y la enfermera de acá no le dió respuesta a eso?] No, en ese caso no, porque ella no, me dijo que tenía que esperar al médico no más, po'. PH1 Qta

6.2.5.3 Modelo de atención

En esta sección se presentan los aspectos mencionados por los entrevistados que corresponden a los principios y elementos esenciales del Modelo de Atención Integral en el que está basada la Atención Primaria de Salud.

6.2.5.3.1 Integralidad de la atención

Los profesionales relatan que los pacientes acuden a la consulta de control del PSCV no solo con co-morbilidades asociadas a la DM2 y otras patologías crónicas, sino frecuentemente también con enfermedades agudas o síntomas persistentes. Esto implica que, para brindar una atención integral, deben dedicar tiempo al manejo, o a la derivación de esos problemas, lo que es abordado de diferentes maneras en concordancia con la formación y capacitación del profesional entrevistado. Los enfermeros promueven la realización e integración de las actividades preventivas, que parecen no ser valoradas por los pacientes; las de morbilidad son atendidas por un médico. Para las TENS y las asistentes sociales, la integralidad va más allá de la atención en el establecimiento de salud y moviliza a varios profesionales de diferentes disciplinas. Cabe destacar que no siempre es posible determinar si todo esto ocurre específicamente en las consultas del PSCV, ya que muchos pacientes no hacen distinción entre estas y las de otros programas. En todo caso, ellos ratifican que los prestadores resuelven, o encaminan hacia la resolución, gran diversidad de problemas de salud.

Me ha costado mucho hacer entender al paciente la naturaleza y el concepto, el trasfondo de un control cardiovascular. [...] muchas veces el paciente llega, se sienta y dice: Doctor mire... Uno le pregunta cómo se siente por un tema, ya, para iniciar ¿cierto? Pero a veces de verdad la pregunta del cómo se siente... lo encuentro hasta a veces, se lo digo internamente, contraproducente la verdad. Porque me desvía

completamente el objetivo de la atención. **MED Rec**

*Yo creo que, independientemente de que yo sea nutricionista, si creas un ambiente donde el otro se siente acogido ¡va a preguntar lo que se le ocurra! Y está bien que lo haga, porque finalmente son sus intereses y no los míos lo que yo tengo que poner en la mesa, ¿te fijas? [¿Qué te preguntan?] ¡De todo! Desde consultas ginecológicas, del tema sexual, por ejemplo: problemas de próstata., Problemas de violencia, o que tienen un hijo o hija consumidor de drogas, cosas así... Sí, hay que estar como preparado para todo, independientemente que yo no sea, que no tenga la parte técnica, sí debiera tener la capacidad de acoger y saber... dónde derivar, a quién derivar, cómo lo oriento en esa necesidad específica. **NUT1 Petri***

*Primero uno tiene que hacer una visita domiciliaria integral... [...] entonces ahí uno trata de ir con alguien más del territorio, uno va buscando, dependiendo si es un adulto mayor, busca al kinesiólogo, alguien del MAS que vaya. Del Programa de Dependencia o un técnico ¿ya? para poder ir. Si uno detecta que hay otras situaciones que tienen que ver con la salud mental, después hace otra visita, invita al psicólogo... **AS Hevia***

*Si vengo a control por el tema de la obesidad, vemos el tema obesidad. Y nunca se me ocurrió preguntar, ni el EMPA, ni nada de eso. [¿Nada de eso le han hecho?] Claro, es que tampoco... yo leí un día que era para el adulto, las personas adultas, examen preventivo. Pero no, tampoco yo le di mayor importancia. [¿Tampoco se lo han ofrecido acá?] [silencio] No recuerdo, la verdad. **PH2 Rec***

Algunos prestadores describen limitaciones en la integralidad en la atención, que van desde la no incorporación de ciertas prestaciones, percibidas como de gran importancia, en los lineamientos del PSCV, hasta problemas para el manejo de los pacientes con multi- morbilidad. Ellos expresan su preocupación frente a posibles consecuencias de la fragmentación de la atención, en especial en relación al número de consultas y la polifarmacia, lo que concuerda con lo expresado por varios pacientes sobre posibles efectos negativos de la ingesta de gran número de fármacos por prolongados períodos de tiempo (ver punto 6.2.2.2). Algunos incluso mencionan los riesgos de la interacción entre medicamentos.

Inevitablemente el control de la diabetes, insisto, no lo puedo limitar única y exclusivamente a eso, ¿ya? Hay que abordar también otros temas, pero respecto a la

diabetes me encantaría eso, hacerlo con una nutricionista y reforzar mucho el tema de la alimentación. Porque la administración de medicamentos no es algo tan difícil... Igual un paciente pluripatológico que se administra 10 - 12 medicamentos y los hay, claro, muchos. Con insuficiencia cardíaca, con EBOC, con hipotiroidismo, con qué sé yo, con diabetes y dislipidemia, todo. **MED Rec**

Entonces, hay harta fragmentación de la atención. Yo estoy seguro, por ejemplo, que eso, entre otras cosas, influye en la asistencia a control: El usuario también se debe 'chorear' o sea, también se debe chorear si por ejemplo [tiene que venir a varias consultas por diferentes patologías]. ¡Oye, pero qué cuesta...! **PSI Hevia**

Por ejemplo, yo ahora estaba resfriado y me daban gotitas de agua, fue la semana pasada no más que me entregaron los exámenes, y resulta que me, como yo estoy con antibióticos por el pie, y no me quiso dar otros porque son muy fuertes... **PT1 Qta**

La integralidad de la atención incluye un adecuado manejo de los problemas de salud mental que son altamente prevalentes en las personas con DM2. No solo el psicólogo, sino varios otros profesionales enfatizaron que los pacientes con diabetes necesitan apoyo psicológico aun cuando no tengan una patología mental. Dada la separación entre los Programas de Salud Cardiovascular y Mental, el proceso para acceder a una consulta de este último programa es complicado, a veces se duplican atenciones y se prolongan los tiempos de espera, lo que puede producir un agravamiento de la sintomatología del paciente. Un médico reconoce estos obstáculos, pero cuestiona la pertinencia de estas consultas dado que no abordan las condicionantes sociales.

[¿Cómo funciona salud mental con respecto a pacientes con diabetes?] Todavía somos república independiente [risa]. Se está trabajando para lograr que sea un trabajo en equipo, porque tiene que ver con todo. Pero por el momento no hay ningún cruce de... [¿Tu derivas pacientes a salud mental?] Si podemos derivar, pero obviamente que tenga alguna patología de salud mental... Con flores de Bach si podemos hacer las derivaciones... [...] [¿Tienen acceso fácil a sicólogo?] No, las horas son muy distanciadas, los controles también son muy distanciados. [...]. Derivar a alguien significa que recién en un mes y medio va a tener la hora de ingreso, para que lo evalúen, entonces... Otro mes y medio más para un control más. **ENF Qta**

*...yo tengo usuarios que son crónicos y que tienen depresión, por ejemplo, y que por tanto tienen una intervención psicológica, pero también farmacológica. Sin embargo, como son crónicos y también tienen su intervención médica. [...] Entonces resulta que, le digo: Ah, mire le voy a dar una hora para el 5 de junio que tiene el doctor Pepito para que vea el tema del manejo farmacológico de la depresión. Oiga, pero yo tengo hora con ese doctor el 3 de junio por los crónicos. ¿No podemos hacer todo ahí? **PSI Hevia** [¿Derivan a psicólogos en esos casos?] A ver lo hago porque sí, sí, sí... igual mi apreciación al respecto si es útil o no... [silencio]. Si soy bien reticente a eso, la verdad... [...] Los adultos mayores van inicialmente al psicólogo y después dejan de ir porque sienten que no les sirve de nada. Pero claro, si sus problemas son emocionales, son de soledad, de desamparo, de carencias económicas... El psicólogo no va a ayudar en eso. **MED Rec***

La gran mayoría de los pacientes afirmó que no estaban, ni habían tenido, terapia psicológica a pesar de que más de la mitad de los entrevistados relató situaciones, pasadas o actuales, en las que claramente existen problemas de salud mental. En general dicen que no les ofrecen, ni ellos solicitan, esas prestaciones, lo que parece estar asociado a la noción de que estos problemas deben y pueden ser superados de manera individual, apelando a la “fuerza de voluntad” y al estigma social asociado al tratamiento con psicólogos o psiquiatras.

*[¿Ha tenido ayuda de psicólogo aquí del CESFAM?] No. [¿No le han ofrecido o no ha pedido?] No sé, no, es que no tocamos ese tema. [...] [¿Pero usted me dice que con la enfermera estuvieron hablando de su problema?] Sí, lo único que me dijo es que me admiraba mucho porque, a pesar de todo lo que había pasado, se me mantiene bien con la herida. [...] Pero igual de repente... la fuerza, se cae uno, po'. [Por eso le preguntaba si había recibido algún otro tipo de ayuda...] No. [¿Le gustaría recibir?] Sí, yo creo que sí. **PH2 Qta***

Yo en estos momentos estoy con una depresión horrible, la cual no me he querido tratar, me han mandado dos veces a la psicóloga, no vengo. Pero yo sé que estoy con depresión, porque yo hablo de [el hijo en prisión] yo lloro. [¿Me decía qué le han ofrecido psicólogo y usted no ha querido?] No. porque yo vine, cuando intenté matarme estuve con psicólogo, estuve con pastillas, pero yo no quiero llenarme de pastillas. Después teníamos que juntarnos en grupo a conversar. A mí no me gusta contar mi vida a otras

personas. Entonces no vine más... **PM1 Rec**

Les explicas que la diabetes, y en general cualquier enfermedad que te digan que es para toda tu vida provoca un trastorno, después sigue una depresión, los mismos niveles de azúcar; se los deriva a, al psicólogo, sí. Cuándo quieren, porque también está el concepto que si a mí me derivan a la psicóloga es porque estoy loca, ¿te fijas? Y esa parte es bien difícil... **NUT Rec**

6.2.5.3.2 Respuesta a determinantes sociales

Los profesionales con formación en medicina social y especialmente el psicólogo y las asistentes sociales, reconocen la necesidad de abordar aspectos contextuales a fin de brindar atención integral y obtener mejores resultados en el manejo de la enfermedad. El psicólogo plantea que la adecuada identificación y manejo de los determinantes sociales puede contribuir a descongestionar la consulta psicológica y las de morbilidad, además de beneficiar al paciente. Sin embargo, frecuentemente su identificación y manejo es delegada a las asistentes sociales o queda supeditada a que el equipo de salud realice una visita domiciliaria. El problema más comentado es la soledad, llegando al abandono de los adultos mayores. En general, las estrategias de manejo se enfocan en la movilización de ciertos recursos disponibles a nivel local o la activación de redes familiares o sociales; a veces inciden en algún aspecto del trabajo. Los DSS se abordan casi exclusivamente desde el ámbito individual, no se mencionaron acciones dirigidas a la modificación de las *‘causas de las causas’*. Sin embargo, algunos prestadores critican este enfoque y plantean alternativas colectivas para estos abordajes; aun reconociendo las limitaciones del sistema de salud. La mayoría de los pacientes refiere que el establecimiento de salud les brinda lo que ellos perciben como una *‘ayuda’* para solucionar los problemas vinculados a las condiciones de vida o trabajo que afectan su salud, aunque la falta de ese apoyo también aparece en algunas entrevistas.

Yo siento que este enfoque, como gran enfoque teórico, quedó grande al operacionalizarse [...] [*¿Por qué llegan a la consulta con asistente social los pacientes del PSCV?*] *Generalmente es porque [los prestadores] quieren saber si hay algunos de*

*los condicionantes de salud que podría estar influenciada por situación social. [...] En la parte cardiovascular es menos, pero también llegan como para saber por qué no tienen la adherencia al tratamiento, que está faltando... **AS Hevia***

*O sea, y eso hay que ser super claro... que en el fondo la salud de las personas, lo que impactamos nosotros como equipo de salud yo creo que es muy mínimo, porque siempre se mezcla todo, determinantes sociales, trabajo, la familia... los estilos de vida que están demasiado arraigados, y... el mismo trabajo. **ENF Hevia***

*Si ellos [pacientes] reciben almuerzo del casino, yo les mando el certificado al casino, porque se puede. Si es casino de empresa, debe tener nutricionista, por lo tanto, pueden hacer el conteo de hidratos de carbono. [...] ...también uno les puede decir que hablen con su jefe de bienestar, por ejemplo, para que pidan el calzado adecuado, si están asociados a Mutual ACHS. [...] [¿Tú crees que la empresa reacciona favorablemente?] No siempre, no siempre, pero sí tengo la experiencia de que no todas no reaccionan, tampoco es el 100% que lo hace, digamos. **NUT1 Petri***

*No po', el doctor que lo iba a ver [a un pariente con dependencia severa que ella cuidaba] cuándo tenía su control nomás, porque de ahí le dejó los remedios que había que darle. [¿Y la visitadora de acá?] Es que nunca fueron. De hecho, que él recibía una pensión, ni yo la pude cobrarla, po'. No pude cobrar esa plata, porque esa le servía pa' los pañales así todo... Fui a preguntar, fui allá donde cobraban la plata, hablé con una visitadora de allá. Y no, no. **PM1 Petri***

6.2.5.3.3 Fomento autocuidado

El fomento del autocuidado es reconocido como un elemento central de la consulta del PSCV, al que los prestadores le dedican grandes esfuerzos y tiempo. Tanto prestadores como pacientes refieren que la atención se enfoca en la terapia farmacológica y la alimentación; la realización de actividad física y el apoyo para cesar el consumo de tabaco o reducir el de alcohol y el cuidado de los pies son mencionados con menor frecuencia.

La **terapia farmacológica** es valorada como elemento central del manejo de las personas con DM2, por lo que su adecuado uso es reforzado y verificado por todo el equipo de salud. Los pacientes relatan su adherencia a la prescripción

farmacológica como un logro, quizá porque para algunos está asociada al no consumo de alcohol. Algunos prestadores identifican importantes déficits en el conocimiento de los pacientes sobre la utilidad de cada medicamento en particular, que podrían relacionarse con la actitud de cumplimiento pasivo de las indicaciones, cuya autoridad, al menos en este tema, parece incuestionable. Sin embargo, también resulta indicativo de fallas en la comunicación médico – paciente.

“...como profesional nutricionista, mi principal rol es orientar, educar, sugerir. Ese sería el rol principal y, relacionado a eso pudiera ser también... como ser... como ser un poco... como seductora, en el sentido de intentar mostrar los beneficios del autocuidado.” **NUT1 Petri**

“...uno ve que claro, vienen, pero, dentro de lo que pudiese ser el tratamiento no farmacológico lo que pudiesen ser hábitos de vida, restricción de lo que pudiese ser la alimentación, una adecuación, jamás lo han tomado mucho en cuenta. Por lo mismo, porque subestiman este tratamiento que no involucre pastillas.” **ENF Petri**

... como dice el doctor, un poco soltarlos y decirle que tiene que tener un autocuidado. [...] Yo les entrego los medicamentos y les voy haciendo la educación de preguntarles: ¿qué toma? Ya, tomó tal medicamento. Y: ¿a qué hora se lo toma? Y ¿para qué es? y es increíble que hay gente que lleva muchos años tomando y no tienen ni idea para qué se lo toman, sí. **TENS Hevia**

Se cansan, algunos pacientes po'. No siguen con los tratamientos... ¿Y quién se perjudica? Uno. Porque si lo están ayudando, lo menos que puede hacer es cooperar con... uno mismo, seguir los tratamientos, [...] tomarse sus pastillas. Si le dan los remedios para que se los tome (entre risas), no es pa' que los deje de lao'. Y yo como no tengo vicios, entonces sigo al pie de la letra mis remedios. **PH1 Petri**

Los cambios más mencionados por los pacientes en cuanto a su **alimentación** se refieren a las cantidades y frecuencia, y, en menor medida, el tipo o la preparación de los alimentos ingeridos. Relatan lo aprendido en las consultas o talleres del CESFAM, agregando luego sus dificultades y adaptaciones al cumplir esas indicaciones, las que no siempre son informadas a los profesionales de la salud. Los prestadores, particularmente las nutricionistas, describen múltiples esfuerzos y estrategias, incluyendo la realización de talleres, la adaptación de las indicaciones a

las condiciones de vida y trabajo del paciente, la adecuación de la terminología y la elaboración de material didáctico, como folletos y maquetas de alimentos. Sin embargo, sus relatos enfatizan en la no consecución, o consecución parcial, de cambios en las conductas alimentarias. Un par de profesionales critican la falta de efectividad de las indicaciones excesivamente restrictivas de sus colegas.

*No, nunca le dije (a la doctora): no estoy tomando remedios, no estoy haciendo esto, no estoy haciendo esto otro. No, nada. Lo que sí, por ejemplo, yo dejé las cosas dulces [...]. Cuando falleció mi papá, ahí dije, no como más dulces. Fanática de la Coca Cola, no la dejé tampoco. Ahora ya la dejé, tomo, pero no sé si me hace bien o mal, que le echo la mitad de agua y la mitad bebida, pero la bebida sola, en sí no la tomo. No como pasteles, no como tortas. [...] ¡Me prohíben la papa, me prohíben el zapallo, me prohíben el arroz, me prohíben los tallarines... ¡pero en un hospital a usted se lo dan! [...] Lo que sí tampoco hago cada vez, no es que no haga caso, lo que pasa es que mis horarios son fomes, es de comer cada cuatro horas. [...] Porque trabajo en feria, yo tomo desayuno a las 9 de la mañana, pero yo soy reacia a comprar comida, o a llevarme comida, porque no me gusta el olor que da el termo.” **PM1 Rec***

*O sea, creo que lo peor que puedo hacer, si quiero ser... como hacer el enganche con el autocuidado, es demonizar la alimentación. Porque, además, los alimentos son algo con lo que yo tengo que convivir todos los días de mi vida. [...] Mi forma de trabajar es usar siempre los recursos que tiene la persona, siempre. Ahora si hay alguien que dice: No, a mí mi nieto me trae el Ensure... Yo le digo: pero usted es diabético, sería mejor que su nieto le pudiese comprar el Glucerna ¿Te fijas? Solo en esos casos indico lo que sería mejor, en virtud de que ellos mismos están declarando que ya están usando un alimento distinto... [...] Y así vamos como arreglando un poco, sugiriendo, dependiendo de la realidad que tiene cada uno. **NUT1 Petri***

La realización de **actividad física** es el elemento del autocuidado que resulta más difícil de lograr para los pacientes, especialmente si son adultos mayores. Tanto el CESFAM como el Municipio de Recoleta cuentan con recursos y han impulsado estrategias para incentivar la actividad física de la población, y los prestadores aseguran que los promocionan en las consultas del PSCV. Entre estas destaca el Programa *Más Adulto Mayor Autovalente*, dirigido a todas las personas mayores de 65 años; no existe un programa similar para personas de menor edad. La escasa

utilización de estos recursos es atribuida a la falta de tiempo y a la no comprensión de las indicaciones sobre frecuencia e intensidad del ejercicio a realizar; siempre desde un enfoque de responsabilidad individual. En concordancia, los pacientes casi no mencionan este aspecto del autocuidado; reconocen su importancia y beneficios para la salud, pero no lo practican.

*Para un adulto de 50, 60 años, yo me atrevería a decir que, por lo menos, intentan hacer el esfuerzo de cuidarse un poquito en la dieta. Por lo menos a uno le dicen: No doctor, mire, yo cambié el azúcar por la Stevia. No, doctor, mire he evitado tales y tales alimentos, qué sé yo. Pero yo creo que siempre en tercer lugar está el ejercicio. El ejercicio no hay manera que nadie lo cumple, ni siquiera gente joven. **MED Rec***

*...tienen un concepto de actividad física muy malo. De verdad que... al preguntarle por actividad física dicen, no sé: Sí hago el aseo. Eh, no sé: Sí, yo día por medio barro el patio. [...] O: Voy a dejar a mi nieta al, caminando al jardín, no sé. ¿Y cuánto se demora? No, 10 minutos en ir y volver. Ya, pero ni siquiera cumple los 30 minutos mínimos. Entonces, ahí uno le dice que no, no es actividad física, eso es una actividad de la vida diaria... [...] Y cuando uno en realidad le ofrece cosas, por ejemplo, un adulto mayor, venga al programa MAS, o hay actividades en el gimnasio de Recoleta. No todos, pero la gran mayoría: Ah, es que queda muy lejos. O: Es que hace frío.” **NUT Qta***

*Aquí hacen gimnasia. Pero, estuve seis meses viniendo y ya no vine más. A lo mejor me voy a integrar de nuevo, sí. [¿Y por qué no ha seguido yendo?] Porque yo le digo que soy más casera, más de la casa, soy de las antiguas, de esas. Pero estuve viniendo, y yo tengo que mirar por mí, no por estar en mi casa, ¿cierto? Que hace bien la gimnasia. Y después ya no vine más.... **PM1 Hevia***

Los pacientes afirman haber sido informados por los prestadores sobre los riesgos **del consumo de alcohol y tabaco**; en algunos casos mencionan que también les han ofrecido apoyo para cesarlas. Los prestadores por su parte aseguran que derivan a los pacientes con problemas de dependencia a salud mental o a servicios especializados en el tema. Aseguran ver pocos pacientes con estos problemas, lo que puede deberse a que los casos severos son referidos, o a que los pacientes ocultan esas prácticas. Sin embargo, la opinión generalizada es que su

cesación depende casi exclusivamente de la motivación y *fuerza de voluntad* individual del paciente.

“Sí po’, siempre me explicaron, siempre me explicaron. No, por eso le digo, yo no le puedo echarle la culpa a una mala instrucción de un médico. No, siempre me explicaron mis riesgos, mi... eh... Lo que me podía pasarme, buena para fumar. Por eso no puedo echarle la culpa a ningún médico, ellos siempre me explicaron. Y hasta el día de hoy me explican. Yo entendía, pero no obedecía.” **PM1 Rec**

Cuando uno tiene problema, ya se deja estar. No toma los remedios, se enrabea, en vez de tomarse los remedios, va y se toma sus tragos de vino, y pierde la... todo lo que lleva adelantado por llevar mal la familia. [¿Y lo ayudaron con eso en el consultorio?] Es que nunca pedí ayuda. Es que yo como le digo, yo to’ esto qué... la decisión fue solamente mía. [...] Puta, uno de repente miente, ... no, me tomo unas copitas, o el fin de semana tomo más en exceso. [...] Entonces los médicos siempre me dijeron: tienes que dejar de tomar, no fumar, y no comer en exceso... todas esas cosas el médico le dice a uno, pero a uno le entra por aquí y le sale por otro lado [risa]... **PH2 Hevia**

Igual hay algunos pocos que si me ha tocado de que hay consumo bastante de alcohol, pero en verdad será el 2 o 3% de la población que yo he visto con diabetes. La verdad es que no es mucho... [¿Y esos casos los manejas tú?] No, derivación. O sea, igual yo consejería de que igual el alcohol es azúcar, que trae problemas con la diabetes y todo. Pero sé que es algo que yo no puedo manejar sola, también tiene un tema psicológico, de conducta, entonces hago derivación a salud mental. **NUT2 Petri**

La mayoría de los pacientes refieren haber recibido indicaciones acerca del **cuidado de los pies** y el uso de calzado adecuado, así como los signos de alarma y la conducta a seguir. Sin embargo, varios prestadores reconocen que la educación sobre el autocuidado de los pies es deficitaria. Es importante señalar que este tema solo fue abordado en detalle por aquellos pacientes que estaban recibiendo curación de sus pies, quienes relataron su experiencia anterior. Varios pacientes, de diferentes CESFAM, expresaron críticas sobre la atención en podología: se cuestionó su higiene y efectividad y la falta de educación sobre el (auto-)cuidado.

...una vez a la semana teníamos charla. [...] Cómo comer, cómo cuidarnos, cómo, qué es lo que hacer, todo la..., [...] Por ejemplo, de repente, no sabíamos, porque esta

*cuestión es silenciosa, cuando aparece. Lo primero que hay que fijarse bien son los lava, deo´ por deo´. Porque de repente se hacen cositas entre medio, se hacen heridas y empieza la úlcera. Ya pa´ darle información al médico. **PT1 Qta***

*[¿A usted le han hablado de los cuidados de los pies?] Si po', yo venía a la podóloga, me cortaba las uñas... No, si es lo hacía. Pero me salió una dureza abajo, en el primero y yo la tonta, me la tiré.... [silencio] Ahí perdí mis cinco de´os por tonta. **PM1 Rec***

*¿No hay talleres de autocuidado de pie? No, en estos momentos no. O sea, todo lo que pueda ser educación de pies, todavía algo netamente lo que es el control, o sea la, la educación incidental. Hay que revisárselo constantemente. O cuando se les pregunta: ¿Usted se los revisa? Si me los miro de vez en cuando. Pero como que tampoco hay un cuidado particular de lo que son los pies, no. **ENF Petri***

6.2.5.3.4 Automanejo

En cuanto al automanejo, los prestadores se expresan en la descripción de estrategias que intentan asegurar en el paciente una adecuada comprensión y el desarrollo de habilidades para la medición de la glicemia capilar y la aplicación de insulina. Muchos de los pacientes entrevistados hacen referencia a sus valores de **glicemia capilar**; parecen comprender bien su significado y actuar en consecuencia. Conocen el instrumento para medirla y muchos lo tienen en casa, bien sea porque les fue dado en comodato por el Centro de Salud o porque lo han comprado. Muchos pacientes no descompensados y no insulino dependientes sienten la necesidad de tener mediciones más frecuentes de su glicemia por lo que intentan adquirir un glucómetro: Este junto con las cintas reactivas, son vendidos a bajo costo en la farmacia popular del municipio Otra estrategia reportada por los pacientes para acceder a estas mediciones es compartir el dispositivo con familiares cercanos.

[Existe] ...una estrategia de autocontrol donde van los pacientes que ya no logran controlarse con fármacos, terapia oral y todo eso, que van a empezar al uso de insulina, ¿ya? Es derivado primeramente con educación con enfermera y con nutricionista y después ese mismo día, por ejemplo, ellos tienen que retirar medicamentos y se les hace la educación previa al uso de insulina. Se cita posteriormente a ingreso con médico al autocontrol, y se hace el seguimiento de glicemia, donde se comprueba

también previo los insumos, donde el paciente tiene que... eh, se le enseña cómo registrar, cómo utilizar glucómetro, y se les va citando, por lo menos cada dos semanas, para ver glicemia y ver las metas de compensación, ¿ya? **MED CV Petri**

Para el programa de autocontrol, donde se les presta por un tiempo hasta que... Se las llevan, se les enseña, y después las devuelven. Pero son súper pocas. [...] Entonces los pacientes que no tenían su glucómetro propio, como en general todos viven cerca, iban al territorio a tomarse en ayunas, postprandial, las veces que fuera como necesario. Ahora una buena alternativa que hay ahora hace poquito tiempo, es que en la farmacia popular de Recoleta, adquirieron muchos glucómetros y se los venden muy baratos, como a 3000, 2500 pesos a los vecinos. Y las cintas también muy baratas con respecto a lo que valen en el comercio. Pero... en los insulino-requiere eso es un tope, un tope para llevar un mejor control. **MED FAM Petri**

...yo siento el síntoma cuando me va a bajar, que me da una cosa así en el estómago y empiezo a traspasar y yo tengo mi maquinita... me tomo la diabetes, la glicemia y tengo 70... a veces 60... pero yo me la regularizo al tiro porque yo, dos chocolates, ya, y después como a la hora me la tomo, ya estoy normal. Y cuando me sube, me viene el dolor a la cabeza y digo yo: ya tengo la diabetes que me subió y me tomo la glicemia y tengo 200, 190 y ahí empiezo a tomar harta agua, harta agua, y después me la tomo y ya estoy normal. [...] Tengo mi máquina para la presión, tengo mi máquina para la glicemia, si yo me encuentro mal al tiro me pincho.... **PM2 Hevia**

[¿Y esos aparatitos para tomarse la glicemia en la casa?] ¡No, hay que comprarlo, amiga! No le prestan a uno de esos. De hecho, esos aparatos son caros. Es como una agujita, con una cajita así como de, de contabilidad. Sí, que salen los números cuando está el azúcar. No, pero si tú... tení alta el azúcar, te la bajai con... con la pastilla no más po' ¿cachai? [...] Porque eso te sapea, de 3 meses antes cuando te hacís el control [...] te dice todo en cuánto estai. Y yo estaba en 115, normal de diabetes. **PT1 Qta**

En relación a la **insulinoterapia**, pacientes y prestadores coinciden en narrar situaciones positivas, de superación de dificultades anteriores. Los relatos tienden a mostrar un apropiado uso de esta, salvo en algunos adultos mayores. El buen manejo de la técnica y los cuidados en la aplicación de insulina pueden deberse a la educación dada por las enfermeras y a la larga experiencia de los pacientes. Sin embargo, este automanejo parece estar limitado al cumplimiento de las indicaciones

dadas por el médico en cuanto a la dosis de insulina, ningún paciente refiere ajustarla de acuerdo a su alimentación o sintomatología, un prestador consultado niega la existencia de dicha práctica.

“Instauramos un taller con una enfermera, joven por lo demás, con una nutricionista joven también... con mucha motivación como para que el paciente entienda. Ellas diseñaron unas cartillas con dibujitos de: ¿Qué es la diabetes? ¿Qué es la insulina? ¿Dónde debo inyectarme? ¿Cuándo inyectarme? ¿Dónde preservo la insulina? ¿Por qué en la puerta refrigerador no? Y sale un material súper, súper bueno, precisamente como para llegar a esa población ¿ya?” **MED Rec**

[¿Hay pacientes que comen un día poco más, y se suben ellos la dosis?] ¿Que se autorregulen? No, me han tocado muy pocos casos. Generalmente siguen al pie de la letra las indicaciones que que le dejó el médico.... [¿Y eso es como de todos los días... igual?] Si, exactamente y yo les preguntó si es que realmente lo usa todos los días, y como generalidad me dice si, que no se autorregula... **NUT Hevia**

Los primeros días es bien doloroso meterse aguja porque yo he sido re´ cobarde pa´ las agujas y pa´ las enfermedades... [...][¿Qué es lo que más le cuesta hacer de esto?] La verdad de las cosas, cuando estoy descansando, tener que levantarme a pinchar. Porque no lo hago en la cama yo, o sea me levanto a pincharme tengo todo ahí en mi escritorio, ahí. Eso me cuesta en las mañanas. [...] Cuesta mantener un horario de inyectarse, porque no hay hábito, no se hace un hábito hasta después de un buen tiempo, yo creo. **PH1 Hevia**

6.2.5.3.5 Atención grupal

Todos los prestadores reconocen gran valor a los talleres grupales; en general, perciben que facilitan el intercambio de experiencias y saberes entre los pacientes y con los profesionales de la salud, lo que consideran positivo. Además, estas actividades posibilitan la participación de diferentes profesionales, incluso de los no incluidos en la triada del PSCV, en estas actividades. Sin embargo, de acuerdo con los relatos de los prestadores, persiste en ellos la actitud de ser quienes manejan el ‘verdadero’ conocimiento; el intercambio entre pacientes es valorado para la resolución de asuntos prácticos. Además de los talleres educativos se han

implementado actividades grupales que sustituyen las consultas individuales de seguimiento del PSCV, que serán presentadas en detalle en el punto 6.2.6. Los prestadores afirman que estas actividades les permiten cumplir con la normativa, y cubrir las necesidades y demandas de la población frente al déficit de horas disponibles de algunos profesionales. Aun así, la atención individual es vista como la ideal, y la necesaria para los casos complicados. Llama la atención que ningún prestador mencionó espontáneamente los grupos (auto-) organizados de pacientes con diabetes; al preguntarles, afirman que desconocen su existencia en la comuna.

*Cuando nosotros hacemos el control en box, las educaciones que doy, no me dan el tiempo para preguntarle qué es lo que él sabe, qué es las dudas que tiene, qué le pasó a él cuando le dijeron que tenía diabetes. [...] ...cuando uno hace una educación grupal, uno puede ver en el fondo, en dónde está parado. [...] Yo creo que eso es lo más importante, porque nadie tiene conocimiento cero, todos tenemos un conocimiento, puede que sea equivocado o que esté correcto y eso es lo que hay que ir trabajando, y desde la experiencia, desde yo hago esto. **ENF Rec***

*Con [el enfermero] hemos hecho consultas conjuntas, pero... es más como enfocada en el ámbito de taller, a pesar de que lo hacemos de 4 a 5 personas... Con la cantidad más reducida posible para que se entienda el mensaje que queremos dar. Y hemos tenido muy buenos resultados, el año pasado hicimos varios así. [¿Buenos resultados en qué sentido?] En que el mensaje sentimos que se llegó de buena forma a los usuarios, y que entre ellos pudieran interactuar bastante. [...] Es que dicen, no sé po´... Oye Juan, mira yo hago esto y esto otro, y si uno ve de que esa indicación que está, tampoco está muy bien, bueno ahí tratar de meter ahí, para que esa información que está dando uno a otro usuario, tampoco llegué de tan mala forma... **NUT Hevia***

Entonces en reuniones se acordó, en campañas de invierno, para tener más cupos de morbilidad de los usuarios y a la vez, sin dejar de ver lo que son los programas. Y por eso se llegó a esto del taller grupal y actualmente estamos realizando, y resultó bastante bien. [...] Y después de tomar el peso y la presión, dirige a una sala y el médico va e inicia la charla sobre lo que es la enfermedad cardiovascular [...]. ...y las experiencias que tienen cada uno de ellos, de cómo lograron compensarse versus otras personas que no han logrado compensarse, entonces las experiencias e intercambio de experiencias, y ha resultado bastante bien hasta ahora. Eso sustituye la consulta control

*cardiovascular médico individual. [...] Después de invierno probablemente sigamos más o menos con esa misma modalidad, pero dejando a ciertos pacientes que son un poco más complejos para ver en forma individual. **MED Qta***

Según los prestadores, la principal limitación para la implementación de actividades grupales es la poca asistencia a estas; en su opinión los pacientes no las consideran importantes. Eso empeora en el caso de los acompañantes que, por norma institucional deberían participar en al menos una de las sesiones. Un médico describe la molestia de los pacientes ante el cambio, no informado ni consultado, de la consulta médica individual por una grupal. Aun así, los entrevistados afirman que este tipo de actividades dan buenos resultados, especialmente en términos de su aceptación y satisfacción por parte de los pacientes. Muchos expresan su deseo de retomar, continuar o incluso ampliar las iniciativas que están en desarrollo. Los pacientes señalan que los talleres les permiten adquirir conocimientos sobre la enfermedad y su manejo; pero no mencionan las atenciones grupales. Afirman que comparten consejos y experiencias con sus pares, interacción que frecuentemente se da fuera del ámbito institucional.

*... al decir eso, se juega un poco en contra... el sentido de que: ¿qué determina de que un taller con tres sesiones educativas, con una persona significativa, sea realmente significativa para el usuario? Muchas veces viene con la persona significativa a una sesión, la otra sesión no viene porque no puede, porque se generaron otro tipo de problemas. [...] El decirles a los usuarios que vengan a un taller ya genera incluso algunos problemas. Y acá y en otro lado donde yo he trabajado, está la idea de ya no, ni siquiera usar la palabra taller... porque parece que la, el decir taller es como... para algunos usuarios es como perder el tiempo. **MED Hevia***

*¡La verdad es que la percepción del ambiente que hubo por los mismos usuarios en ese fue muy buena! Ellos como que les cambió un poco la percepción que tenían incluso de cómo es vivir con diabetes, de las cosas que podían hacer mejor, y las cosas que no estaban haciendo tan bien. Entonces, encontraron que fue una muy buena herramienta, que por favor lo sigamos replicando, que es interesante y abrirlo más a la comunidad, porque la idea de esto no es solamente, el día de mañana que no solamente esté enfocado a la población diabética, sino que a todos... **ENF Hevia***

Sí, hicieron hartos foros, sabe que fue lo que más aprendí. Porque de repente a mí me

*preguntaban cosas, a mí porque yo era la que más preguntaba. A los especialistas en diabetes yo era la que más hacía preguntas, pero para que supieran todos. Me decían: Pregúntale esto, pregúntale eso. [¿Y por qué no preguntaban ellos?] Porque no tienen personalidad po'. Porque son viejitos y no saben expresarse a lo mejor. Pero yo igual se lo hacía: él quiere saber, él me mandó doctor. [...] Y yo les dije: ¡Ahora que es tarde quieren aprender todo! **PT1 Qta***

6.2.6 Cumplimiento de normas del PSCV y metas sanitarias

En esta sección se describen las opiniones y prácticas relativas al cumplimiento de las normas para el manejo clínico y su adaptación a las condiciones de cada paciente. Además, se analizan los datos relativos al cumplimiento de las metas sanitarias, como indicador de la eficacia de la atención.

6.2.6.1 Individualización de la atención

Los prestadores sostienen que sus decisiones sobre el manejo terapéutico de los pacientes se sustentan en lo establecido por la guía clínica y las orientaciones técnicas. Sin embargo, reconocen ventajas y limitaciones de la estandarización de la práctica clínica; afirmando que ésta debe ser flexibilizada considerando las necesidades del paciente y la realidad de la APS. La mayor parte de las adaptaciones de la normativa se refieren a la frecuencia o alternancia de los profesionales, que son modificadas de acuerdo con el estado de compensación, medido por la HbA1c, y la edad del paciente. Además, se han implementado consultas grupales o actividades colectivas de fomento del autocuidado a fin de poder cumplir con las normas clínicas en un contexto de déficit de recursos humanos, considerando también el bienestar del paciente. Algunos pacientes concuerdan al señalar el cumplimiento estricto de los estándares de atención como una obligación, o incluso molestia de la que no perciben beneficios. Los cuatro CESFAM han realizado este tipo de modificaciones; en algunos ya existe un detallado patrón institucional para el ajuste de las atenciones.

[¿Hay posibilidad de flexibilizar algún criterio?] Eeh, en términos de diagnóstico, yo creo que ninguno, o sea todo lo que pudiese ser diagnóstico de alguna patología eso es

absoluto y no hay ningún otro criterio para flexibilizar. Lo que nosotros a lo mejor flexibilizamos un poco, son en la continuidad, en la periodicidad de los controles, ¿ya? Ahí nos adecuamos básicamente a la disponibilidad de horas... [...] Si es diabético y está compensado y lleva una vida bastante saludable y lleva mucho tiempo compensado, puede ser dos veces en el año. (Con) Enfermero, nutricionista o dependiendo del profesional. [...] Cuando yo entré me dijeron: esta es una guía, no es una ley. O sea, te guían para esto, pero si tú no lo ves, bajo tú criterio, no tienes por qué.... **ENF Petri**

Los pacientes diabéticos menores de 65 años los ve el médico en su control anual con todos los exámenes. Si es un paciente diabético que está compensado y no tiene ningún problema, va a ir a un control grupal con nutricionista, [...] Y después, a los tantos meses se devuelve al médico. Si es menor de 65 años, no va a pasar por enfermera porque tengo déficit de horas de enfermera, por lo tanto, las horas de enfermera las voy a priorizar para los adultos mayores, porque así la enfermera hace el control del EMPAM junto con el control cardiovascular. El control por la enfermera en los menores de 65 años era principalmente hacer el examen de pie diabético y educación. Como nosotros ahora en el control médico hacemos el examen de pie diabético no estamos perdiendo, y la educación la reforzamos en el control grupal con la nutricionista... Si es un paciente diabético menor de 65 años descompensado: médico, pasa a nutricionista consulta individual, y según la evaluación, puede volver a control grupal con nutricionista, y después pasa al médico para ver la compensación.... Pero no es un control cardiovascular largo de media hora, sino que en un poli como de descompensados. **MED FAM Petri**

Ella [paciente, abuela de quién responde] dice igual que nosotras le cortamos [uñas de los pies], que no le gusta venir [...] El doctor le dice: Ya, pero igual la vamos a mandar, porque es un protocolo. [¿Y viene?] Sí va. A la fuerza, pero la traemos, aunque no le hagan nada en los pies. Porque ella dice: No, si ahí no más, si estamos bien. **PM2 Petri**

“El problema que tengo en este minuto es que, por la pauta de diabético, tengo que comer verduras, tengo que comer frutas, tengo que balancearla. Pero, por la pauta de hematología no puedo comer nada que sea verde. Por la trombosis. Entonces ahí estoy... ¿Pa’ dónde voy? [...] La verdad, le hice el comentario, y [la nutricionista me dijo] Pucha, es que esa es la pauta que tenemos y hay que hacerla, nomás.” **PH2 Rec**

Las adaptaciones de las pautas preestablecidas en relación a la prescripción de medicamentos, las recomendaciones alimentarias, e incluso el seguimiento al paciente, se fundamentan, tanto en las características individuales de este, como en el criterio profesional sobre la necesidad y urgencia del cambio. Los ajustes de las indicaciones farmacológicas se hacen casi exclusivamente con base en los resultados de los exámenes de laboratorio; no se considera la sintomatología o las expectativas de los pacientes en cuanto al tratamiento. Por lo tanto, no contar con esta información imposibilita la toma de decisiones clínicas.

*...en el primer control se hace la adecuación de su pauta, horarios, cantidades, si está con insulina, si no está con insulina. Y ya los siguientes controles a cada paciente le va, según la primera pauta entregada, si tiene dificultades o facilidades con distintas cosas. A algunos les complica el horario o preparar las comidas o que no se manejan en la cocina. [...] Yo trato de tomar de todo, tanto de medicina, del contexto social, familiar. [¿Ajustas también por las necesidades del paciente?] ¿Cómo por el requerimiento? Vamos evaluando según los exámenes, como estén, y según eso, también el peso, la edad y cómo se encuentren nutricionalmente hablando, según la actividad física que hagan, según la edad que tengan... **NUT2 Petri***

*En el paciente diabético sí o sí necesitamos el examen, no es como el paciente hipertenso que yo veo, y le tomo la presión para saber si está descompensado o no. [...] Y por olvido, o lo que sea, el paciente por X motivo, no ha podido hacerse los exámenes. Entonces se realiza un ingreso o un control donde no es tan efectivo, porque no puedo ver si está compensado o no compensado. **MED CV Petri***

6.2.6.2 Eficacia del manejo clínico

En la tabla 10 se presentan los indicadores del **logro de los objetivos terapéuticos**, es decir, los resultados proximales del proceso de atención a los pacientes con DM2. Destaca que el 18,83% de los registros no consigna información sobre la hemoglobina glicosilada, principal indicador del nivel de compensación de la DM2, mientras que el 43,03% muestra un nivel que permite clasificarlo como compensado. Analizando solo los 332 registros que contienen esta información, la proporción de pacientes compensados asciende a algo más de la mitad (53,01%) y

el nivel promedio de HbA1c es de 7,65% (SD: 2,07) llegando a alcanzar 16,8% en un paciente. Situación similar se da con la medición del Colesterol LDL en sangre: el 22,01% de los registros no consiga ese dato, y de los 319 registros que tienen esa información, el 61,13% muestra valores iguales o menores al umbral establecido como meta. El elevado porcentaje de registros en que no se consignan estos datos puede deberse a la no realización del examen o a dificultades en el registro que serán discutidas más adelante. Cabe mencionar que en las entrevistas se recoge una dificultad de comprensión del significado de la HbA1c por parte de los pacientes, quienes señalan su resultado ubicándolo en el ámbito de *lo que manejan los doctores*. Esto es corroborado por los prestadores.

“Inmediatamente la ficha po’, si es lo primero que ellos ven. Ellos se basan en la ficha para ver cómo está uno, y los primeros exámenes que me mandó a hacer, me lo encontró horrible, porque tenía algo de 12, que tengo que tener menos de 7 creo. Unos parámetros que manejan los doctores...” PH1 Hevia

Excepcionalmente me he encontrado con pacientes que... que entiendan el concepto de hemoglobina glicosilada, que me la pregunten, ¿cierto? y que yo le diga las cifras y entiendan lo que significa. Y cuesta. Y cuando yo les he explicado, también, me quedan mirando como si les hubiese estado hablando en afgano... [risa] así, te lo juro... Lo que sí le interesa, lo que el paciente entiende y procesa perfectamente es: ¿Cuánto tengo en mi hemoglucotest en este momento? MED Rec

El diseño de corte transversal de este estudio no permite obtener información sobre cambios en el peso, por lo que ese objetivo terapéutico solo puede evaluarse de forma indirecta con los datos referidos al estado actual de los pacientes. Casi la mitad de los pacientes con DM2 (48,66%) tienen un IMC indicativo de obesidad, el valor máximo es 55,58 kg/m². La media de este indicador también queda en el rango de la obesidad (30,36 kg/m², SD 5,85). En cuanto al manejo de la hipertensión arterial, más de dos tercios (67,48%) de los pacientes alcanzan la meta terapéutica; es importante considerar que esto incluye también a aquellos que no tienen diagnóstico de HTA (16,14%).

Tabla 10: Resultados del proceso de atención a pacientes con DM2, APS Recoleta

VARIABLE	Numero registros	Porcentaje
HbA1c		
• Alta*	156	38,14
• Compensada	176	43,03
• Sin información	77	18,83
Colesterol		
• Alto**	124	30,32
• Compensado	195	47,68
• Sin información	90	22,01
Índice Masa Corporal		
• Normal y Bajo peso	66	16,14
• Sobrepeso	131	32,03
• Obesidad	199	48,66
• Sin información	13	3,18
Presión arterial		
• Alta***	128	31,30
• Compensada	276	67,48
• Sin información	5	1,22
Fuma		
• Si	54	13,20
• No	323	78,97
• Sin Información	32	7,82
Sedentarismo		
• Si	267	65,28
• No	106	25,92
• Sin información	36	8,80
Actividad física		
• Si	62	15,16
• No	312	76,28
• Sin información	35	8,56
Adherencia Medicamentos		
• Si	321	78,48
• No	55	13,45
• Sin información	33	8,07
Adherencia Dieta		
• Si	213	52,08
• No	157	38,39
• Sin información	39	9,54

NOTA: *HbA1c alta: >7% en pacientes de <80 años edad, >8% pacientes ≥80 años edad

** Colesterol alto (LDL): > 100 mg/dL

***Presión arterial alta: presión sistólica >140 y/o presión diastólica >80mmHg

FUENTE: Registros clínicos PSCV 2018, Departamento Salud Recoleta

En lo referido al autocuidado se encontró que el 13,2% de los pacientes atendidos por DM2 fuma, 38,39% no adhiere a la dieta recomendada, 65,28% es sedentario y 76,28% declara no realizar actividad física. En estas variables el porcentaje de registros sin información consignada está entre el 7,8% y el 9,5%. La

adherencia al tratamiento farmacológico muestra resultados alentadores: 78,48% afirma hacerlo. Sin embargo, en el reporte del test de Morinsky solo hay 22 adherentes y 380 (92,9%) registros en blanco. Aun considerando las fallas en el registro, estos datos son indicativos de importantes falencias en la efectividad de las actividades dirigidas a fomentar el autocuidado presentadas en el punto 6.2.5.3.3. Esta no consecución de los objetivos del manejo clínico es atribuida a la no adherencia del paciente a las indicaciones; la pertinencia y eficacia de estas casi nunca son puestas en duda. Los pacientes asocian la mejoría de su estado de salud exclusivamente con la terapia farmacológica, percepción que es ratificada por los prestadores. Pocos pacientes cuestionan, de forma indirecta y relacionándolo con experiencias de un familiar o amigo, la efectividad de los tratamientos.

*Si inclusive cuando estaba sin nada, no tomaba pastillas, en la noche despertaba con mi lengua pegá al paladar. [...] Y seco la garganta, los labios partíos..., y empecé a tomar eso y me ayudó hartito. Con la insulina me ha ayudao' hartito. Otros dicen que es complicado inyectarse a cierta edad, pero yo creo que no, porque a mí me ha dado buenos resultados. Incluso, eehhh, se me ha quitado la sed. **PH1 Qta***

*...aquí me dieron un remedio que no me hicieron nada, tuve quince días con ese tratamiento de acá y no... y el doctor me dijo que no eran para lo que yo tenía... ¡Según el doctor de allá, no sé po'! Si ellos son los entendíos en los remedios, los doctores. Y entonces empecé un tratamiento con él y me mejoré. **PM1 Hevia***

*Así que fue al hospital, le hicieron todo el tratamiento eh... Y, lo más curioso, de que le estaban tratando el pie derecho, el que tenía complicado, y después saltó del pie derecho al pie izquierdo la gangrena. Y le amputaron el pie izquierdo, donde no había herida, ¿ya? Y después, le dieron el alta y después como a los cuatro meses falleció. [...] Y entonces me la bajaron [glicemia] y de ahí ya empecé a cuidarme. Pero lo más curioso que... me empecé a cuidar y después me dio... una herida en un deo' **PH2 Qta***

Solo algunos entrevistados mencionaron la **seguridad del paciente** como elemento de la calidad de atención. Cabe mencionar que esta categoría solo se exploró cuando el entrevistado mencionó espontáneamente alguna situación en la que se interpreta que el percibe un riesgo para la seguridad del paciente, ya que este no es mencionado explícitamente por ellos, ni es sometido a juicio técnico por parte

de la investigadora. De los prestadores, solo dos abordan el tema de manera explícita; una deja abierta la posibilidad de que se trate de un problema de comunicación con el paciente. En cambio, varios pacientes relatan episodios que pueden ser catalogados como errores, a veces incluso como negligencia, de los prestadores; su percepción es fortalecida por la falta de acuerdo sobre el manejo clínico entre profesionales o por el comentario de algún prestador. Algunas de estas situaciones fueron vividas por el propio paciente y otras por alguien cercano, la mayoría se refiere a la atención en un SAPU o en el hospital, pero dan cuenta de la percepción sobre este aspecto de la calidad.

*No sé si vienen desde profesionales los errores, o sea que dieron mal indicaciones o si ellos entendieron mal. Ahí como que quedo con... cómo no sé, sitios de punción, indicar insulina, no sé, la jeringa es número par y medidas impares, en que cada rayita vale uno y valen dos. O sea, detalles que no sé si se les está yendo al profesional o se le está yendo a la persona que recibió la información. **ENF Rec***

*No me quisieron verme el pie [en el SAPU] cuando me quemé, que fue el año pasado y... que no era importancia. [...] Y la enfermera me dice: Tiene la azúcar altísima. Sí, le dije yo, porque me siento rara, nunca me siento rara, nunca me da síntoma. [...] ¡Pero bájele el azúcar! le dijo mi marido. ¡Por favor! Pero si no es importante, le dijo. [...] Pero ¡cómo no va a ser importante, tiene 480! ¿No se la pueden bajar? No, le dijo, está bien. Así que de ahí me llevaron al otro y allá... ahí me pasaron altiro po'. **PM1 Rec***

*Ahí hubo un error esa vez, le encontraron [a la esposa del paciente] diabetes, estuvo dos años tomando pastillas para la diabetes y un doctor de aquí mismo le dijo: oye cabra, tú no tenís' diabetes. Le dijo. [...] Ahí fue un error, garrafal. Y nosotros no hicimos nada porque ya estaban las cartas echadas, qué íbamos a hacer, po'. **PH1 Petri***

*Antes venía [a podóloga del CESFAM] pero me infectaron, así que no vine más. [...] Por ejemplo, está aquí la uña y te pasan a llevar muy corta de aquí, te hacen un, cómo que te queda ardiendo. Y después al otro día cómo que te punza y ahí te hacen la herida. Cortan, por ejemplo, muy corta esta parte, porque cortar la cutícula es esta, pero esta parte, ese padrastro, lo cortan muy arriba, ¿cachai? y queda adolorío'. **PT1 Qta***

6.3 Factores condicionantes de la calidad de atención

En todas las entrevistas se exploró a profundidad las opiniones de prestadores y pacientes sobre los factores que influyen la calidad de la atención. Las categorías y subcategorías que emergen son presentadas en la tabla 11.

Tabla 11: Categorías de los factores condicionantes de la calidad de atención

Objetivo	Categoría	Subcategoría
Explorar las características de los pacientes y prestadores que se relacionan con la calidad de la atención de personas con DM2	Características personales del paciente	Edad, género y pertenencia grupo ancestral o migrante
		Situación socioeconómica y laboral
		Familia y redes de apoyo
		Curso de vida personal y familiar
	Condiciones asociadas a la enfermedad	Etapa enfermedad y co-morbilidad
		Conciencia y actitud ante la enfermedad
	Características personales del prestador	Edad, género, nacionalidad
		Profesión, formación y capacitación
		Actitud
	Condiciones asociadas al trabajo del prestador	Motivación para trabajar en APS
		Cercanía con la población
		Funciones y carga de trabajo
	Caracterizar el contexto organizacional y social en que se producen las prácticas relativas a la atención de las personas con DM2 a fin de identificar sus condicionantes	Modelos de organización y de atención
Modelo de cuidado crónico y MAIS		
Gestión de recursos		Infraestructura, equipamiento e insumos
		Personal de salud
		Sistema de información
Organización de la atención		Acceso a la atención
		Tiempo de atención
		Atención en la Red de Servicios de Salud
Aseguramiento de la calidad		Metas sanitarias y normativa
		Gestión de quejas y reclamos
		Toma de decisiones gerenciales
Condicionantes del contexto institucional y social		Contexto institucional
		Contexto social

Fuente: Entrevistas a pacientes y prestadores de APS Recoleta, 2019

Tal como sucede con la conceptualización de la calidad, muchos pacientes, e incluso algunos prestadores, tuvieron dificultades para articular una respuesta ante la pregunta directa sobre los condicionantes. Por esta razón, lo que se presenta a continuación son, en su mayoría, opiniones que fueron extraídas de los relatos de las consultas, en los que en ocasiones resulta difícil distinguir entre los

condicionantes de la atención en general y los específicamente referidos a la calidad de la misma. Adicionalmente, este análisis considera las diferencias entre los entrevistados a fin de identificar características de prestadores y pacientes que influyen en sus opiniones, percepciones o vivencias de la calidad de la atención.

6.3.1 Características personales de los pacientes

Todos los prestadores reconocen importantes diferencias en la atención de acuerdo las características de los pacientes, que influyen tanto la interacción, como las indicaciones y los resultados de la atención. Estos aspectos están relacionados con los principales determinantes sociales descritos en la literatura, entre los cuales resalta la situación socioeconómica y laboral, la edad y el género, el curso de vida, y la existencia de redes de apoyo.

6.3.1.1 Edad, género y pertenencia grupo ancestral o migrante

No existe unanimidad en la opinión de los prestadores acerca de la influencia de la edad y el género de los pacientes en la atención. En general, distinguen tres grandes grupos asociados a la calidad de la atención, particularmente en lo referido al acceso y la adherencia a las indicaciones: los pacientes jóvenes, es decir, menores de cincuenta años, como edad referencial, que tienden a no asistir a los controles y tener poca adherencia a las indicaciones sobre alimentación; los adultos, que aparentemente son los que más adhieren, y los adultos mayores. En este grupo, tanto el acceso como la adherencia dependen de otros tres factores que serán descritos más adelante: nivel socioeconómico, apoyo familiar y comorbilidades que disminuyen su capacidad de autocuidado. Son ellas, especialmente las mujeres, las que más participan de las actividades grupales organizadas por los establecimientos de salud y establecen relaciones de mayor cercanía, pero gran paternalismo, con los prestadores. Sin embargo, estos últimos consideran que este grupo es el que mayores dificultades tiene para realizar los cambios de hábitos del autocuidado, lo que hace que en ocasiones este aspecto no sea enfatizado en sus consultas.

En general, los hombres de todas las edades son percibidos como más

reticentes a seguir las indicaciones; el temor a la impotencia sexual parece influenciar la aceptación de la enfermedad y el autocuidado por parte de estos. Las dificultades en el acceso a la atención y, sobre todo, a otras actividades educativas o de fomento de la actividad física; que experimentan aquellos que tienen trabajo remunerado, unido al deseo de mantener su independencia, también limitan el cuidado de su salud en las personas más jóvenes, particularmente los hombres. La figura de la mujer que cuida a todos los integrantes de su familia menos a ellas mismas también surge en los relatos de los entrevistados. Estos roles de género están naturalizados; las acciones y recomendaciones de algunos prestadores tienden incluso a reforzarlos. Solo una nutricionista mencionó que intenta cambiar ese patrón dando indicaciones específicas para fortalecer el autocuidado y el *empoderamiento* de las mujeres.

*La mayoría se empieza a diagnosticar a los 40, 50 años, en donde hay un nivel de actividad mayor, aún están insertos en la vida laboral, ¿cierto? Y, por lo tanto, también hay una mayor apertura, hay entre comillas, un poquito más de conciencia, más interés por mantenerse bien. [...] Para un adulto de 50, 60 años, yo me atrevería a decir que, por lo menos, intentan hacer el esfuerzo de cuidarse un poquito en la dieta. Por lo menos a uno le dicen: No, doctor, mire, yo cambié el azúcar por la Stevia. **MED Rec***

*Dejamos de ver pacientes mayores de 70 años. ¿Por qué? Porque no cambiamos hábitos a esa altura. Además, que un jubilado dice: Usted dice que compre más o menos que caviar, y no es así. Ellos ya, es difícil enderezar la vara, hay que pescarlos de más jóvenes. **NUT Rec***

*En general son los hombres que traen a la señora o la esposa que es dueña de casa y que es la que cocina y todo eso. Y lo otro que también, yo ahí como que puedo un poco sospechar, es que muchas veces los hombres no son muy adherentes a los controles, cómo que nunca vienen a hacerse los exámenes, si les descubrieron la diabetes porque se sintieron mal, nunca porque se hicieron, se hacen un chequeo una vez al año. Entonces también ahí está como la esposa o la mujer diciéndole: ¡Ya, vamos al control! ¡Y los traen! [risa] [¿Eso es en población mayor o en general?] Población mayor. Los hombres más jóvenes vienen solos, generalmente vienen solos. **NUT Qta***

*...pero como siempre avanzamos los dos [él y su esposa], el doctor ya sabe ya, porque muchas cosas le preguntaba ella... [...] Claro porque en realidad uno es desordenado, po'! Los hombres no somos... **PH1 Hevia***

El análisis de las entrevistas con pacientes muestra una tendencia a que las mujeres mayores privilegien los aspectos relacionales, y especialmente la confianza y cercanía con el prestador, mientras que los hombres de esa misma franja etaria resaltan el ser reconocidos como personas. En estos pacientes la autoridad del profesional resulta incuestionable, y expresan agradecimiento por tener acceso a atención, medicamentos y exámenes gratuitos. En los más jóvenes, cobra importancia la efectividad del tratamiento, y que este se adapte a sus condiciones de vida y trabajo; las mujeres de esa edad enfatizan también los problemas en el trato. Son ellas las que expresan quejas y críticas frente a la atención recibida, lo que también puede estar asociado a su mayor nivel de escolaridad.

En la comuna de Recoleta existe un gran número de población migrante: peruanos que llegaron hace más de una década y en los últimos años fundamentalmente haitianos y colombianos; actualmente está aumentando la cantidad de venezolanos. Sin embargo, la migración no es mencionada espontáneamente por los prestadores al preguntársele sobre características de los pacientes que puedan influir en la atención, lo que puede deberse a que la prevalencia de enfermedades crónicas es menor entre ellos por ser, en general, una población relativamente joven, o porque esta condición no afecta la atención. Los prestadores confirman ambas suposiciones y agregan una tercera: el que estos pacientes no acuden a la APS. Afirman que a todos, incluso a los que no han regularizado su condición migratoria, se les brinda igual acceso y calidad de atención que a los pacientes chilenos. Al explorar más, mencionan problemas de comunicación, no solo con los pacientes haitianos, para los cuales cuentan con un intérprete, sino también con peruanos y venezolanos, por el uso de ciertas palabras y giros idiomáticos. Surgen también dificultades para cambiar su alimentación y para realizarles seguimiento, por la mayor movilidad de los migrantes recientes. Algunos entrevistados afirman que estas limitaciones derivan de su bajo nivel socio-económico o de escolaridad, más que de su condición de migrantes. En general, los prestadores reconocen las diferencias culturales, pero salvo en temas puntuales como el lenguaje o algunas comidas, esperan que sea el paciente quien se adapte al

contexto chileno.

La pertenencia a pueblos originarios tampoco es mencionada como factor condicionante de la atención, aparentemente su número es bastante reducido en la comuna, pero no se maneja información que permita su identificación. Solo un prestador mencionó el mayor conocimiento de herbolaria por parte de las personas del sur del país sin explicita la necesidad de adaptar la atención. La entrevista con un paciente proveniente de una comunidad mapuche no mostró diferencias significativas con las de los demás pacientes, salvo su mayor conocimiento y uso de la medicina natural, pero siempre como complemento de la ofrecida en el CESFAM.

*Todavía no cardiovascular, como de personas, pacientes haitianos, no tenemos muchos (porque) son jóvenes. Pero peruanos, lo que me pasa con ellos, es que muchos vienen con tratamientos de su país y que no... son muy irregulares, no habían venido nunca a ingreso. Son generalmente como en los ingresos, pero después cuando ya logran entrar al control no hay ningún problema. Son bien disciplinados también. [...] Pero grandes diferencias o complicaciones que hemos tenido con los migrantes, no. Acá en Recoleta por lo menos o en el CESFAM, no existe esa diferencia entre pacientes chilenos, pacientes haitianos, o sea, no. Tienen accesos todos y al control así tengan RUT provisorio, igual se les da atención, se les ingresa igual y todo. **MED CV Petri***

*Pero el idioma es una gran barrera... y la cultura en general porque a veces sus costumbres son muy diferentes, su alimentación... [...] Los haitianos tienen ese tema del vudú muy inserto, entonces creen que fue porque alguien lo maldijo, entonces hay todo un tema, con cada uno tiene que aprenderlo para poder entenderlo y poder explicarle.... **ENF Qta***

*La población peruana que se atiende en CESFAM es de nivel socioeconómico bajo, es de baja educación, de niveles, de tasas de analfabetismo, porque vienen desde su país con muy poca educación, po'. Con estudios de básica, entonces entienden muy poco las indicaciones. Y ellos siempre dicen que sí... Entonces uno no sabe si está entendiendo o no, entonces, es difícil. **ENF Rec***

6.3.1.2 Situación socioeconómica y laboral

La **situación económica** es reconocida por todos los entrevistados como un condicionante clave de la atención, ya que incide en el cumplimiento de las indicaciones de autocuidado. Muchos prestadores hacen alusión a los muy bajos, y en algunos casos incluso nulos, ingresos económicos de los pacientes y a las dificultades que esto implica para la adquisición de los alimentos recomendados. Sin embargo, algunos profesionales cuestionan que esto represente un obstáculo insalvable para cumplir con las indicaciones, describiendo múltiples estrategias para lograrlo con poco dinero, o critican la administración del ingreso familiar. Varios entrevistados coinciden en que existe la idea que hacer dieta es caro, por lo que muchos pacientes no dan importancia a las indicaciones de los nutricionistas o no acuden a esas consultas. Por otra parte, los prestadores mencionan que la situación económica puede conllevar a otros problemas en los adultos mayores, tales como la dependencia de sus hijos y la soledad, los que repercuten en su acceso a la atención y adherencia a las indicaciones, así como directamente en su estado de salud. Los pacientes ratifican estas afirmaciones, y agregan que la economía familiar también influye en la posibilidad de atenderse, y de realizarse exámenes en el sistema privado, lo que es percibido como una mejora en la calidad de atención.

*...nuestros pacientes viven con una cantidad de plata increíblemente baja, en promedio no más de trescientos mil pesos al mes. Son muy pocos los que tienen más ingresos. Porque la mayoría son adultos mayores y casi todos tienen... las mujeres pensión solidaria, cien mil pesos al mes, y los hombres en general jubilaciones, pero que no pasan más de doscientos, trescientos mil pesos. [...] Entonces, la nuera decide si cocina el almuerzo a las cuatro de la tarde o lo cocina a las doce del día. Entonces, como ellos no tienen dinero, no tienen como mayor acceso, tienen que adecuarse a lo que hay en la casa... Tengo por lo menos cuatro o cinco casos de adultos mayores así, que realmente le vulneran sus derechos.... **MED FAM Petri***

Muchas veces yo les pido que vayan a La Vega a buscar... a pedir las hojas de afuera, no ves que las limpian, le sacan todas las hojas más verdes...les indico que vayan y pidan las hojas de la betarraga, con ellas se pueden hacer tortillas, guisos, una ensalada muy rica. [...] Tenemos muchas mujeres que terminan solas con 120 lucas de pensión,

*además que con depresión porque están solas... **NUT Rec***

*Mejor que se lo haga particular (examen), porque así queda tranquila usted también, me dijo. Ya dije yo, voy a hablar con mi hija. ¡Porque de aonde' voy a sacar yo! ¡\$50.000 tuve que pagar! [¿Usted tiene jubilación?] No tengo nada, yo no tengo nada, ni perro que me ladre. [...] Si yo tuviera plata haría dieta, como debiera de ser, po'. Porque ya tendría pa' comprar el quesillo, la leche tengo que andar pidiendo. Entonces, es como complicao', no fuera na' que uno tuviera, yo voy me compro. **PM1 Petri***

El **nivel de escolaridad** es percibido como un importante condicionante de la atención, estrechamente asociado a la posición socioeconómica y, en algunos casos, a la condición migratoria de los pacientes. Los prestadores describen dificultades de comunicación con las personas con baja escolaridad, aduciendo que estos no comprenden las indicaciones a pesar de sus esfuerzos por adaptar el lenguaje. Además, mencionan que existe un gran número de adultos mayores analfabetos funcionales con quienes deben usar material gráfico. Aseguran que una mayor escolaridad se asocia no solo con una mejor comprensión, sino con una actitud más favorable hacia las indicaciones y el autocuidado y la posibilidad de que la consulta abarque otros temas más allá de la enfermedad del paciente. Sin embargo, también se vincula con una actitud más crítica del paciente.

*Quien tiene estudios, tiene una mayor permeabilidad en sus procesos cognitivos, entonces hay más interés, hay capacidad de retener y comprender la información que uno le está entregando, de darle real relevancia y llevarlo a la práctica, y de generar los cambios necesarios. Sin embargo, una persona que no tiene un nivel socio... educacional, cultural adecuado, que tiene como se dice vulgarmente la verdad es como un techo bajo, cuesta demasiado hacerles entender la importancia de tratarse. Y hacerlo entender del mismo tratamiento muchas veces... **MED Rec***

Se nota cuando pacientes tienen una educación un poco más extendida, en relación a personas que llegaron a primero, segundo básico. El nivel de cuestionamiento es distinto hacia el profesional que le está haciendo. O sea, intentan involucrarse también mucho más en lo que es su tratamiento: Las personas que, esa es mi apreciación, de los que pudiesen tener un grado de educación mayor, tienden a ver al profesional un poco más simétrico. La persona que, pucha lamentablemente por a,b,c, motivo no pudo

educarse más, lo ve demasiado asimétrico, lo ve casi como el apelativo “diostor”. Lo ven demasiado enaltecido y no le cuestionan nada. Lo que diga él es ley. ENF Petri

El **trabajo**, junto con la conciencia sobre la enfermedad, son los condicionantes de la calidad de la atención más frecuentemente mencionados en las entrevistas. Es importante señalar que para los prestadores este aspecto siempre está referido a pacientes hombres y en edad productiva, y en las entrevistas con pacientes, son ellos quienes abordan espontáneamente esta problemática. Los horarios de atención en los CESFAM coinciden con los horarios laborales de la mayoría de los pacientes, y las prestaciones ofrecidas durante la extensión horaria no permiten subsanar ese obstáculo para los controles del PSCV. Esto se conjuga con la dificultad que experimentan los pacientes para obtener un permiso en su trabajo, que es entendido como un favor o una recompensa otorgada por el empleador. Dos pacientes relatan haber tenido graves problemas para la aprobación de la licencia médica por parte del COMPIN, lo que se une al temor de perder su trabajo. Lo anterior lleva a que quienes trabajan solo acudan a las consultas con médico para obtener la prescripción de los medicamentos, disminuyendo la integralidad de la atención. Además, lleva a que se realicen los exámenes complementarios en el sistema privado donde estas barreras de acceso son menores. Varios entrevistados mencionan la dificultad adicional que representan los tiempos de espera para los procedimientos administrativos, que a veces, hacen que se requiera de medio día para completar una atención. Algunos prestadores minimizan estas dificultades aduciendo que son solo pocos controles durante el año u ofreciendo soluciones puntuales.

Aquí hay muchos pacientes que lo manifiestan: yo no puedo venir porque mi jefe no me da permiso, ¿ya? O porque no me creen que vengo al médico, ahí no sé qué clase de personas serán esos jefes, pero sí, se escucha, no es una cosa que uno infiera, la gente lo verbaliza abiertamente. ENF Petri

Vienen a control con el médico, porque dicen el médico es más importante me va a dar la receta los remedios, pero después faltan a control con nutri o si es mayor de 65, porque tenemos muchos que siguen trabajando, falta al control con la enfermera. Entonces privilegian el médico porque así tienen que pedir solo un permiso y tienen asegurado los medicamentos. [...] Yo creo que sí debiéramos tener horarios diferidos

*para los trabajadores, que son la mayoría, sobre todo hombres. **MED FAM Petri***

*... como que no viene a los controles, porque de repente los permisos no son, no dan permiso. [...] No, es que me salía más, po'. Si imagínese de allá de, del final de Las Condes pa' venir pa' acá, son 2 horas, y más que la espera. ¿Entonces, qué empresa va a querer así a un trabajador? Porque inclusive la otra vez igual, estaba por terminar mi curación y terminaba mi licencia. Y yo tenía que salir a trabajar sí o sí porque, el reemplazo era por dos meses, entonces no podían pasar más de dos meses, sino ya tenían que entrar a contratarlo.... **PH2 Qta***

Las condiciones laborales también dificultan el cumplimiento de las recomendaciones sobre los horarios de alimentación dadas a los pacientes con DM2. El problema más mencionado es el tiempo para la colación, aunque algunas nutricionistas aseguran que más que no les den permiso, esto refleja una dificultad para cambiar de hábitos. Los nutricionistas describen múltiples acciones que realizan con los empleadores para lograr condiciones laborales que permitan el autocuidado, pero admiten que desconocen su efectividad. Además, buena parte de los pacientes tiene un trabajo independiente que incide negativamente en el cumplimiento de las indicaciones sobre alimentación, actividad física y dejar de fumar; los feriantes y transportistas son quienes afrontan mayores obstáculos. Aunque los nutricionistas afirman que adaptan sus indicaciones, los pacientes indican que siguen teniendo grandes dificultades en ese sentido. Algunos también mencionan los efectos negativos que tiene la enfermedad, y el tener que asistir a las consultas del PSCV, sobre sus trabajos y la consiguiente merma en su ingreso económico.

¡Pero a mí como nutri, no hay excusas! Porque yo lo veo... o sea, por ejemplo, me dicen: Ayy es que yo entro a las 8 a trabajar, entonces por eso salgo en ayunas y tomamos desayunos a las 10 de la mañana. [...] O me dicen: No, es que yo paso toda la mañana en, no sé, contestando el teléfono y no me como la colación y paso hasta el almuerzo. [...] Pero sí en demorarse en comer una colación, por ejemplo, ¿cuánto se demora? ¿5 minutos? ¿7 minutos? Si necesita que yo le dé un certificado que diga que usted es diabética y necesita hacer colaciones para su jefe, yo se lo hago. [...] [¿Te piden ese certificado que tu mencionas?] Sí me lo han pedido. Pero deben ser con los dedos de una mano, que me han dicho: Pucha, es que mi jefe dice que tengo que llevar

*algo escrito donde diga que tengo que salir a tal hora a hacer una colación. [...] Pero eso es cuando ya empiezo a ver que son los jefes que no permiten, [porque] la mayoría no es problema del jefe. **NUT Qta***

*¡Porque lo más bien en la pega podría haber tomado desayuno, podía haberme parado un rato, ir al bolso, haber sacado una fruta, habérmela comido a las once, pero no la hacía po'! [...] ...yo no quería hacer eso... Porque decía yo que, yo porque compañeros que abusaban y eso uno..., de que uno entra a las 8:00 de la mañana a su trabajo y a la 1:00 tiene que ir a almorzar po'. [...]. Ellos tomaban desayuno, salían como a las ocho y media, nueve salían a trabajar. ¡Entonces pa' mí no era correcto eso po'! Entonces... ¿qué es lo que hacía yo? Me cambiaba ropa y salía trabajar altiro, porque a las 8:00 el jefe estaba esperándolo po'. **PH2 Hevia***

*[¿Usted ajusta sus tiempos de trabajo a los controles?] Claro, lo que me ha hecho perder también en remuneraciones. Yo trabajo a porcentaje, mi sueldo es variable, depende de lo que yo haga. Entonces, por ejemplo: Oye, salió un viaje para Brasil. Pucha jefe, no puedo ir porque... El viaje a Brasil demora 30 días, pero yo en 10 días más tengo control, así que no puedo ir, que vaya otro. Ya, tú hacete un viaje corto aquí al sur no más. Pero eso, ¿qué es lo que pasa? Que mi porcentaje, si es el 7%, el viaje a Brasil vale 7 millones, yo gano 700 lucas, ya? En cambio, el viaje al sur, que me voy a demorar la mitad de lo del viaje a Brasil, vale 600 lucas y yo gano, 49 lucas. **PH2 Rec***

6.3.1.3 Familia y redes de apoyo

La mayoría de los entrevistados mencionan espontáneamente la influencia de la **familia** en el manejo de la enfermedad. Las normas clínicas incluyen el involucramiento de un adulto significativo en el proceso de atención y el modelo de base de la APS establece una medicina familiar. El apoyo familiar es clave en al menos tres aspectos: el cambio de hábitos, y en particular, la alimentación, el acompañamiento a las consultas y el soporte económico para acudir al sistema privado de salud. Este apoyo resulta especialmente importante para los adultos mayores: en el caso de los hombres, en general, son sus parejas quienes cocinan y los acompañan a las consultas. En las mujeres el acompañamiento se da más por parte de hijas o nietas, quienes también se encargan del cuidado en caso de ser dependientes. El sustento esperado de los descendientes varones en cambio es

primordialmente económico. En general, los pacientes refieren que sus hijos y nietos de ambos sexos representan un estímulo para acudir a los controles: ellos solicitan, les recuerdan y los acompañan a las citas. Además, el no convertirse en motivo de preocupación o dependencia de estos los motiva a cumplir con las indicaciones. Esta situación es reconocida y reforzada por los prestadores, quienes les indican que vengan acompañados a las consultas y talleres para darles mayor información sobre la enfermedad, entrenarlos en el automanejo, y sugerir cambios en el comportamiento de todo el grupo familiar.

No tener este apoyo, bien sea porque están solos o porque sus familias no contribuyen, incluso en algunos casos limitan el autocuidado, lleva a una disminución en la calidad de la atención. La dificultad más frecuente es la resistencia de los familiares a modificar su alimentación, lo que hace que el paciente no cumpla con las indicaciones o se sienta excluido. En otros casos es el paciente quien rechaza el cuidado de sus familiares, entre otras razones para no incrementar su dependencia. Los problemas familiares, entre los que se mencionan la falta o mala administración del dinero, el involucramiento de alguno de sus miembros en el microtráfico de drogas u otros problemas legales, y el cuidado de familiares con enfermedades graves, afectan la salud mental y el comportamiento social de muchos pacientes, y por ende, su autocuidado. El psicólogo, las asistentes sociales y las TENS mencionan intervenciones en el ámbito familiar que intentan dar respuesta a algunos de estos problemas, pero reconocen que su efectividad es limitada.

*Nos va bien con los usuarios, pero muy mal con el adulto significativo que acompaña...
[...] Tiendo como a hipotetizar que hay dos posibilidades: una, ya es difícil sacar a una persona en su vida laboral, sacar a dos se transforma en otro problema. Y la segunda, que una persona con una patología en esta línea, que la vive muy de sus hábitos, prefiere que no se les metan mucho, entonces rehúsa participación. [...] La participación del adulto significativo o del familiar acompañante es bien importante porque no es solo un impacto que se produce en el usuario} que recibe el diagnóstico y que efectivamente tiene que cambiar su vida en función de eso, sino que eso también impacta en la cotidianidad de todo un grupo familiar. **PSI Hevia***

*Adultos mayores de 80 años que están cuidando, qué sé yo, al amigo, al esposo, el familiar, al hermano de 85 - 90 años con Alzheimer imagínese... Y quién está al cuidado, es diabética, además. Entonces lograr un estado de compensación de un paciente diabético así es extremadamente complejo. **MED Rec***

*Yo tengo mis dos nietos que trabajan bien. [...]. Y ellos: Agüeli, no queremos que te nos vayas muy luego. Si yo les digo a ellos, si yo necesito 300 mil pesos, ellos acá llegan. Esa suerte tengo yo. Y mi nieta también. Ella me dice saca hora, y tal médico, ella y yo saco ahí, porque ella conoce todos los médicos ahí de la clínica [es paramédico]. [...] Y así po', entonces ellos me pagan todo, todo. Yo con 128mil pesos... **PM2 Hevia***

*El doctor me dijo que tenía que llevar un familiar mío, me dijo puede ser hija o hijo, pero tiene que venir con usted. Así que fui yo y ahí, le explicó a mi hija mayor, cómo tenía que inyectarme, todo, porque ella me inyectaba. Pero ahí estaba cometiendo un error yo, po'. Porque tenía que depender de ella. Entonces dije yo, no. Hablé con la doctora. Me dijo: ¿Quién, cómo se pincha usted? Y yo le dije: No, si a mí me pincha mi hija. Tengo dos hijas que, si no está una está la otra, pero tenía que ir a la puerta, temprano para que me pincharan. Entonces dije yo, no. **PM1 Petri***

La importancia de contar con **redes sociales de apoyo** y de participar de grupos comunitarios o de usuarios del Centro de Salud, es reconocida por la mayoría de los entrevistados. Muchos prestadores afirman que indagan sobre las mismas como parte de la anamnesis, y reconocen que los adultos mayores van perdiendo esos contactos, lo que trae consecuencias negativas en el cumplimiento de las indicaciones. Salvo en el caso de las asistentes sociales y TENS, los prestadores casi no mencionan acciones para fortalecer las redes sociales existentes, pero si proyectos incipientes para organizar más actividades grupales desde el CESFAM. Los pacientes confirman esta tendencia al aislamiento, e incluso relatan su desconfianza frente a ciertos amigos, pero también cuentan episodios que demuestran gran solidaridad entre personas que comparten trabajo o lugar de residencia, y contribuyen a su cuidado y bienestar.

Porque pueden partir con muchas ganas, pero si no tienen el apoyo familiar, a los tres, cuatro meses dejan todo botado, y después se dejan estar un año hasta que hay una nueva pesquisa, y los vuelven a hacer el reingreso al PSCV. [...] La idea es mantenerlo

en el tiempo, cada unos tres meses, para juntarlos a todos, la mayor cantidad de diabéticos, [...] para que ellos mismos se vayan conociendo y vayan también sintiendo de que no están solos, de que no crean que esto les afecta solo a ellos y de que hay más gente las mismas condiciones...NUT Hevia

El adulto mayor como que se va hundiendo poquito a poco, poquito a poco y no busca ayuda, no abre las redes que puedan existir, incluso están... se ensimisman, se aíslan de los vecinos... Además, tenemos el tema social aquí en Santiago, en que no hay vida de vecinos, ni vida comunitaria. Y eso empeora las cosas, empeora mucho. MED Rec
Porque nosotros somos muy... ehhh somos de no mucha amistad... Somos los dos solos, podemos estar todo el día encerrado los dos, pero los dos no más, no hay mucha comunicación con otra gente... Pero eso no es porque nosotros estemos peliaos con los vecinos, ni na' de eso, sino que a nosotros nos gusta ese... estar solo, entonces... Ahí estamos siempre los dos, apoyándonos uno al otro. PH2 Hevia

6.3.1.4 Curso de vida personal o familiar

Las entrevistas de muchos pacientes, especialmente los mayores, incluyen narraciones sobre sus primeras etapas de vida en condiciones muy precarias, precoz entrada al mundo laboral, dificultades y sufrimiento asociados al rol de cuidador de un familiar con dependencia severa, problemas con los hijos y nietos que les producen trastornos emocionales, y enormes limitaciones en las oportunidades de estudiar y lograr mejores condiciones de trabajo. Casi todas estas historias incluyen también orgullosos relatos de haber superado las dificultades y de haber podido brindarles mejores condiciones de vida y mayores oportunidades a sus descendientes; todo esto debido al esfuerzo personal, y en algunos casos, al apoyo del núcleo familiar. Si bien no se menciona, ni es posible establecer con seguridad una relación causal entre estas historias y las percepciones de los pacientes sobre la calidad de atención, se encontró que los que ha vivenciado más marginación e inequidad son los menos propensos a explicitar críticas al sistema y los que más aceptan las relaciones autoritarias o paternalistas con los profesionales de la salud. Ellos valoran mucho todo lo que, en su percepción, reciben gratuitamente, y agradecen el buen trato; pero al mismo tiempo expresan desconfianza, que los lleva

a, por ejemplo, guardar medicamentos para el caso que no se los entreguen en el CESFAM, mentir sobre el cumplimiento de las indicaciones y a sentirse perjudicados por el sistema. Solo dos prestadores explicitan la influencia de estas historias en la actitud del paciente frente a su enfermedad y a la atención de salud.

O sea, en los años que nos criamos nosotros, era todo complicado, po'. Nosotros ahí no... con zapatos plástico, el overol que no... ¡Entonces uno era como un animalito al mundo no ma' po'! [...] Cuando estábamos allá en el sur no comíamos porque no teníamos, ¿cierto? Pero ya cuando empezamos a trabajar los dos, otro cambio, otro sistema de vida, había más plata para comprar cosas, entonces ya venía un asadito, que venía comer pescado frito, cosas que... que no se veían, po'. Entonces mi señora se quedó con eso y me ha costado un montón, porque yo le digo no hagas tanta comida, no hagas tanta grasa, no hagas tanto custiones, porque a ella le gusta ser así... [...] Es que uno, de repente, o sea por ignorancia, más que nada... oculta esas cosas, po'. Porque, el médico me decía to' esto hay que hacer, lo voy a hacer. Pero no lo hacía porque... ¡por el sistema en que uno vive po'! **PH2 Hevia**

Cinco años que estuvo mal, sin conocimiento ella [esposa]. Imagínese yo batallando... Yo no podía trabajar, cuántos trabajos tiré pa' atrás yo, que no podía porque, no podía dejarla sola. [...] Porque si yo hubiese faltado [al control del PSCV], como le digo, tenían razón, porque yo soy, entiendo todas las cosas, pero no fue por culpa mía, po'. Yo no vine, claro, pero fue por fuerza mayor, porque no teníamos tiempo, ella se desesperaba, gritaba, entonces, jue', fueron cinco años difíciles, muy difíciles, no sólo pa' mí, pa' todos. [Se le quiebra la voz, después suspira]. **PH1 Petri**

A los adultos mayores también, ya sea por... si vemos la historia hacia atrás son personas que se formaron muy solas a veces. Es eso, hay mucha historia ahí de abandono, muchas historias de que ellos salieron adelante por su propio esfuerzo. Entonces el tema de estar recibiendo la retribución en este minuto, no les es fácil; el tema del merecimiento, por ejemplo, no es fácil en mi percepción. **NUT1 Petri**

Sienten que cuando el paciente se queda sin hora, sienten como una impotencia de que: pucha, yo porque soy pobre no tengo acceso, porque si tuviera plata... Porque el pobre tiene que quedarse sin hora, si yo tuviera plata me iría a una clínica, ahí me atenderían. [...] Entonces ese es como el problema que más aqueja a las personas acá, se quejan de: no, es que yo porque soy pobre no tengo hora. **ENF Petri**

6.3.2 Condiciones asociadas a la enfermedad

Además de las características propias del paciente, los entrevistados destacaron algunos condicionantes referidos a la etapa de la enfermedad y a la actitud y conciencia del paciente frente a su problema de salud; siempre desde una mirada predominantemente individual.

6.3.2.1 Etapa de la enfermedad y co-morbilidades

Como se mencionó al inicio de este capítulo, se identificaron tres puntos de inflexión en la vivencia de la enfermedad por parte del paciente: diagnóstico, inicio de insulino-terapia y aparición de complicaciones graves. Como el diagnóstico frecuentemente se realiza de manera inesperada y en un paciente asintomático, las reacciones del paciente varían entre miedo y negación de la enfermedad y sus implicaciones. Por esto, las consultas posteriores se enfocan en que el paciente entienda y cumpla las indicaciones, ya que en esta etapa frecuentemente existe falta de adherencia al tratamiento. Las narraciones de la mayoría de los pacientes que dicen haber aceptado el diagnóstico desde el inicio traslucen un rol pasivo, de sometimiento a la autoridad del profesional: ellos los “retan” si no cumplen las indicaciones y les “meten” los medicamentos.

Pacientes y prestadores señalan que el inicio de la insulino-terapia marca un cambio importante en la actitud frente al manejo de la enfermedad. Por una parte, refieren temor a posibles efectos negativos de esta medicación y la entienden como una consecuencia negativa del incumplimiento de las indicaciones, culpándose a sí mismos. Esto es reforzado por algunos prestadores que se refieren al incumplimiento como “portarse mal”. Por otra parte, ser insulino-requiriente o la aparición de complicaciones son reconocidos como factores claves para incrementar la adherencia y mejorar el autocuidado de los pacientes; además de generar mayor preocupación y seguimiento por parte de los prestadores.

La atención de los pacientes con co-morbilidad presenta problemas específicos como la no adherencia al tratamiento por temor a tomar tantos

medicamentos, contradicciones entre las recomendaciones alimentarias para cada patología, y el no poder cumplirlas por problemas emocionales, entre otras. Un tema especialmente difícil para algunos pacientes es el tiempo requerido para las consultas con diferentes especialistas.

*Acá me hicieron un seguimiento. Un seguimiento, como tres veces. Y hasta que optaron en decirme: No, ya usted es diabético. Que tenía sobre los rangos normales. Y ahí me detectaron la, y empezaron a meterme esos medicamentos, que eran así unas pastillas... **PH2 Petri***

*Yo le digo: Ya pues don Carlos, si usted se porta mal de verdad que va a llegar a la insulina. No, si no quiero, no quiero. ¡Y empieza a portarse bien! Yo le digo: ¿Le doy una hora con la nutri? Ya bueno, deme una hora con la nutri, para puro que me reten. Y ahí lo hemos mantenido y hasta él se cuida para no llegar a la insulina. **TEN Rec***

*El tema de la insulina para ellos funciona, mucho más potente que el de las pastillas. Como que la conciencia ya le llegó a que... peor que eso ya no se puede estar, entonces siguen el tratamiento clínico al pie de la letra y vienen a la regulación. [...] Ellos son como... lamentablemente nuestros usuarios estrella porque no faltan. **NUT Hevia***

*Me dijo neurólogo: en tu caso, hay que hacer una junta médica para que vea, porque aquí no es solamente un médico diabetólogo o un, solamente broncopulmonar, aquí está todo mezclado. [...] Tenís' que estar con psicólogo, con broncopulmonar, con neurólogo, con medicina. ¿Por qué? Porque entre todos hay que ver esto, no te lo puede ver solamente una persona, me dijo. Pero el problema es conseguir hora para todos y cada uno y que conversan entre ellos... [...] Pero ahora que no estoy comiendo ensaladas, por el tema de que el INR (tiempo de protrombina) de la sangre se me baja... Un día que comí ensalada tres veces en la semana y me retaron allá, porque el INR me salió en 1.7. ¡Entonces y pa' más me retan! **PH2 Rec***

6.3.2.2 Conciencia y actitud ante la enfermedad

Este condicionante, que está estrechamente relacionado con lo descrito en el punto anterior, es el más mencionado por los entrevistados, quienes resaltan la importancia de la actitud y conducta del paciente ante la DM2 y su manejo clínico. La irresponsabilidad del paciente y el temor a la enfermedad que los lleva a adoptar una actitud fatalista, son frecuentemente citadas por los prestadores como causas

de la no adherencia a las indicaciones que ellos intentan contrarrestar indicándoles la posibilidad de vivir bien. Todos los entrevistados coinciden en indicar que la falta de síntomas en la etapa inicial de la enfermedad representa un gran obstáculo para el autocuidado; un profesional incluso sostiene que el que el paciente se sienta bien representa un peligro. Ante esto, los prestadores recurren a infundir temor sobre futuras consecuencias, incluida la necesidad de insulino terapia. Algunos esbozan críticas a esa estrategia aduciendo que esta conciencia se desarrolla solo mediante la vivencia propia o largos procesos de interacción con los prestadores, aunque la mayoría la atribuye a características individuales de cada persona, que se perciben como inmodificables. Los relatos de los pacientes coinciden en asociar la toma de conciencia, y por ende una mayor adherencia a las indicaciones, con vivencias propias o de familiares que sufrieron complicaciones. Solo algunos resaltan la importancia de la información proporcionada por el profesional para su cambio de conducta frente a la enfermedad.

*Es la parte más difícil creo yo, cuando no hay conciencia de la enfermedad. Que eso también es un proceso super largo, o sea a mí me ha tocado, veo usuarios que costó más de un año que recién comprendieran que tenía que hacerse cargo de su estado de salud. [...] Uno se da cuenta cuando alguien quiere y no quiere darse cuenta. Pasamos por todas las fases: negación, aceptación... etc. pero este caballero siempre se quedó en la negación. [...] Yo creo que, querámoslo o no siempre es por vivencia, en realidad. La experiencia, las vivencias son las que nos generan más impacto que lo que podemos hacer nosotros como profesionales del área de la salud. **ENF Hevia***

*Porque aquí hay gente que también tiene más recursos, pero también no tienen conciencia de enfermedad. [...] Se lamentan cuando están con el pie diabético... Los que adhieren, yo creo que es por, bueno, mi experiencia es como el usuario que tiene un familiar que lo amputaron, que vio alguna tragedia relacionada con la enfermedad. O sea, que funcionó a través de la "cucoterapia"... **ENF Rec***

*Entonces iba pa'l sur no me llevaba los remedios, estábamos dos o tres días, entonces ese era mi desorden que tuve yo, de no llevar mi remedio y tomármelo. [...] Fui yo el que me equivoqué, po'. Porque si lo tomo a tiempo a lo mejor ni habría estao con la insulina, o habría dejao de tomar mucha bebida, también habría sido otro causante pa' no estar con la insulina... **PH2 Hevia***

*No, ni uno {síntoma}. Hasta... hacen 10 años. No, miento, en el 2014 me amputaron los primeros cinco dedos, ahí tomé conciencia, recién tomé conciencia, lo que me estaba pasando. **PM1 Rec***

La **actitud del paciente frente a la enfermedad**, igualmente asociada a la etapa de la enfermedad en que se encuentra el paciente, también es reconocida por los entrevistados como un importante condicionante de la atención. Según los prestadores, los hombres jóvenes muestran preocupación por las consecuencias de la DM2, lo que los lleva a buscar más información sobre esta, pero tienen poca adherencia. En cambio, las mujeres de mediana edad que han tenido una vida saludable tienden a cumplir con las indicaciones, mientras que los adultos mayores de ambos sexos son considerados reticentes. Una nutricionista reconoce mayor dificultad de interacción con pacientes autovalentes que consideran que “*se las pueden solos*” y el psicólogo describe las diferentes actitudes como estilos de afrontamiento que se forman en el transcurso de la vida de cada paciente y resultan difíciles de modificar en los adultos. Los pacientes tienden a culparse a sí mismos, tanto por tener la enfermedad como por desarrollar complicaciones. Muchos describen su actitud en términos de ser negligentes, ignorantes, porfiados, o reacios; en caso contrario, declaran ser obedientes. Además, incorporan discursos sobre la importancia de “*esforzarse por estar bien*”.

*...tenemos personas que, a propósito de la diabetes, tienen un estilo de afrontamiento evitativo y otros que se hacen los tontos, no miran esto, postergan derivaciones... llegan en condiciones muy malas, en general. Y otras personas que son mucho más activas en la resolución. [...] ...son mucho más conscientes de los propios problemas y, por tanto, aunque el médico no se los diga, aunque el enfermero no se los diga, ellos están con la inquietud de qué voy a hacer con esto respecto a mi vida. **PSI Hevia***

*Son personas que, en su entorno, o en la familia en sí, no tienen hábitos de comidas hiper grasas... [...] En realidad, cocinan en la casa, cosas naturales. O van a la feria a comprar, verduras y frutas así naturales. Y, por lo general bueno... son mujeres, y que a partir de que les diagnostican esta enfermedad, eh, no sé cómo decirlo... cómo que son mateas, cómo que siguen las instrucciones alimentarias. **NUT Qta***

Los problemas que he tenido ahora... el primero yo pienso que fue negligencia mía.

Porque me vi la herida y me fui a la atención, allá en el consultorio de Quilicura. Y no le tomé tanta importancia a la herida, porque dije yo, ah po', siempre me hacía cortes y cosas en las manos y siempre tuve buena cicatrización. Y lamentablemente, tuve que entrar a la posta para que me operaran. PH1 Rec

6.3.3 Características personales de los prestadores

En cuanto a los prestadores, la principal característica destacada por los pacientes como condicionante de la calidad de atención es su actitud; la edad, género y nacionalidad parecen influir menos en su percepción de una buena atención. Las entrevistas con prestadores muestran la importancia de una adecuada formación, que predomina sobre la profesión.

6.3.3.1 Edad, género, nacionalidad

En general, estas características de los prestadores son poco mencionadas por los entrevistados, salvo por el señalamiento de la juventud de muchos profesionales. Al profundizar en este aspecto, la mayoría de los entrevistados aseguran que ni la edad ni el género influyen en la atención, solo una paciente señala que los hombres brindan mejor trato. Una nutricionista joven asegura que su edad y género no influyen en su relación con los pacientes, mientras que una colega mayor piensa que la edad puede producir diferencias en la actitud del prestador frente a la no adherencia, y su género mayor empatía hacia las pacientes mujeres, aunque lo relativiza diciendo que depende de la personalidad del profesional. Otros prestadores asocian una menor edad con mayor motivación o con destrezas tecnológicas que facilitan el trabajo. Algunos pacientes también mencionan otras características personales de los prestadores, como su nacionalidad, el sobrepeso de una nutricionista o la orientación sexual de un médico. Salvo en el primer caso en que se explicitan problemas con el lenguaje, no queda del todo claro si estas características son percibidas como condicionantes de la calidad de atención. Una TENS que trabaja con varios profesionales extranjeros relata que los aspectos relacionales cobran importancia ante posibles reticencias de los pacientes. Además, varios de ellos alaban a un médico boliviano que los atiende desde hace muchos años.

*Bien simpática la niña, me agradó como era su forma de ser para atender a las personas. [¿Era una persona joven?] Sí po', es una niña joven. [¿La han atendido médicos mayores también?] No tanto, no tanto. Me han tocado siempre las chiquillas jóvenes. [...]. No, pero atienden súper bien las niñas sí, en general. [¿Le ha tocado hombres también?] Sí po', me han atendido con jóvenes. No, son, de repente tienen como más... yo pienso que son más atentos para atender a las personas. [¿Los hombres?] Sí, de repente son más atentos para atender. **PM3 Petri***

*[¿Ve diferencias con sus colegas más jóvenes?] Si. Yo no reto a mis pacientes, o sea, yo le digo: Usted puede comer todos los días arroz y todos los días porotos, lo que tenemos que hacer es medir la cantidad. Yo al principio me enojaba, ahora no me enojo. [...] Yo pienso [que depende] un poco en el entender que uno no es la autoridad en esta cosa, uno da una herramienta, él tiene que ver si la toma o no.... Y tiene que ver con la personalidad del profesional también. **NUT Rec***

*Con la doctora peruana como que la gente... tenía rechazo al principio, pero ella se ha dado querer porque se dedica a los usuarios, la mayoría de las veces se queda más allá de la hora de colación, más allá de las cinco... **TEN Hevia***

6.3.3.2 Profesión, formación y capacitación

Casi todos los entrevistados coinciden en señalar que existe una clara preferencia de los pacientes a ser atendidos por el médico, dado que es quién receta los medicamentos y a quién pueden consultar por otras dolencias o pedirle que interprete los resultados de un examen. Algunos aducen que, a diferencia de los otros profesionales no “reta” a los pacientes, lo que podría deberse a un menor énfasis en el autocuidado durante esas consultas. Sin embargo, otros entrevistados mencionan que, dado el poco tiempo y la actitud de algunos médicos, los pacientes sienten mayor confianza para conversar sobre sus inquietudes con los enfermeros. Además, valoran positivamente el enfoque más integral de esas atenciones y su apoyo al iniciar la insulino terapia.

La mayoría de los prestadores, incluidas las nutricionistas, señalan que muchos pacientes son reticentes a asistir a la consulta nutricional. Las explicaciones de ese rechazo van desde que no la perciben como importante porque prefieren soluciones

rápidas dadas por los medicamentos, no entienden la alimentación como parte de la terapia, hasta que les dan indicaciones que sienten que no pueden cumplir. La percepción de los pacientes que estas profesionales juzgan negativamente su incumplimiento de la pauta alimentaria es concordante con lo dicho por algunas nutricionistas en las entrevistas Cabe señalar que muchos entrevistados otorgan mayor importancia a la actitud del prestador que a su profesión; un enfermero incluso duda que los pacientes la reconozcan claramente, dado que sus prestaciones en el PSCV son similares.

*Es que la nutri no, me reta. La enfermera no, puro me reta, también. En cambio, el médico no lo reta, no le dice nada, según ellos. [...] Por ellos los viera el médico a cada rato: Es que me tomé un examen, quiero ver al médico. Es que me dicen esto, quiero ver al médico. No, le corresponde la enfermera. ¿No tiene hora con médico? [...] [¿Cuál es el profesional que más piden aparte de médico?] La enfermera. La [nombre], es que ella los evalúa completo casi, po'. **TEN Rec***

*...es la nutricionista la pesada, la que les quita las comidas, entonces llegan con susto, la que los reta si no bajan de peso. [...] Yo creo que aquí todos tenemos la capacidad para tratar, en sus distintas áreas claramente, a una persona con diabetes. Yo creo que es la forma quizás en que cada uno lo hace el que puede marcar la diferencia, o el tiempo también, el médico es diferente al tiempo de nutrición. **NUT2 Petri***

*Le hacen las preguntas respectivas y el médico... casi lo mismo que le pregunta la nutricionista, pero como un poco más a fondo. Y la enfermera es lo mismo. Pero la enfermera le pregunta más como cosas personales, así como de: ¿Ella es la que siempre está con usted en caso de...? **PM1 Petri***

La formación y capacitación son reconocidas como factores claves de una atención de calidad por todos los prestadores. Cabe mencionar que no se cuenta con la opinión de los pacientes ya que ellos no manejan esa información acerca de las personas que los atienden. Los prestadores enfatizan la necesidad de conocer a profundidad los principios de la APS y el modelo de atención, desarrollar habilidades de comunicación y educación al paciente, y manejar metodologías participativas; competencias que todos los formados en salud familiar o comunitaria dicen tener. La mayoría reconoce que existen deficiencias en el reconocimiento y

manejo de problemas de salud mental y determinantes sociales como migración, abandono o violencia de género. Aunque parecen existir importantes diferencias en cuanto al abordaje de estos temas en los diferentes currículos de una misma profesión, la mayoría concuerda que la formación de los médicos está dirigida a que se especialicen, y no a la medicina familiar o salud comunitaria. La importancia de la capacitación, la actualización de conocimientos, sobre el manejo clínico es destacada principalmente por los médicos; uno relaciona el conocimiento de los diferentes programas directamente con la capacidad resolutive del CESFAM.

El análisis de los relatos de los prestadores muestra marcadas diferencias en el discurso entre quienes tienen formación o capacitación, de pre- o post-grado en medicina familiar o salud comunitaria, y quienes no la tienen; diferencias que parecen ser independientes de la profesión. Los primeros tienden a tener una visión más integral de lo que debería ser una buena atención, intentan hacer más dialogante su relación con los pacientes, se interesan por temas y prácticas interculturales, abordan las problemáticas sociales y valoran las actividades grupales y la participación de la comunidad. Sin embargo, varios entrevistados critican la forma de funcionamiento del sistema de salud del país que dificulta la puesta en práctica de estas competencias para el abordaje de los factores sociales.

*El [curso] EPES me dio hartas herramientas también, orientadas a hacer talleres. Yo postulé desde acá en el tema de capacitación. He ido a varias actualizaciones de diabetes también... pero enfocada a comunidad. [...] [¿Falta alguna capacitación?] Yo creo que eso tiene que ser siempre como actualizaciones constantes. **ENF Hevia***

*Que gente que trabaje en APS sea de salud familiar, que haya estudiado para trabajar en APS. [...] Yo creo que donde uno trabaje, uno tiene que saber cuál es la realidad y en qué estai' trabajando, po'. Bajo qué modelo, bajo qué misión. [...] En lo que es las bases de la salud comunitaria, como que ahí siento que sí, que hay grandes diferencias entre universidades. Desde gente que no cacha na' del modelo y salió de otra universidad y es enfermero, a otras que manejamos muchos modelos teóricos... Hay mucha diferencia en formaciones, desde lo ético, desde lo humano también. **ENF Rec***

Me gustaría con respecto a los diabetólogos algo que fuera como un poco más... más cercana. No solamente con el jefe de programa, sino que al resto del equipo, porque lo

*que yo puedo captar, lo que les puedo transmitir a mis colegas no es lo mismo, que quizás ellos tienen dudas. [¿O sea un diabetólogo como persona de referencia?] Claro, contando: mira, estoy viendo que en el CESFAM tanto están cometiendo este error porque me llegó este paciente... y lo están haciendo mal, así no es. ¿Podríamos ir allá y darles una instrucción para evitar que vengan tantos pacientes acá? **MED CV Petri***

6.3.3.3 Actitud

Para los pacientes, la actitud del prestador es el condicionante más importante de una buena atención, lo que coincide con lo antes descrito sobre la predominancia de la dimensión relacional. Las actitudes más valoradas son: escuchar a los pacientes, mostrar interés por su estado de salud, realizar examen físico, estar disponible para contestar preguntas o aclarar dudas, explicar claramente y tener paciencia si el paciente no entiende; y en términos más generales, *tener buena voluntad y darse el tiempo necesario para la atención*. En contraste, el ser impaciente, prepotente o contestar de mala manera, y, sobre todo, enfocar la atención en el computador y no interactuar con el paciente, representan los principales motivos de queja y se asocian con falta de confianza, baja satisfacción y problemas de adherencia a los controles. Algunos pacientes amplían su crítica a la forma en que es concebida la medicina y al funcionamiento del sistema de salud. Los prestadores conocen estas críticas y las actitudes que los pacientes esperan de ellos, también coinciden en cuanto a las consecuencias sobre la calidad de la atención. Las explicaciones sobre las diferentes actitudes enfatizan los aspectos individuales, especialmente la motivación y la formación.

*Siempre me acuerdo de él, era muy malgenio. Trataba mal a las mujeres, a los hombres, a los pacientes po'. Entonces no daba confianza. [...] ...ahora los que hay todos son buenos, bueno y comprensibles, porque a uno la escuchan. **PM2 Hevia***

...ella ni hablaba y uno ahí sentá' mirando no más. [...] Porque es re poco, ella no le da la cara, siempre mirando, ahí metida en el computador, si ella le habla uno le contesta. Entonces yo pienso que estamos mal así, que ella no tiene que ser así. Es cómo enojona así. Bueno... yo como, dije yo, total yo vengo a control y después no la veo en un buen tiempo [risa]. [...] Pero a mí me atiende el doctor jovencito que hay aquí, él me

*ve y encuentro bien buen médico oiga. Porque se preocupa de uno, la examina bien, o sea, si uno tiene esto y esto otro, yo le converso y él, pucha altiro. **PM1 Petri***

*...no me gusta su forma de atender. Es como prepotente, altanero claro. [...] Ahora, la medicina yo lo veo de otra forma: es un negocio. Y no solamente, uno va a las clínicas y lo mismo, los médicos trabajan más que nada, puro... ¿Qué siente? Eeeh, tal cosa. Y empiezan con el computador, y por qué, y todo por el computador. Antiguamente... uno iba por una cosa y lo revisaban completo. Ahora no, los doctores, lo justo y necesario. Y lo más rápido. **PH1 Rec***

*Lo primero es que te tiene que gustar lo que estudiaste. Segundo, te tiene que interesar la gente que estás viendo... Y si no están esas dos cosas es bien difícil que lleguí' al usuario ¡muy difícil! O sea, te vai' a dedicar a llenar una ficha, un formulario y chao, que pase el siguiente. Pero el lograr que un usuario cambie, o sea cambie estilos de vida, que se interese por último... ya implica el hacer una cierta conexión con ese usuario, po'. Porque el usuario no te va a comprar porque sí. **ENF Rec***

6.3.4 Condiciones asociadas al trabajo del prestador

A continuación, se describen características de los prestadores que están asociadas a su trabajo y que, de acuerdo a los entrevistados, influyen en la calidad de la atención. Entre estas destacan la motivación para trabajar en el sistema público y en APS y la cercanía con la población que atienden.

6.3.4.1 Motivación para trabajar en APS

La motivación para trabajar en APS, y en el sistema público de salud, fue frecuentemente mencionada por los prestadores como condicionante de la calidad de la atención. Ellos afirman que para trabajar en ese sector se requiere compromiso, interés por las personas y su bienestar y creatividad, ya que ejercer en este contexto puede resultar frustrante y, además, no es bien remunerado. Algunos reconocen que los horarios fijos y las posibilidades de capacitación son alicientes importantes, pero lo principal es el gusto y la satisfacción con lo que hacen. Afirman que algunos de sus colegas solo están de manera temporal o asumen el trabajo sin mayor compromiso, lo que trae como consecuencia una mala, o al menos débil,

interrelación con los pacientes. Un paciente expresa una dura crítica a aquellos profesionales que, de acuerdo con su percepción, utilizan el sistema público solo para formarse y después lucran en el privado.

*Cuando están acá colegas u otros profesionales que no les gusta y están solo como por un trabajo y lucas, no hay resultado. En cambio, si a ti te gusta, por ejemplo, yo acá lo veo en los TENS: hay TENS que se ponen la camiseta y to'o bien. Pero si tú vinistes porque este es un trabajo y te tocó atender cardiovascular, como te toca atender otras cosas y te da lo mismo el paciente, no. ¡Pa' estar en APS a uno le tiene que gustar APS! Porque uno tiene que tener mucha creatividad, saber tolerar las frustraciones de las cosas que faltan, implementos y cosas mejores que uno podría tener. **MED FAM Petri***

*Yo creo que no todo el mundo tiene las herramientas, porque simplemente no les interesa... o realmente no sirven para trabajar con personas. O sea, nosotros trabajamos con emociones, tenemos que ser empáticos, y por mucho que hablemos siempre del trato humanizado, si nosotros como profesionales de la salud, como funcionarios públicos también, no tenemos claro cuál es nuestro rol, cuál es nuestro impacto... no tenemos nada que hacer acá. **ENF Hevia***

*... hay algunas colegas que después de ser nutricionistas no les gusta lo que hacen. Aquí nuestro trabajo fuerte es educación. [...] Si yo estoy aquí es porque trabajo pa' la gente, no para ser millonaria ¿me entiendes? Claro que tengo todo lo que es poder capacitarme, poder tener un horario de 8 a 5, a las 5 y cuarto estoy en mi casa, ¿te fijas? Tiene otras ventajas, pero a mí me gusta educar, yo creo que tiene que ver mucho con la persona, con la calidad de la atención que uno da. **NUT Rec***

*Bueno, como muchos médicos chilenos... Estudian, sacan, hacen una especialización y después: ¡particular! Y del trabajo público se olvidaron. **PH2 Rec***

6.3.4.2 Cercanía con la población

Muchos prestadores reconocen las ventajas de residir en el mismo sector, o uno cercano, al de sus pacientes; o de realizar actividades que les permitan acercarse a la vida cotidiana de estos. Si bien esta cercanía predomina en las TENS, también otros profesionales la buscan y algunos mencionan que la territorialización (ver punto 6.3.5.1) permite fortalecerla. El conocimiento vivencial de la cotidianidad de los pacientes les permite incorporar elementos de esa realidad local en la

atención, y crear vínculos sociales con la población.

*Ella lleva muchos años siendo TENS, ha trabajado en distintos contextos y, además ella es vecina o pertenece cerca del territorio donde nosotros funcionamos. [...] Yo voy tres veces por la mañana al territorio y eso me ha permitido conocer otras dinámicas de la gente, no sólo en el box, cuando yo salgo del box están ahí, converso, los veo en el negocio... El estar incorporado en la comunidad a uno le permite otro tipo de información que uno la va utilizando... Por ejemplo, puedo ver que a alguien le gusten las plantas, y le digo: vamos a hacer tal trabajo con plantas medicinales. **MED Hevia***

*Porque entre ellas se conocen todas, entonces están esperando que las atienda y se ponen a comadrear ahí y yo les digo: ¡Si yo también vi la comedia! [risa] y ahí me entero de todo. Y ahí de repente les encargo a la: ¿Sabes que no he visto a la señora [nombre] quién me la puede ubicar? [...] Van las hijas, va la vecina, va alguien a hablarme. Sobre todo, de los pacientes que viven solos o algún fallecido: ¿Supo que se murió la señora tanto? No, no tenía idea, ya deme los datos pa' colaborar. **TENS Rec***

*¡Es que como yo vivo en la comuna me sé todas las picás [risa]! O sea, yo pienso que uno debería conocer así de bien su comuna. Y yo me vine a vivir por una cosa de comodidad, yo tengo compañeros que vienen de otras partes que no tienen idea cómo funciona. Entonces uno tiene que estar aquí en la realidad y decirles: Mire en esta parte vale tanto tal cosa. **NUT Rec***

6.3.4.3 Funciones y carga de trabajo

La mayoría de los prestadores afirma que la atención de los pacientes representa una gran carga de trabajo, ya que el importante incremento del número de personas inscritas en cada establecimiento y de las prestaciones ofrecidas, no ha sido balanceado con un aumento de profesionales. Varios prestadores con mayor experiencia relatan que tuvieron que delegar el trabajo comunitario a colegas más jóvenes para dedicarse a labores de gestión; otros mencionan que cumplen diversas funciones que no corresponden con su perfil o experticia laboral. Las consecuencias de esta situación van desde trabajar horas extras no remuneradas para cumplir con el trabajo administrativo, en particular el registro de información, hasta la imposibilidad de llamar a los pacientes para confirmar sus citas y realizar seguimiento

a los no adherentes. También se mencionan dificultades para reunirse y para diseñar e implementar innovaciones que podrían mejorar la calidad de la atención. Los pacientes refieren que esta sobrecarga limita su acceso a la atención y los inhibe de preguntar, particularmente en las consultas con médicos.

*Porque estar preparando medicamentos, preparando pacientes para pasarle a los profesionales y más encima estar llamando por teléfono para conseguirles horas para control, para los exámenes... [...] Yo digo, labor mía, de TENS, es preparar pacientes y entregar medicamentos. Pero estar llamando por teléfono para conseguir una hora es de un administrativo. Entonces, lo hacemos, claro, para facilitarle la... al caballero no le voy a decir: le entrego los medicamentos, pero tiene que ir a buscar la hora allá al consultorio. [...] Se trata de hacer rescate, pero no hay tiempo a veces. Porque salimos todos los días y llegamos en la mañana. En la tarde vamos a visitas, que las curaciones, después sacar lo del otro día... Entonces archivamos, archivamos y... ya va a haber un tiempo pa'... O nos mandan a un curso o hay reunión y no hay tiempo. **TENS Rec***

*La doctora ve los exámenes y yo le pregunto que como está la diabetes... La azúcar está bien, me dice, estai en el límite. [¿Y le pregunta algo más?] No, porque como 'ta tan ocupá ella, no le pregunto yo, pa' no molestarla también. Siempre uno ve eso, pero ella es un... son amorosas las doctoras. **PM1 Hevia***

*Aquí hay una doctora que no me gusta cómo me atiende [...] Porque es muy seca pa' hablar, y quiere hacer todo rápido. Es ataosa pa' atender. Ataosa. Que hace, va a hacer esto, hace lo otro, que a usted la deja sentá." **PM1 Rec***

6.3.5 Modelos de organización y de atención

En cuanto a los factores organizacionales que condicionan la calidad de atención, los entrevistados destacan una categoría que corresponde al modelo de organización de los servicios de salud, la territorialización; y estrechamente ligada con esta, el modelo de atención de la APS: Atención Integral Familiar y Comunitaria (MAIS). Este, junto con el Modelo de Cuidados de Personas con Enfermedades Crónicas (MCC) son la base del PSCV.

6.3.5.1 Territorialización

Este modelo implica que los pacientes están asignados a un sector y dentro de ese, a un territorio que corresponde a un área geográfica delimitada. Cada territorio cuenta con un equipo de cabecera compuesto por al menos un médico y un enfermero, quienes realizan controles de los diferentes programas, incluido el PSCV. Dependiendo de la disponibilidad de un espacio comunitario y la cercanía geográfica a la población, los equipos atienden en el CESFAM o en una unidad vecinal, a la que los entrevistados llaman *sede*. Los entrevistados reconocen diferentes grados de desarrollo, y tanto ventajas como limitaciones de la territorialización. Las opiniones más positivas fueron expresadas por TENS y enfermeros que trabajan en las sedes.

De acuerdo con los prestadores, las sedes atienden predominantemente a adultos mayores, quienes las prefieren por accesibilidad, ya que no requieren acompañamiento ni pago de transporte. En cambio, los pacientes más jóvenes consultan en el CESFAM ya que, por su deficiente infraestructura o por ser espacios que pertenecen a las organizaciones comunitarias, la mayoría de las sedes solo atienden en la mañana. Su pertenencia comunitaria es valorada por algunos prestadores aduciendo que permite establecer una mejor relación con los pacientes; en ese mismo sentido, una TENS relata que algunos pacientes solicitan seguir siendo atendidos por el mismo equipo de cabecera al cambiar de domicilio. Otros aspectos positivos son el mayor conocimiento de la población y, en particular de los pacientes, incluyendo sus redes familiares y frecuentemente, sus condiciones e historias de vida. También mencionan que, en general, brinda mayor tranquilidad para atender, sin interrupciones ni la presión de pacientes esperando, lo que fomenta el trabajo en equipo. El que solo acudan pacientes citados permite que TENS y enfermeras tengan una mayor interacción con estos, y un seguimiento cercano a los que no adhieren a la atención o a la terapéutica.

Una característica clave de la territorialización es la continuidad de la atención con el mismo prestador. Sin embargo, esta no se logra a cabalidad ya que, en general, las consultas de morbilidad no se realizan en las sedes sino en el Centro de

Salud donde los profesionales atienden indistintamente a todas las personas inscritas. Además, deben suplir las ausencias de sus colegas por vacaciones, enfermedad, o capacitación, por lo que un médico calcula que aproximadamente el 20% de sus controles son de personas ajenas a su territorio. Los prestadores asignados a las sedes aseguran que las actividades que realizan durante una consulta del PSCV son iguales a las desarrolladas en el CESFAM. Sin embargo, otros opinan que esa atención va en detrimento de la integralidad, ya que los equipos de cabecera no cuentan con nutricionistas ni psicólogos de forma permanente.

Además, existen normativas y problemas de equipamiento que restringen la entrega de medicamentos, la toma de muestras para exámenes de laboratorio y la aplicación de medicamentos inyectables, así como otros procedimientos de mayor complejidad como el manejo de pacientes diabéticos descompensados. Dado que los pacientes tienen que seguir acudiendo al Centro de Salud para recibir estas prestaciones varios prestadores cuestionan su eficiencia y pertinencia. Además, una enfermera critica la falta de intervenciones comunitarias que acerquen esta estrategia al modelo de salud familiar y comunitaria, diciendo que es solo un “*traslado del consultorio*”. Otras limitaciones mencionadas por los prestadores incluyen una infraestructura deficiente, con espacios de atención pequeños, o incluso inexistentes si hay más de un profesional atendiendo, y que no garantizan la privacidad; condiciones que dificultan la realización de un examen físico completo, específicamente el examen de los pies y; en algunos casos, problemas de seguridad. La observación de dos de las sedes por la investigadora permitió comprobar algunas de estas deficiencias, así como sus ventajas en cuanto a la cercanía con la población y un ambiente más tranquilo que en los CESFAM.

*La ventaja que tiene la unidad vecinal es el sentido de pertenencia que tiene la comunidad con este espacio, que se levantó por ellos mismos, se preservó y se recuperó por ellos mismos, entonces yo siento que ellos se sienten un poco más a gusto, o quizá más... cercanos a la hora de interactuar. Las atenciones de los usuarios diabéticos en general son transversales independiente del espacio físico, o sea, acá realizamos todo el proceso. **ENF Hevia***

*Hay territorios que ya están, hay uno establecido que tienen sus controles allá, que tienen sus morbilidades, atenciones con psicólogo y todo eso. Solamente con algunas cosas que no se pueden tener, inyectables o cosas así... [...] El paciente se siente mucho más... viene como más empático con su propia enfermedad y, aparte, es mucho más fácil llevar el seguimiento porque no se pierden, por así decirlo. [...] No como este ambiente de acá que es como un poco hostil, en el sentido de que hay tanta gente, que la gente viene como un poco... con otro semblante a pedir hora... **MED CV Petri***

*En los territorios estamos haciendo como lo mismo que hacemos acá con la diferencia que hay prestaciones que no podemos otorgar. [...] ...si tengo al insulino-requeriente ahí, claro yo le hago la prestación y todo, pero tengo que derivarlo acá a retirar su medicamento. Siento que tampoco tienen la oportunidad de... por ejemplo, no tienen ni asistente social, ni psicólogo, ni nutricionista, ni kinesiólogo todos los días, porque vas un par de horas nada más. Por lo tanto, ya desde allí, la atención ya no es, a mí juicio, tan integral, y el médico y la enfermera están un poco solos. **NUT1 Petri***

*En territorio uno hace como el mejor trabajo que puede, por ejemplo, yo tengo unas mesas y dos sillas, y sería... [¿Y camilla?] No. Intentamos colocar un biombo, en lo que podemos. La evaluación de pie... le pongo una silla y le pongo una sabanilla pa' que levante los pies. Entonces uno trabaja como en condiciones súper límite... Y eso también el usuario lo ve y no le gusta, porque como atenderse ahí y un poquito más allá, están los usuarios esperando que lo llamen de otro lado, [...]. El médico podrá tener su box, pero la enfermera y la nutricionista tienen que atender ahí en una esquinita, intentando armar un espacio. **ENF Qta***

Los pacientes ratifican lo dicho por los prestadores en cuanto a la cercanía geográfica y la facilidad para conseguir una hora de atención, menores tiempos de espera, más continuidad intra-prestador, mayor tranquilidad y amabilidad por parte del personal, y en general, una mayor y mejor interacción con la comunidad. También concuerdan que la consulta del PSCV es similar en ambos lugares; aun así, varios dicen preferir ir al CESFAM *por costumbre*, y algunos expresan una crítica, no del todo explícita, a la infraestructura de las sedes. Relatan que el lugar en que se atienden es asignado por el establecimiento de salud, contradiciendo lo que afirman los prestadores de que los pacientes pueden escogerlo.

Como todo es sectorizado, hay ciertos médicos para cierto sector, entonces, es como el plan cuadrante de carabineros. Se familiarizan con su sector. Entonces ya conocen a su gente, y el feeling que hay con las personas es diferente. [...] Depende la doctora que le toque, pero normalmente son los mismos doctores para el sector. Por ejemplo, la doctora [nombre], me empezó a atender cuando ella atendía el sector. Entonces ahí me atendía permanentemente por el tema de la presión, de la obesidad... **PH2 Rec**

Lo que sí, cuando nos derivan pa' allá pa' Benítez, son unos contenedores no más y... es más complicado. [...] Por ejemplo, en vez de venir a pedir la hora aquí, paso allá, pido la hora y estoy más cerca, cuando me quiera ver un médico. [¿Dónde prefiere atenderse?] Bueno, yo estoy acostumbrado acá más que nada. A pesar de la comodidad de allá, estoy cerca, pero siempre me he atendido acá... [...] Bueno, si ellos lo derivan allá, uno tiene que adaptarse no más. **PH2 Petri**

Mi hermana me decía: Viste, si te hubierai' cambiado pa' allá. ¡Pero a mí me cuesta igual, porque yo tengo que atravesar de aquí, casi a Recoleta, po'! [...] Y... pa' allá hay una parte que no es na' muy... es peligroso. Por eso siempre voy con mi nieto, no me gusta ir sola, porque han asaltao' a cualquier gente. [...] ¡Aquí es bueno! Es tranquilito. Las chiquillas atienden bien. Uno viene y le dan hora, si hay hora. Sino le dan pa' otro día, o venga tal día y ahí le vamos a tener... **PM1 Petri**

6.3.5.2 Modelos de Atención: MAIS y MCC

En lo expresado por los prestadores sobre la implementación del **MAIS**, que muchos asocian con la territorialización, destaca el mayor conocimiento y cercanía con la comunidad, y en especial con la familia del paciente diabético que les permite brindar una atención más personalizada. También fortalece las acciones de prevención en la familia y permite la incorporación de intervenciones colectivas, sociales y vinculadas al territorio. Un médico utiliza estos argumentos para comparar el modelo con la atención en el sistema privado, asegurando que, aunque cuentan con menores recursos, pueden lograr mejores resultados.

Aunque en general estiman que las acciones están *bien encaminadas*, varios prestadores reconocen que persisten importantes deficiencias en la operacionalización del modelo. Ellos aseguran que predomina el asistencialismo y la

visión biomédica, y critican la coexistencia de dos modelos de atención: uno basado en la enfermedad, cuyos resultados se miden por el porcentaje de pacientes compensados; y otro enfocado en las etapas del ciclo vital que lo acerca a la salud familiar. Los profesionales con formación en medicina familiar o del área social expresan una clara preferencia por el segundo modelo, pero describen dificultades para su implementación. Entre estas destaca la falta de tiempo por escasez de recurso humano, en particular aquellos con competencias en trabajo comunitario y en el fortalecimiento de sus organizaciones. Una enfermera opina que, para cambiar el modelo actual, es necesario revisar el rol del médico dentro del equipo de salud y un enfermero aduce que, el que las prestaciones de la APS sean definidas sin participación de los pacientes o la población representa un importante obstáculo.

*Para llevar a cabo lo más cercano al modelo de salud familiar... Igual, falta harto para llegar a eso, pero es la idea de, como este trabajo territorial. [...] ¿Cuándo me junto con la comunidad? ¿Cuándo hago intervenciones con ellos? [...] Todavía tenemos un enfoque muy biomédico, sigue siendo muy importante el control de morbilidad. Yo creo que cuando el médico deje de ser tan importante, esto va a tener sentido; cuando la prevención y promoción de salud sean realmente [énfasis] la piedra angular de la atención primaria, que se supone desde la teoría es, y que sea en la acción eso, las cosas van a cambiar. **ENF Rec***

*El trabajo es generalmente individual, o sea, yo no creo que hayamos hecho el salto desde lo biomédico a lo biopsicosocial, familiar, comunitario, integral. [...] Eso es lo difícil porque... si queremos implementar el modelo de salud familiar, no podemos eliminar todo el modelo anterior, son dos caminos que van a la par. [...] Está bien que uno, por el tema de alguna patología específica, tenga que cumplir con ciertas cosas que al parecer están demostradas, y que si uno las puede seguir, puede ir evaluando al paciente en base a resultados... [...] Pero eso se aleja de esa idea de que a lo mejor nosotros podamos ser un poco más... [silencio] efectivos en cuanto a nuestros planes de intervenciones. **MED Hevia***

[El doctor] me dice: ¡si tú eres la que hace más MAIS aquí! Porque como yo vivo aquí en la comuna, y de repente se ríe porque nosotros, si no teníamos móvil, salimos en el auto de él. Y le digo espérese, pare un poquito. Y bajo el vidrio y le digo: oiga, le digo, ¿y a usted que le ha pasado que no ha ido control? Y de repente le digo yo: oiga ayer

*fui a comprar pan y me encontré con esta persona y le dije que usted a tal hora lo podía atender. **TENS Hevia***

*Entonces la ve porque ella (esposa) tiene salud mental, entonces ella ahí conversa lo mismo que le converso yo, con él. Entonces nosotros tenemos una buena comunicación con el doctor, la enfermera igual, la psicóloga igual, el enfermero, la nutricionista, la psicóloga, todos son los mismos. Entonces saben todo lo que nosotros... **PH2 Hevia***

En cuanto al **MCC** cabe destacar que un entrevistado señala que gracias al acercamiento con la comunidad que produjo la atención en la sede, su territorio fue escogido para la implementación de uno de sus elementos clave: la elaboración de planes terapéuticos consensuados que enfoquen el trabajo del equipo de salud en las necesidades de paciente y le otorguen un rol central en su tratamiento; reconociendo que esto actualmente no se está dando. Varios prestadores se refieren, frecuentemente de manera indirecta, a otros de sus elementos: fomento del autocuidado; apoyo a las decisiones mediante el uso de una guía clínica y capacitación, y rediseño de la provisión de servicios y sistemas de información que permitan un seguimiento de los pacientes. Dado que los primeros ya fueron descritos, aquí se abordan aspectos referidos a los últimos dos elementos: el denominado *Policlínico Cardiovascular* (PoliCV) y los mecanismos para identificar a pacientes que no asisten a sus controles con el fin de reincorporarlos al programa.

Los PoliCV son consultas de 15 minutos para el seguimiento, manejo y ajuste del tratamiento en pacientes con diabetes descompensada o que inician insulino terapia. En general, las realiza un médico, quién se enfoca en ajustar la dosis de los medicamentos; en algunos CESFAM se han implementado también PoliCV con nutricionistas y enfermeros para reforzar conocimientos y habilidades en la aplicación de insulina y aclarar dudas sobre la alimentación. Los prestadores enfatizan que las orientaciones técnicas del PSCV contemplan esta modalidad de atención, y resaltan sus ventajas, especialmente la posibilidad de atender al paciente de manera programada, oportuna, y más frecuente. Le atribuyen mayor eficacia en cuanto al autocuidado y una mayor proporción de pacientes

compensados. Valoran que favorezca la continuidad intraprestador y que las consultas de morbilidad ya no sean utilizadas para estas atenciones. Varios médicos mencionan que ellos primero compensan al paciente, y solo después lo ingresan al flujograma de controles que incluye a los otros profesionales, lo que indica un predominio del tratamiento farmacológico. Un paciente confirma el tipo de actividades realizadas en estas consultas y relata su dificultad para acceder a las mismas debido a que se hacen solo un día a la semana.

En relación al seguimiento, mencionan una iniciativa reciente, ligada al PoliCV, en que identifican a todos los pacientes con HbA1c mayor a 7% e intentan contactarlos para que continúen en control; lo que llaman *rescate*. Sin embargo, muchos de los números de teléfonos registrados no corresponden, por lo que el seguimiento se hace cuando el paciente llega al centro de salud o mediante visitas domiciliarias. Es frecuente que el control se haga cuando caduca la receta extendida por un año para los medicamentos de su enfermedad crónica, y lo requieren para renovarla. Algunos prestadores mencionan otras estrategias como consejerías familiares realizadas por ellas junto con asistentes sociales, o incluso dar su número de teléfono personal para que los pacientes puedan consultar sobre la insulino terapia. Afirman que gran parte de las inasistencias de los pacientes se debe a problemas familiares y laborales y se concentran en un grupo, cuyas características no son fáciles de determinar, que tiende a faltar a todas las citas y a estar descompensados de su enfermedad. Existen diferentes opiniones sobre quién es responsable del seguimiento; un médico afirma que todo el equipo está en la obligación de gestionar que un paciente inasistente se reincorpore al control; mientras que otros profesionales indican que esto es responsabilidad de quienes están a cargo de las estadísticas, es decir administrativos, TENS y encargado del PSCV. Ellos tienen que revisar manualmente cada uno de los registros de los pacientes, lo que requiere de mucho tiempo; lo que, junto con otros obstáculos, lleva a que el seguimiento no se lo realice de manera continua.

Los usuarios llegaban a solicitar horas de morbilidad para ajuste de dosis, seguimiento, revisión de exámenes. Entonces tratamos de optimizar los flujos, potenciando la figura

del poli cardiovascular, cosa que no tuviese que pedir una hora, sino que directamente en su control yo puedo dejar agendada hora de poli. [...] Si está en fase de compensación, tengo entre siete y catorce días, es lo que me dice la orientación técnica. Es menos que eso, tratamos que no pase mucho tiempo: si es un ajuste de dosis, en tres días más ver las tres glicemias de la mañana. [...] ...también quedamos con esta figura de poli con enfermero. Son para seguimiento de cómo estuvo la adherencia al tratamiento, dudas, consultas, educación para la insulinización. **ENF Hevia**

El doctor ve a los pacientes del policontrol el puro día lunes. De ahí me pasa a la enfermera, me ven la pinchá de deo' de día, noche, tarde, antes de almuerzo... [...] Es para supuestamente aumentarme la dosis... o mantener o bajar. **PH2 Petri**

Cada sector tiene su TENS que va viendo el paciente que tenía que tener control ¿vino o no vino? Y ya lleva un año, se ve lo de la receta y yo verifico si efectivamente no tiene controles hace un año y se realiza el rescate para que reingresen a control y todo eso. Aunque la mayoría viene porque se les caduca la receta. Entonces ahí es cuando: tiene que pedir exámenes, control y se les da la receta por noventa días. Ahí vienen porque saben que noventa días es la receta y después de nuevo se les corta... **MED CV Petri**

Todavía tenemos esas cartolas antiguas, que están divididas por asistentes y no asistentes. La idea es que cada equipo pueda ir viendo los inasistentes, y pueda ir haciéndole el rescate a sus inasistentes. [¿Cada cuánto se hace?] ¡Todos los meses deberían hacerse! A veces el rango de inasistentes es mucho, entonces se priorizan los que han faltado hace mucho tiempo, y se les va a la casa, se le deja la citación, o se les llama para que puedan volver a asistir. [¿Y vuelven?] Si, cuando logramos contactarlos... A veces no se logra contactar, uno va y no contestan, quizás se cambió de casa, el teléfono no funciona, y ahí uno empieza como... **ENF Qta**

6.3.6 Gestión de recursos

Esta sección aborda la gestión de los recursos que los entrevistados mencionan como condicionantes de la calidad de atención: infraestructura y equipamiento, personal de salud y su funcionamiento como equipo, y el sistema de información.

6.3.6.1 Infraestructura, equipamiento e insumos

En cuanto a la infraestructura de los CESFAM la principal queja de los

prestadores se refiere a la falta de suficientes cubículos (box) para todo el personal, lo que los obliga a emplear diversas estrategias, tales como atender más tiempo en las sedes, cambiar su horario al de extensión o compartir el espacio. Varios entrevistados afirman que ellos mismos se encargan de buscar un box para atender, aun cuando esta problemática es conocida por los directivos del consultorio y fue comprobada en la observación realizada por la investigadora. La falta de espacio es atribuida al aumento del personal clínico y administrativo en los últimos años. Los pacientes asocian el aumento de personal con mayor número de prestaciones y en algunos casos, con la ampliación o construcción de un nuevo consultorio. Sus quejas se refieren a salas de espera muy congestionadas y poco cómodas, especialmente en lo referido a los asientos y la calefacción. Una paciente valora especialmente la limpieza del consultorio.

La opinión general acerca del equipamiento y los suministros es que son suficientes para brindar las prestaciones de APS; sin embargo, existen problemas de mantenimiento o incluso, robo de equipos que complican y retrasan la atención. Aunque algunos prestadores mencionan dificultades en la disponibilidad de glucómetros, todos los CESFAM cuentan con equipos para la medición de la glicemia capilar en el establecimiento y con algunos que son entregados en comodato a pacientes insulino-requirientes o descompensados para fomentar su automanejo. En relación con esto, se mencionan problemas con el suministro o la dispensación de los insumos necesarios, por ruptura de stock o restricciones en la entrega de cintas reactivas, de las cuales solo pueden dar un número muy limitado a cada paciente. Además, muchos pacientes no entienden el comodato, ni por qué solo algunos tienen acceso a ese beneficio. Una enfermera valora muy positivamente el aumento en la canasta de apósitos para el manejo avanzado del pie diabético que acortan los tiempos de curación.

Lo que pasa es que, en particular en este CESFAM, hay problemas de box, Entonces mi horario empezó a tener muchos problemas, porque al momento en que yo llegaba, por ejemplo, los martes a las 12, yo no tenía box. Y ya llevé meses y meses así hasta que ya fue la gota que rebalsó el vaso, que yo tenía a dos pacientes más un sobrecupo

*esperando y eran la una de la tarde y todos iban a almorzar, y estaban los 3 pacientes acá y yo dándome vueltas por el consultorio buscando box. **NUT Qta***

*A veces el electrocardiógrafo está malo... [...] ...se consigue de los otros CESFAM y ahí van moviendo el equipo para todos lados. Otras veces están todos malos y mandan al SAPU y así, empiezan a buscar en la Red de la comuna, quién pueda tomar y si no, no se hacen hasta que el electrocardiógrafo... está bueno. **NUT1 Petri***

*Pero ¿cómo vamos a controlar los hemoglucotest si no tenemos cintas? ¡O sea, era como ridículo! [...] Yo no podía hacer seguimiento ni nada. Yo le decía a la abuelita: ¿Usted tiene máquina? Ya, tráigala y le hacemos el seguimiento. [...] Porque fue un tiempo que no llegaban o llegaban, por ejemplo, dos tubitos con cintas y se dejaban acá porque todos los días había pacientes acá, entonces para territorio no va. **TEN Rec***

*Y [en el hospital] son casi los mismos controles que acá, pero es mejor allá porque me dieron una máquina para tomarme la glicemia. [...] Bueno, supuestamente es prestado. [...] pero tendría que morirme [risa] para que vayan a dejarlo allá, una cosa así. [...] [Las cintas] Me las dan allá también. Sí, me controlan, cuando tengo que ir a retirar, me pescan la maquinita, y la maquinita dice cuanto he gastado. **PH1 Qta***

6.3.6.2 Personal de salud

Los temas relacionados a la gestión del personal de salud que fueron abordados por los entrevistados son: la deficiencia de horas contratadas, la multiplicidad, y en algunos casos, la inadecuada distribución de las funciones que deben desempeñar, el trabajo en equipo, la alta rotación de algunos profesionales y los mecanismos de capacitación. El primero es el más mencionado por los prestadores y está presente, con matices, en los cuatro CESFAM. Varios entrevistados comentan que en los últimos años se ha incrementado el número de médicos y enfermeros que conforman los equipos de cabecera de los territorios, pero persiste un importante déficit de horas contratadas en otras profesiones, especialmente nutricionistas y psicólogos. Esto es atribuido al incremento de la población y de las prestaciones ofrecidas, que se conjuga con la falta de presupuesto para contratar más personal y la liberación de horas para desempeñar cargos administrativos o asistir a actividades de capacitación. Sus consecuencias son

descritas en términos de no poder cumplir con las expectativas ni con las recomendaciones del MINSAL, largos períodos de espera para pacientes que requieren de consulta con salud mental, y postergación de la atención en las sedes y del trabajo con la comunidad. Un médico comenta que le produce la sensación de tener que resolverlo todo de inmediato, lo que otro profesional refuerza con la metáfora de *fábrica de salchichas* para describir la atención médica. Las estrategias implementadas para solventar este déficit son las atenciones grupales, la disminución en la frecuencia de consulta en pacientes compensados, y la priorización de atención a ciertos grupos. La presencia de estudiantes y de residentes es altamente valorada; además existen monitoras de salud comunitarias que visitan a los adultos mayores, les llevan sus medicamentos y los acompañan al consultorio.

Algunos prestadores afirman que la **distribución de funciones** está asociada al tema anterior, ya que al ser pocos deben asumir múltiples funciones. Incluso, en ocasiones, las enfermeras y nutricionistas sustituyen al médico en la primera consulta del PSCV. Los pacientes conocen esta situación, lo que los lleva a justificar el apresuramiento de los prestadores o los largos tiempos de espera para ser atendidos. Un médico sostiene que el uso más eficiente del recurso profesional requiere de administrativos y paramédicos con funciones bien delimitadas que se encarguen de recordar a los pacientes sus horas de consulta.

*Nosotros debíamos ser como mínimo, seis o siete... somos tres. [...] En general, todos los profesionales que somos transversales al ciclo vital, salvo médico y enfermera, somos muy pocos. Y el municipio no tiene recursos para contratar más gente. Entonces hacemos lo que más podemos, eso es verdad. **NUT Rec***

*Las horas de psicólogo están destinadas, básicamente a la canasta GES: depresión y eso. [...] No viene como en la canasta de prestaciones [GES para diabéticos], como viene la atención de médico o el pie diabético, el fondo de ojos, la consulta nutricional. [...] A mí como nutricionista me interesa mucho que a veces las personas llenan espacios vacíos a través de la comida. **NUT1 Petri***

La distribución de las funciones ha generado algunos problemas acá en el Centro y a nivel comunal porque al final las funciones no estaban bien delimitadas. [...] Por ejemplo, la TENS hace las citaciones telefónicas, hace la actualización de datos, que

debiera hacerlo un administrativo. Pero en la medida que esos roles se puedan ir delimitando de mejor manera también permite que se haga un mejor uso de los recursos que tenemos. MED Hevia

Cada territorio tiene un **equipo de cabecera**, compuesto por médico, enfermero y técnico. Sin embargo, la mayoría de los prestadores describe composiciones más extensas de este equipo, que denominan *equipo ampliado* en el que participan también otros profesionales como nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, trabajador social, odontólogo, y matrona. A diferencia de los anteriores, debido al déficit de horas contratadas de estos profesionales, ellos atienden en varios territorios y van a cada sede solo algunas horas a la semana aun cuando su contribución a la atención integral es altamente valorada. En algunos equipos se incorporan también otros funcionarios e internos o residentes de diferentes carreras de la salud.

La expresión del trabajo en equipo que es mencionada por prestadores y pacientes es la consulta entre profesionales sobre el manejo de un caso. Casi siempre se trata de una pregunta rápida sobre algún aspecto específico del manejo clínico, o una solicitud de atención urgente o preferencial, mediante *sobrecupo*, de un paciente descompensado. Los entrevistados afirman que este mecanismo informal, que también puede darse como una narración o conversación sobre un determinado caso y está basado en las buenas relaciones interpersonales, les permite resolver gran parte de los problemas e incertidumbres que se les presentan en las consultas. Un entrevistado menciona la existencia de un sistema de alerta en RAYEN®, que permite alertar a otros profesionales sobre alguna particularidad del paciente que debería ser considerada por todos los involucrados en su atención que parece ser poco utilizado. Las diferencias de criterio sobre el plan terapéutico de algunos pacientes representan una dificultad que no siempre es subsanada por las guías y la estandarización de los abordajes clínicos; varios prestadores expresan escepticismo frente a la realización de consultas en las que participen dos o más profesionales.

Otras instancias en que se desarrolla el trabajo en equipo son las discusiones

de caso y los talleres grupales de educación en el autocuidado o automanejo en las que participan varios profesionales. Aunque en las primeras se abordan primordialmente los denominados casos sociales, un médico de familia afirma que también se analizan los estudios de familia de pacientes crónicos descompensados. Otro profesional menciona que esas presentaciones de caso permiten visibilizar la cantidad y diversidad de situaciones en las que un mismo paciente es atendido en el Centro de Salud, y que raramente son analizadas en conjunto. Los aportes de las distintas profesiones y sus conocimientos específicos también son valorados en el desarrollo de los talleres grupales. Varios entrevistados identifican la sede como lugar privilegiado para el desarrollo del trabajo en equipo, tanto porque el reducido número de prestadores permite mayor cercanía y flexibilidad, como por la existencia de más espacios de socialización y conversación entre ellos.

*[La enfermera] estaba con la duda de mi herida, por qué no se deshincha, que por qué rojo hoy día y... [...] De repente sale, me dijo: [nombre], espéreme un poquito, voy a buscar a la doctora. La doctora me veía las heridas. **PH1 Rec***

*...que venga muy descompensado y, generalmente, es como de buena voluntad, que uno le dicen: ¿Me podés ver este paciente que viene con tal problema? y uno lo ve. [...] Aquí tenemos súper buenas relaciones. O sea, ella es la doctora de mi territorio, ingreso que tiene yo se lo veo inmediatamente. Le hago su huequito... **NUT Rec***

*Hay reuniones de territorio y sector, donde se alinean criterios y se habla de algunos casos, pero no relacionados con diabéticos... A no ser que algún miembro de la familia tenga diabetes, no es como, específicamente de eso. [...] Por ejemplo, me pasó hoy día, un paciente diabético que no adhería y último control cardio en el 2017, ahora le amputaron un dedo. Súper joven, no adhiere a nada. Entonces ahí como que uno dice: Oye mira, sabes, tengo un paciente tanto, tanto... No sé, la enfermera: Te lo agendé para que lo vayai' a ver a la casa, porque este paciente no va a venir... **NUT Qta***

*...como somos tan pocos, y imagínate, 44 horas todos los días, como somos cuatro personas, tenemos una cercanía inevitablemente. Entonces, tenemos la confianza de reacomodar o flexibilizar un poco en lo que pudiese ser agenda. Siento que eso le da una gran ventaja en cuanto a lo que es la atención misma en el CESFAM, [donde] hay que consultar con mucha gente antes de hacer algún cambio. **ENF Petri***

La delimitación de funciones dentro del equipo de salud en general obedece a las competencias esperadas de cada tipo de profesional, aunque varios entrevistados mencionan que en APS todo el personal tiene que saber, al menos un poco, de todo, para poder brindar una atención integral y decidir cuándo derivar al paciente. En algunos casos esto lleva a una duplicación de funciones y responsabilidades, pero también permite responder a las necesidades y demandas del paciente, en cuanto a, por ejemplo, la revisión de los pies y el reforzamiento del autocuidado. Para la asignación de ciertas actividades, como visitas domiciliarias, a un profesional, se toma en cuenta el cumplimiento de las actividades preventivas establecidas en las normas, tales como la realización del EMPAM por el enfermero o la entrega del PACAM por la nutricionista. También se considera la disponibilidad del recurso humano: por ejemplo, la evaluación antropométrica y toma de signos vitales es realizada por el médico en territorio y por la TENS en los CESFAM.

Varios prestadores mencionaron, de manera indirecta, que la **jerarquía dentro del personal de salud** lleva a una acumulación de funciones y responsabilidades en los médicos, y a una limitación de las acciones que pueden realizar los otros prestadores. Esto disminuye la disponibilidad de horas médicas, enlentece ciertos procesos, e incrementa la sobrecarga laboral de estos profesionales. Además, refuerza la centralidad del rol médico en la percepción de los pacientes, a lo que algunos profesionales responden intentando educarlos en la importancia de las consultas con los otros profesionales. La predominancia del médico complica y enlentece los flujos de atención de algunos pacientes, lo que en el caso de la salud mental puede llevar a una disminución de la eficacia del tratamiento. Una nutricionista afirma que una oportuna intervención de su parte podría evitar que algunos pacientes reciban tratamiento farmacológico al momento de su diagnóstico, mismo que después resulta difícil de retirar y genera costos evitables al sistema de salud. Un médico menciona que el nuevo modelo de atención trae consigo la redefinición de funciones, con inclusión de las referidas a la promoción de la salud y el trabajo con visión territorial.

Algunos entrevistados identifican el bono de productividad como barrera para el trabajo en equipo ya que cada profesional se aboca a cumplir las tareas asignadas a fin de alcanzar las metas, sin cuestionar su utilidad para el equipo de salud y menos, para la población. Por otra parte, la modificación de ciertos flujos preestablecidos puede llevar a que algunos profesionales sientan que sus competencias son subvaloradas o incluso, su campo laboral es amenazado como, según el relato de un médico, sucedió con las enfermeras frente a la decisión de eliminar sus controles a pacientes menores de 65 años.

*Todos tenemos que hablar lo mismo, somos un equipo y en atención primaria todos tenemos que saber de todo. A pesar de que hay alguno profesionales que no... ¿Y qué les digo? O sea, son cosas básicas de alimentación, coma más verduras, tan simple como eso. **NUT Qta***

*...llego a hablar con la enfermera y le digo: ¿Mira, me podís revisar la ficha, ¿qué le puso el doctor para ver...? Y digo: ¿No le revisó los exámenes? No, no le revisó. Aggg [con rabia /molestia], entonces me doy cuenta de que realmente no funcionó la cosa de que queríamos hacer. [¿Pero por qué un médico no le revisa los exámenes?] Es que ahí yo no me puedo meter en lo que el médico hace o no hace... **TENS Rec***

*Yo, por ejemplo, si veo a un paciente diabético o no diabético que tenga una úlcera de algo... O sea, a mí me formaron muchos años para hacer curaciones de esas heridas, tengo el criterio suficiente para saber si necesita curación avanzada o si no la necesita. Tampoco lo puedo atender yo, tengo que derivarlo a médico, y el médico tiene que dar el pase para que le hagan las curaciones. **ENF Petri***

*... empezaron los bonos y empezaron las discusiones, las malas relaciones interpersonales. [...] Por ejemplo, tuvimos que presentar el Plan de Participación y Promoción en la reunión ampliada. Entonces empecé a conversar... ¿Oye, y ustedes por qué creen que es importante el Plan de Participación? No sé señora [nombre]. ¿Qué tenemos que ver nosotros con el Plan de Participación? Entonces la explicación mía fue: el Plan de Participación tiene un porcentaje que al no ser cumplido no le van a dar el bono, por un lado, ya ahí todo el argumento de participación, la comunidad. **AS Hevia***

La mayor **rotación** se da entre los médicos, quiénes, a decir de un médico entrevistado, trabajan en la atención primaria mientras esperan su ingreso a una

especialización o revalidan su título. Los pacientes expresan descontento, pero naturalizan este alto recambio, que atribuyen a los bajos salarios de los médicos en el sistema público. Una enfermera afirma que ellas, en cambio, tienden a permanecer en la APS, lo que atribuye a la motivación y las dificultades para entrar a ese sistema. Una TENS comenta que la población de su territorio tardó casi dos años en acostumbrarse al cambio, debido a una decisión gerencial, de un administrativo.

*Yo tengo la impresión de que sí, los médicos son los que rotan. Por el déficit de médicos para la atención primaria, genera que muchos médicos vienen momentáneamente, por ejemplo, acá han rotado muchos médicos que estaban en proceso de revalidación, porque vienen del extranjero. [...] Yo les digo [a los pacientes]: en algún momento la va a atender la doctora. Ah, me dicen: ¿pero por qué? ¿Usted se va a ir? Porque siempre se van, se están yendo seguido. **MED Hevia***

*En atención primaria siempre hay mucho recambio. Enfermera es lo que más dura, porque en general el profesional de enfermería que se mete en un CESFAM es porque quiere estar ahí. Porque es difícil entrar en un CESFAM pa' nosotras. ¡Casi que hay que matar a alguien pa' entrar! ¡No ves que se apenan, pues! **ENF Rec***

*Me atendía un cubano, después llegó una colombiana, una peruana, me atendían varios. Hartos médicos, unos chilenos.... pero bueno, eso es parte de la salud, porque a lo mejor a ellos no les conviene trabajar en una parte donde no les paguen como ellos quieren, po'. Porque a todos nos pasaría lo mismo: ¡estar trabajando en una empresa que gane menos que en otra, si tengo la posibilidad de irme donde gane más po'! **PH2 Hevia***

La **capacitación** del personal de salud se da por varios mecanismos; los entrevistados destacan los cursos, las pasantías en otros servicios y las consultas con especialistas, bien sea presenciales o por telemedicina. Para las dos primeras existe un comité conformado por funcionarios de salud que se encarga de revisar y difundir la oferta, y seleccionar a quienes asisten. La participación es voluntaria, pero algunos prestadores relatan que ocasionalmente les imponen o presionan a tomar algún curso, incluso fuera de su área de interés o trabajo, por necesidades del CESFAM, o porque *alguien tiene que ir*. Aunque la capacitación es valorada por los prestadores, dos de ellos mencionan posibles efectos negativos: ser trasladado a un lugar de trabajo donde no se desea estar y, en el caso de los especialistas en salud

familiar, que no se disponga de recursos para contratarlo ya que le tendrían que pagar el doble que a un médico general. Aunque el objetivo primordial de las consultorías con especialistas es mejorar el manejo clínico de los pacientes descompensados, estas son reconocidas también como espacios para actualizar conocimientos; para lo cual pueden además consultar el aula virtual del Ministerio de Salud. Varios entrevistados mencionan que la capacitación en el uso del sistema de información RAYEN® se hace informalmente, como un favor entre colegas o con base en el *ensayo y error*. Actualmente se están desarrollando procesos de auditoría de los registros, con retroalimentación individual y sugerencias para corregir los errores cometidos, lo que se espera contribuya a mejorar la información y permita disminuir el tiempo que los profesionales dedican al registro.

*Yo cuando entré, entré como técnico nomás. Como auxiliar, después como técnico, como TENS. Y he postulado a las pasantías, y he ido a dos pasantías por salud familiar. [...] Como yo también trabajo en SAPU, la enfermera el año pasado me mandó a hacer el curso de esterilización. [...] Y yo fui, pero por el SAPU, pero como no había ido nadie del CESFAM, me querían meter en esterilización. ...y ahí la enfermera nueva aperró conmigo: No, si la sacan vamos a tener problemas en el territorio. **TENS Hevia***

*Una consultoría en la municipalidad donde fueron nutricionistas, enfermeras, médicos de los CESFAM y ahí se llevaban casos, porque iba a estar una diabetóloga del hospital que iba a ver cómo podíamos intervenir en esos pacientes. [...] ...también tenemos acceso a videos conferencias por parte del hospital y están los especialistas, donde uno puede presentar casos y nos dan, en el momento, actualizaciones o dudas por resolver o presentar un caso de difícil manejo para ver cómo resolverlo. **MED CV Petri***

*...yo no tuve así como una capacitación de Saydex®, sino que fue lo que me dijo mi compañera que me orientó. Entonces después cuando llegó otra, yo la orienté. Entonces como de la misma experiencia uno va sacando, la otra vez, así como buscando, buscando: ¡Oohhh, mira se puede ver de esta forma! Pero es porque uno tiene que empezar como a pinchar, porque no hay un manual que me diga: esto se registra así, y mira tiene todas estas opciones. [...] Yo creo que, si supiéramos todos usarlo bien, como corresponde, yo creo que es una herramienta súper buena. **ENF Qta***

6.3.6.3 Sistema de información

Los establecimientos de salud de la comuna de Recoleta disponen del sistema de información RAYEN© que provee de registros clínicos digitalizados, llamados *ficha electrónica* por los entrevistados. En general, los comentarios positivos se dan en comparación con los sistemas no informatizados anteriores; para los proveedores, la principal ventaja es el acceso oportuno a información sobre todo el historial clínico, incluidas las indicaciones y actividades realizadas por los diferentes profesionales involucrados en el manejo del paciente. Ellos pueden acceder a las fichas mediante claves personalizadas desde todos los lugares dónde brindan atención, lo que, a decir de un médico, permite hacer recuentos históricos de ciertas variables, tales como las medidas antropométricas y los *niveles de compensación* del paciente. Otros profesionales destacan su valor didáctico, tanto por la información sobre el manejo clínico, como por la guía que proporciona para la realización de la consulta. Sin embargo, esta característica es criticada por algunos entrevistados quienes afirman que la estandarización de las actividades deteriora la calidad de la atención. La principal crítica al sistema se refiere a la gran cantidad de información, que se debe registrar, lo que resulta muy demandante y obstaculiza la interacción entre el prestador y el paciente; un médico calcula que dedica más de la mitad del tiempo de la consulta a esta actividad. La encargada del PSCV de un CESFAM menciona que los registros de los médicos son muy deficitarios, lo que ella atribuye a la falta de tiempo y la cantidad de formularios que deben llenar. Cada control del PSCV implica el llenado de al menos cuatro formularios: adherencia al tratamiento, prevención de úlcera del pie, enfermedad renal crónica, y la propia atención cardiovascular que incluye una anamnesis de los principales factores de riesgo, resultados de exámenes previos y nuevas solicitudes. Esto lleva a que se privilegie el dato biomédico por sobre la información acerca de la situación familiar y social del paciente, aun cuando RAYEN permite integrar fichas familiares al registro. Además, una entrevistada afirma que el sistema no permite un adecuado registro y seguimiento de las actividades grupales y comunitarias.

Esta problemática se agrava debido a la existencia de varios registros adicionales a la ficha electrónica, en los que se anota parte de la información que es llenada en RAYEN. Aún se maneja una cartola por paciente, en la que se registra manualmente información que, de acuerdo con los entrevistados, facilita la visualización del estado de salud y el seguimiento del paciente. Esta duplicación de registros, a los que a veces se suman otros como el Qualidiab o una base Excel, y en el caso de las visitas domiciliarias un registro que permanece en la casa del paciente, implica un trabajo adicional que resta tiempo a los prestadores. En la mayoría de los CESFAM se intenta eliminar esos registros; sin embargo, según varios entrevistados, la calidad del dato recogido en RAYEN y la resistencia al cambio, no permiten dar ese paso. Para una TENS la eliminación de su forma de registro implica la pérdida de acceso a la información sobre sus pacientes, y la imposibilidad de actualizar directamente los datos de contacto.

Los entrevistados también mencionan aspectos técnicos que enlentecen el registro de la información, restado tiempo a otros aspectos de la atención y produciendo subregistros como los identificados en el componente cuantitativo de este estudio. Entre estos, el que ciertos datos que no se modifican con el tiempo deben ser registrados en cada control y que los resultados de los exámenes de laboratorio tienen que ser transcritos manualmente a la ficha clínica; así como en general la lentitud del internet. Otros problemas puntuales se refieren a la validez del test de adherencia al tratamiento farmacológico y de la encuesta alimentaria, así como la actualización de la fórmula para el cálculo de la función renal y el manejo del parámetro triglicéridos para la identificación del nivel de riesgo cardiovascular. Un enfermero menciona la falta de espacios para el registro de información cualitativa, como la referida a las percepciones de los pacientes sobre los distintos componentes de la atención. Como consecuencia de todo lo anterior, y del tiempo disponible para la consulta, muchos prestadores reportan un llenado extemporáneo de la información en los diferentes formularios, incluidos los del sistema RAYEN. Esta situación lleva a que trabajen horas extras no remuneradas a fin de completar las fichas, y a la posibilidad de introducir sesgos de recuerdo.

*Lo ideal sería que el control no se centrara en llenar formularios. O sea, yo entiendo la existencia de los formularios, pero... siento que cuando un profesional hace más de lo que debería hacer, o realmente le gusta y le interesa, el tema de llenar formulario y de cumplir todo esto que nos exigen, tira pa' atrás. Pero también entiendo que exista porque hace que [los] profesionales hagan el mínimo, hagan lo básico que hay que hacer pa' que la persona se vaya decentemente cuidada. **ENF Rec***

*De los 30 [minutos], yo creo que uno se puede demorar 20 minutos en todo lo que escribes, llenas formularios.... [¿Se podría reducir ese tiempo?] Yo creo que sí, por ejemplo, si estuvieran los exámenes en línea y yo pudiera acceder a los exámenes que ya estuvieran dentro de los formularios, los resultados de los exámenes... Porque están los formularios, a veces los colocan en línea, quedan registrados ahí, pero uno tiene que traspasar uno por uno, a lo que está solicitando el formulario. La glicemia, los colesterolos, no sé qué... **MED Hevia***

*Como encargado del programa cardiovascular, la directora me ha encomendado: ¡Tu objetivo es quitar las cartolas! [...] [¿Hay algo que esté en la cartola y no esté en RAYÉN?] No, es todo lo contrario. Muchas cosas que están en RAYÉN y no están en la cartola, pero no al revés. Ahora, claro, la diferencia que tiene y lo bueno que tiene la cartola es que es una información más directa, más visible que en RAYÉN. RAYÉN es un programa que uno le puede introducir mucha información, de manera muy dinámica, pero con una interfaz bastante poco afable para con el profesional o quién accede a esa información. [...] Anoto la anamnesis lo que más puedo, pero yo le dejo abierto; el paciente se va y me tomo cinco minutos y termino rápido de registrar. A veces, que son tantas cosas que lo dejo para el final de la jornada, incluso para el final de la semana. **MED Rec***

*Ahí hay otro problema de burocracia, entre llenar planillas y planillas, para hacer los REM de fin de mes.... [¿No salen automáticamente?] Se podría. Pero... no han querido hacerlo porque dicen que el registro aún no es tan completo como para confiarse netamente de la estadística... **ENF Petri***

Como se mencionó en el punto 6.3.5.2 el seguimiento es un elemento clave de la atención de pacientes con enfermedades crónicas, que debe ser facilitado por el sistema de información. Al ser preguntados, los prestadores afirman que en RAYEN el seguimiento solo se puede hacer abriendo la ficha clínica individual de cada paciente, siendo esta la principal razón por la que se siguen utilizando las

cartolas y tarjeteros; y otros sistemas implementados por cada profesional. En cuanto al flujo de información en pacientes derivados a la atención hospitalaria, la principal falencia es la inexistencia de un registro clínico único. Las contra-referencias son enviadas con el paciente; los prestadores destacan que en los últimos años ha habido una importante mejoría en este procedimiento.

*¿Puede ver si el paciente no asistió a la cita?] No, yo ahí, me tendría que ir al día al cual estaba citado, y ver si es que lo completé como presentado o no presentado... [Hay alguna forma que el sistema alerte?] No. Ahí tengo que estar recordando; yo uso una ayuda de memoria que es una pizarra donde anoto los casos más importantes.... [...] El tarjetero para mí es un poquito más engorroso porque, dentro de las atenciones lo ocupan mucho para todos médicos, enfermeros, hasta la misma podóloga de repente lo pide. [...] Entonces prefiero yo llevar mi propio registro de una forma más autónoma; pero, de todas formas, cada vez que yo la atiendo, en ese tarjetón registro. **NUT Hevia***

*Pero los de diabetes viene el paciente con su papelito. Y las otras especialidades también, la mayoría viene con su papelito de contra referencia, donde dice que le hicieron, y le vieron los exámenes, y si necesita volver al especialista o no. Entonces, es como que imprimen la atención que hicieron y en las indicaciones dice ya: control con especialista en seis meses, o solo control en APS. [¿Hay algo del sistema de información que tenga problemas?] O sea, el hecho que no tengamos una ficha única integrada entre nivel secundario y primario es la piedra de tope máxima... **MED FAM Petri***

6.3.7 Organización de la atención

En esta sección se presentan cuatro aspectos de la organización de la atención que los entrevistados identifican como condicionantes de la calidad de la atención: horario y tiempo de la atención, sistema de agendamiento de citas y funcionamiento de la Red de Servicios de Salud.

6.3.7.1 Acceso a la atención

Los prestadores reconocen que el **horario de los establecimientos de salud** representa un obstáculo para el acceso a atención por parte de los pacientes que trabajan. Una TENS lo expresa diciendo que tienen *el mismo horario que todo Chile*.

Si bien todos los CESFAM tienen extensión horaria, esa no resulta suficiente. Además, las prestaciones ofrecidas durante esas horas no incluyen controles del PSCV, salvo algunos casos de cambios de horarios por iniciativa personal. Se recogieron relatos de intentos de mejorar esta situación que tuvieron buena acogida por los pacientes, pero no fueron continuadas por problemas administrativos. Varios prestadores opinan que la flexibilización de sus horarios de trabajo sería beneficiosa para ellos y para los pacientes; estos últimos solo expresan críticas al horario cuando experimentan cambios abruptos y no explicados en el mismo.

Los horarios de trabajo del personal de salud también afectan la realización de talleres u otras actividades en y con la comunidad; los prestadores dicen que una de las causas de la poca participación es el horario en que se realizan. Una enfermera menciona otro tipo de problemas organizativos y de planificación de estas actividades que socavan la motivación de la población a asistir. Un problema específico detectado por una entrevistada es hacer talleres de insulino terapia los viernes en la tarde, ya que esto no permite solventar las inquietudes ni solucionar los problemas que se presentan al iniciar el automanejo durante el fin de semana.

*Nosotros deberíamos tener un horario más extendido, con todas las prestaciones, independiente que exista la extensión horaria, igual hay gente que no puede acceder. Hay gente que trabaja con horario de mall que tampoco llegamos... Hay gente que solo el fin de semana, con suerte tiene disponibilidad de poder hacerse cargo de su salud, de venir a control. El sábado hay extensión. bueno hay médico, pero generalmente el médico está con... atenciones de morbilidad. No son controles crónicos. **ENF Hevia***

*...en el territorio nuestro bloque de atención de estos crónicos es en la mañana, no temprano, pero a partir de las diez y media de la mañana. Entonces tenemos el problema de los que son más jóvenes y trabajan. [...] Tuvimos una experiencia de hacer control los días sábados, que nos fue súper exitosa. Pero no pudimos seguir haciéndola porque... implicaba que al equipo que venía el sábado no nos pagaban. No lo hacíamos por lucas, pero si lo hacíamos con devolución de horas. **MED FAM Petri***

... llevar estos talleres a espacios que... donde el horario no sea una excusa, digamos. Llevarlo a extra-horario, después de las siete de la tarde o bien llevarlo, a sesiones incluso fines de semana. Pero está todavía en conversación porque eso requiere, pucha,

*igual de voluntades, pa' qué voy a decir una cosa por otra. Requiere voluntades de parte de los equipos... y también de parte de las direcciones, para compensar esa voluntad, ¿cierto? [...] Todo ese esfuerzo que está haciendo el equipo también... no es que tenga un premio, porque no es la idea, sino que se vea reconocido. **PSI Hevia***

*Porque hay un descontento en el sentido que decimos que vamos a hacer alguna actividad y se suspende; nunca hay un Plan B. Entonces eso, obviamente que la gente ya no nos cree. Entonces a mí me pasa que claro, hago un taller y llegan poquitos. [...] Eso ya te quita puntos con la comunidad po', te quita... y dejan de asistir, se dejan de entusiasmar con los proyectos, o sea, es difícil.... **ENF Rec***

En cuanto al **agendamiento de citas médicas**, los entrevistados relatan múltiples intentos por mejorar el sistema, tanto a nivel comunal como del establecimiento de salud; las opiniones sobre sus resultados son divergentes. Existen tres iniciativas recientes que buscan mejorar el sistema de agendamiento de citas: centralización del sistema de agendamiento, cambio en la hora en que se asignan las citas y la denominada *agenda dinámica*; las percepciones de los entrevistados sobre sus ventajas y desventajas son presentadas en el anexo 5.

En todos los CESFAM la solicitud de citas para la atención de morbilidad debe hacerse presencialmente, lo que representa una importante barrera para algunos pacientes, aunque un familiar también puede pedir la cita y existen algunos cupos reservados para personas mayores de 65 o menores de 5 años que se pueden obtener llamando a una línea telefónica dedicada, posibilidad que es mencionada solo por un prestador. Para los controles del PSCV y la realización de exámenes, la forma de obtención de la cita depende del tiempo de antelación con que se abren las respectivas agendas. Este período puede abarcar todo un semestre o estar restringido a un mes; decisión que es tomada a nivel local y en algunos casos, individual. Para cada opción se mencionan ventajas y desventajas, referidas a las facilidades de acceso y la tasa de inasistencia, con sus consecuencias sobre la eficiencia en uso de los recursos. También se considera la capacidad de cada modalidad para adaptarse a situaciones inesperadas, que no impliquen largos tiempos de espera cuando es necesario reprogramar una cita y sus posibles

repercusiones sobre el acceso a la atención, que pueden ir desde facilitar hasta establecer grandes obstáculos para la obtención de una cita.

Los principales problemas producidos por el ausentismo que, en promedio, asciende a un 30% de las citas programadas, incrementándose cuando hay mal tiempo y en período de vacaciones, son: pérdida de horas de trabajo del profesional, mayores tiempos de espera por re-agendamiento de la cita; pérdida de vigencia de exámenes; mayor riesgo de descompensación por prolongados períodos sin ajustes de la terapéutica, y, por ende, mayor demanda de atenciones de morbilidad. Los entrevistados coinciden en que la forma más eficaz para reducir el ausentismo es la confirmación de la cita con uno o dos días de antelación. Una enfermera menciona que el sistema RAYEN incluye un mensaje recordatorio que es enviado al celular registrado del paciente; sin embargo, su efectividad es baja dado que muchos de esos números están desactualizados y los adultos mayores no tienen o no manejan el celular. La posibilidad de reprogramar el tiempo del profesional en caso de inasistencia de una paciente resulta muy importante dada la excesiva demanda de consultas a la que no se logra dar respuesta oportuna, por lo que esta situación representa una oportunidad para dar atención rápida, mediante un sobrecupo, a otro paciente. Para la persona inasistente perder su cita significa tener que esperar por lo menos un mes para poder reagendarla, salvo si es un PoliCV para los cuales el procedimiento es más expedito.

*Los usuarios se encargan de solicitar su hora en el sector, siempre un mes antes de su control. [¿No la pueden solicitar en el momento?] Sería lo ideal. Un par de años funcionamos así y andaba muy bien, porque la agenda cardiovascular en los sectores se dejaba abierta hasta 6 meses. Entonces después de la atención médica, el paciente pasaba directamente al sector y ya se iba con una fecha y hora registrada y tomada en Rayén y en su libreta, y también para los exámenes. Entonces ya no regresaba como hoy en día tiene que volver un mes antes, o sea, perder tiempo. **MED Qta***

Nosotros tenemos poca inasistencia, igual tenemos, pero menor, pero porque ha sido un trabajo constante de educar a la población de la importancia de sus controles, de educar a la población de que si sabe que no va a poder venir a control cambie la hora antes, no que falte. De educarlos de que, si esa hora él falta, se pierde. En cambio, si el

*avisa antes la podemos intercambiar a otro paciente ¿ya? Y, siempre el día antes, la administrativa en las tardes se dedica a llamar por teléfono a los pacientes, a confirmar hora, tanto de médico enfermera, especialista. **MED FAM Petri***

*Cada seis meses cuando me hacen los exámenes, vengo para acá porque me citan, ya me dan la fecha para que venga... Cada seis meses, me anotan y vengo y después me dan un carné nuevo que tengo que venir ya, supóngase, a los seis meses. **PM1 Hevia***

*O sea. si yo vengo y digo: Sabe que, necesito cambiar la hora. Pero me la cambian para un mes más, o para un mes y medio. Porque es demasiado el flujo de gente que tienen para para la cantidad de profesionales. Entonces el tiempo es muy largo. **PH2 Rec***

Todas las citas del paciente deben ser anotadas en su carnet a fin de que este sirva de recordatorio. Sin embargo, a los pacientes con múltiples patologías a veces se le entregan varios carnés o no se registran todas las fechas de realización de exámenes o atenciones fuera de la APS, lo que produce confusión y en parte explica las inasistencias. Los pacientes mencionan cambios en las citas que no les son informados adecuada- y oportunamente, generándoles molestia y problemas con sus responsabilidades laborales o familiares. Otra causa de molestia y pérdida de tiempo es que ocasionalmente la cita anotada en el carnet no está registrada en el sistema, aparentemente por falta de experiencia del personal administrativo.

*Dentro de este mes tengo como siete citas, tengo que estar revisando todos los días para acordarme que es lo que tengo mañana, pasado. Aquí todo lo que ando trayendo aquí, todos andan con fecha... [muestra varios papeles] [¿No tiene un carnet que tenga todas esas fechas?] En el carné del consultorio me salen las fechas cuando me tienen que entregar los medicamentos, cuando me toca podólogo. **PH1 Qta***

*De repente hay niñas que llegan nuevas, por ejemplo, ven en el computador y dicen una cosa y en el carnet dice otra. Ahí yo he visto que: Oye, pero la señora viene con un acompañante, con un hijo por decir, y la señora ya sabe, porque se ha controlado. No po', si me toca este médico ahora. [...] Le dicen: ¡No, si el computador dice otra cosa! [...] Entonces eso ha pasado frecuentemente. [Hay] un poquito de desorden... **PH1 Qta***

Pero faltó decir que ese control no es el control habitual con médico, que es un control grupal, donde van a demorar más tiempo en la charla, después en una revisión de exámenes y las indicaciones finales uno por uno. Entonces llegaron todos al mismo

tiempo y, algunos venían con un tiempo limitado para volver al trabajo, otros dejar a los hijos que tenían que ir a buscar al colegio... MED Qta

6.3.7.2 Tiempo de atención

Casi todos los entrevistados mencionan la escasez de tiempo en la consulta y afirman que esta se agrava por la realización de múltiples actividades establecidas para cada control, además del ya mencionado registro de gran cantidad de información clínica en diversos formularios. Varios prestadores sostienen que esto los lleva a no poder ofrecer una atención integral ni personalizada, especialmente a los pacientes con multimorbilidad y afirman que de realizar esta tarea a cabalidad durante la consulta no dispondrían de tiempo para las otras actividades. Una enfermera relata que estandarizó los procedimientos de sus consultas a fin de no olvidar ningún punto importante, pero eso las hace repetitivas y poco motivadoras. Sus colegas precisan que requieren de mayor tiempo para las consultas con adultos mayores dado que les deben realizar el examen preventivo; las nutricionistas lo reclaman para los ingresos al PSCV ya que tienen que calcular y distribuir la cantidad de carbohidratos de acuerdo con los requerimientos de cada paciente.

En algunos CESFAM estas consultas ya disponen de 45 minutos, lo que, según los prestadores, representa un importante avance para brindar atención de calidad. Sin embargo, una nutricionista aún dispone de máximo veinte minutos para la atención de cada paciente crónico, tiempo que resulta insuficiente para poder establecer un espacio de confianza y conocimiento mutuo. Algunos profesionales, por iniciativa personal, prolongan el tiempo de consulta con aquellos pacientes que a su juicio lo requieren, acción que les significa disponer de menor tiempo para almorzar o tener trabajar fuera de su horario laboral. Otros refieren que, más allá de las normas, a cada paciente se le debería dedicar el tiempo que él requiera para comprender las indicaciones y para que sus co-morbilidades y problemas de salud emergentes puedan ser atendidos con calidad. En cambio, muchos de los pacientes entrevistados perciben que, si bien el tiempo de consulta es corto, en general alcanza para cubrir sus expectativas sobre la atención. Un paciente incluso lo expresa como

si ese tiempo de interacción con el profesional de salud fuera una obligación más que un derecho.

*...cuando empecé a trabajar me di cuenta que si no tenía esas planillas, no podía realizar el control, no me alcanzaba el tiempo para hacer todo lo que yo creo que hay que hacer en un control. [...] Entonces, yo tengo muy normado mi control, las educaciones que doy... y por eso también me aburro de hacer el control. [...] ¿Por qué hice esta estandarización? Pa' que me dé el tiempo de poder tener libertad con el usuario individual. ¡Yo haciendo toda esta estandarización logro dejarme un tiempo para poder ver las diferencias, po'! Porque si no veís' las diferencias, la verdad que no vai' a generar un cambio. **ENF Rec***

*Yo creo que uno debiera dedicarle el tiempo que el usuario necesite. O sea, hay algunos que nos va a costar, a lo mejor, un poco más entregarle la información, que no nos va a entender, o hay mucha información, y hay otros que a lo mejor no. Van a tener distintos niveles de recepción de la información. Entonces, yo creo que, ideal, uno debiera tener para atender a la persona el tiempo que la persona necesite ser atendida. O sea, si quiere preguntar una hora de cosas, una hora tendría... **MED Hevia***

*Él siempre la hace corta, pero igual yo alcanzo todo. Cortita la hacemos, pero porque él tiene mucha gente, le mandan mucha gente, él atiende harto, [...] Porque es bueno po', todos lo prefieren a él. **PT1 Qta***

*Sí, lo mínimo que hay que estar es media hora con el médico ahí... Y... lo examinan bien todo po'. [¿Alcanza el tiempo de la consulta?] Si bien, porque te explican. Más encima que yo le consulto todas los.... mis inquietudes también al doctor. **PH2 Petri***

6.3.7.3 Atención en la Red de Servicios de Salud

Los prestadores afirman que, en general, los pacientes diabéticos descompensados pueden ser manejados en los CESFAM; solo aquellos con cetoacidosis diabética o pie diabético que no responde a las curaciones realizadas en la APS son derivados al Servicio de Alta Resolutividad (SAR) de Recoleta o a la Urgencia del Hospital San José. Por otra parte, los pacientes que no alcanzan compensación son derivados directamente a los servicios de Endocrinología o Diabetología del hospital, pero solo si la HbA1c se mantiene alta a pesar de cumplir

las indicaciones y está administrándose dosis máximas de insulina. Una enfermera enfatiza que no pueden derivar a todos los que no adhieren, porque sobresaturarían la capacidad del hospital. El fin primordial de esas derivaciones es el cambio de insulina, dado que los CESFAM no pueden entregar la cristalina. Estos pacientes quedan con doble control, en el hospital y en APS, bajando la frecuencia de sus controles en esta última. Como ya fue mencionado, a algunos pacientes esto les produce dudas o confusión en cuanto a cuáles indicaciones deben seguir.

*Los muy descompensados para diabetes allá, para endocrino, y ya después son otros temas como Enfermedad Renal Crónica, unos tipos de demencia... [...] Pero lo que es diabetes, la verdad es que cada vez son menos lo que se derivan, porque en el fondo... hay buen manejo acá, ya son casos muy extremos que se derivan. **ENF Hevia***

*Igual tienen que tener sus controles aquí. Pero retiran medicamentos allá, de la Unidad de Diabetes. [...] Sí, no nos desligamos de eso. Vienen, dicen: yo la retiro allá, pero me vengo a controlar acá. Porque generalmente tienen otras patologías que tienen que controlarse acá. **MED CV Petri***

Las narraciones sobre la atención en el Hospital San José son extensas y frecuentes en las entrevistas con pacientes. Dado que esta investigación está orientada al estudio de la calidad en la atención primaria, se presenta solo lo más frecuente y lo que tiene estrecha asociación con la APS. Los entrevistados coinciden en que el Servicio de Urgencia del hospital presenta graves problemas debido a la gran demanda y el déficit en recursos. Esto lleva a largos tiempos de espera antes de que el paciente sea evaluado por un profesional, lo que además se realiza en un espacio inhóspito. Esto se une con fallas en la calidad técnica y relacional de la atención, lo que hace que prestadores y pacientes busquen alternativas, tales como enviar o acudir al SAR, al SAPU o a prestadores privados. Otro problema revelado por los entrevistados es la descoordinación y la diferencia de criterios sobre algunos procedimientos administrativos asociados a la derivación de pacientes desde un CESFAM a los niveles de referencia; lo que a veces es resuelto mediante una comunicación directa entre los profesionales de ambos servicios.

En contraste, el Servicio de Diabetología del hospital es catalogado como

bueno dado que los tiempos de espera no son tan prolongados, cuentan con los insumos necesarios y las enfermeras tienen tiempo y habilidad para enseñar el automanejo a los pacientes. Sin embargo, una entrevistada menciona que a veces no hay endocrinólogo, lo que dificulta el seguimiento de los pacientes. El relato de un paciente con multimorbilidad visibiliza la fragmentación del sistema: se reconoce la necesidad de una junta médica con todos los especialistas involucrados, pero el paciente es citado con cada uno de ellos por separado. También se recogieron varios relatos sobre fallas en la oportunidad y la calidad técnica percibida en la atención del pie diabético por parte del servicio de cirugía, que, a juicio del paciente entrevistado llevaron a amputaciones que eran evitables. Los prestadores mencionan que se está conformando un comité para decidir sobre la derivación de estos casos, e implementando un *Polí* específico para su atención.

*Si, es larga la espera, de horas... Y si de repente no están tan mal, no esperan, po'. A veces me dicen: no señorita, me vine mejor al SAPU... [...] Y cuando lo llevamos del SAPU ahí es distinto, porque nosotros nos hacemos cargo, nosotros lo llevamos en ambulancia y lo entregamos al SAPU. [¿Y ahí sí lo atienden?] Ahí sí, o sea, es que nosotros lo dejamos adentro, como que no pueden no quedarse a esperar. **TENS Hevia***

*Yo diría que dentro del caos que es el Hospital San José, uno de los servicios que funciona bien es diabetología. Porque la doctora [apellido] los tiene ahí, todos ordenadito y no pasa más de un mes en que uno deriva a un paciente y lo ven. [...] En general, el Polí de Diabetes funciona bien. Les dan la hora luego y tienen su Polí de Autocontrol, le entregan el glucómetro, y la mayoría pasa a insulina mixta altiro... **MED FAM Petri***

*[¿Alguna vez lo han mandado al hospital?] Si, en una oportunidad. Fue feísimo... aparte que hay un montón de gente que está durmiendo ahí que son indigentes... [...] Me llevaron en ambulancia al San José porque ya estaba descompensado, pero era la presión porque sentía como dormida esta pierna, y cómo quedé un poco así [mueca con la cara]. Pero me tuvieron no sé cuántas horas para atenderme, después llegó un doctor siéntate en la camilla a ver, ahh no, no tenía na' muchacho, ándate no más. **PH1 Hevia***

*Y estando todo el día sentado en una silla, esperando a que me atendieran [en Urgencia] se me hinchó mucho el pie.... Y se me rompió el dedo, se me reventó. Ahí ya se me complicó y me tuvieron que, que amputar. Claro, ya venía comprometido el dedo, pero, la doctora después la vi y me dijo: Era solamente un tratamiento de antibiótico. **PH1 Rec***

Algunos pacientes son derivados a la UAPO para la resolución de problemas oftalmológicos, o a nefrología o neurología del hospital, aunque un médico señala que, gracias a la telemedicina o, más recientemente, al hospital digital, buena parte de estos casos pueden ser tratados en la APS. El tiempo de espera para la atención en estas especialidades es muy variable, pudiendo ser incluso años; parece depender en gran medida de las fluctuaciones en la demanda, que, en general, sobrepasa las posibilidades del hospital de responder oportunamente. Algunos pacientes relatan que fueron derivados a otros hospitales de la red pública donde la atención fue mucho más expedita.

*...y del San José me pusieron una pura inyección y el médico me dijo que, si yo seguía atendiéndome ahí, iba a estar en un proceso muy largo para llegar a hacerme las operaciones de los ojos.... y me derivó al Hospital El Carmen de Maipú. [¿Ese es un hospital privado?] No. Y en 15 días me hicieron todo el tratamiento completo. Ya fui a un control y ahora tengo que ir otro control. Ha sido todo super rápido... **PH1 Rec***

6.3.8 Sistema de aseguramiento de la calidad

6.3.8.1 Metas sanitarias y normativa

Los objetivos sanitarios incluyen metas referidas a la cobertura efectiva del tratamiento de la DM2 y la evaluación anual del pie diabético, cuyo logro se asocia con la obtención de incentivos económicos para los prestadores. Además, el sistema GES garantiza acceso, oportunidad y protección financiera para el diagnóstico, manejo multidisciplinario y la detección de complicaciones de la diabetes, según lo especificado en la guía clínica. Esta normativa es mencionada por los prestadores como respaldo de sus prácticas o aseveraciones como, por ejemplo, las adaptaciones en el número y frecuencia de las consultas de control. Otros, en cambio, aseveran que siempre deben primar las particularidades del paciente. Un enfermero afirma que, en caso de existir evidencia científica sólida, los prestadores pueden sugerir modificaciones en los protocolos locales, pero los cambios sustantivos en las normas nacionales pueden demorar años. Los entrevistados expresan críticas a estas normas, que abarcan desde algunos de sus aspectos

operativos hasta la propia existencia de metas y del incentivo económico vinculado a su logro. Varios prestadores expresan que la estandarización de las actividades o procedimientos es necesaria, pero que en ciertos casos el excesivo apego a la misma puede interferir en la calidad de la atención, especialmente cuando la norma no se adapta a la realidad local. Por ejemplo, un entrevistado sostiene que a veces la falta de disponibilidad de un profesional retrasa todas las demás consultas a las que debería haber asistido el paciente ya que no se flexibiliza el flujograma de atención establecido por las orientaciones técnicas. Por otra parte, una nutricionista sugiere la inclusión de una consulta nutricional inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad, a fin de poder orientar al paciente y evitar la influencia negativa de los medios de comunicación. Las metas son criticadas por ser netamente cuantitativas y enfocadas en la productividad; no incorporan otros aspectos claves de la calidad. Además, al centrarse en los resultados del manejo de enfermedades específicas no resultan coherentes con el modelo de salud familiar y comunitaria ya que el trabajo se enfoca exclusivamente en el logro de estas y no en la salud y bienestar del paciente.

*Un usuario bien compensado, control cada seis meses, no tiene ningún problema. [...] Yo creo que es súper importante transmitir, sobre todo a los equipos, que no se asusten con esto de no seguir la norma que dice que cada cuatro meses [...] Entonces yo creo que de repente nos ponemos muy en la norma, y son orientaciones... Pero no analizamos lo que tenemos, entonces si tú vas, por ejemplo, lo que pasaba acá: el paciente, es que estoy esperando la hora con la nutricionista. Y puede pasarse 6 meses esperando la hora con la nutricionista, y por esperar la hora con la nutricionista, no lo vio el médico que había tenido que verlo... **MED FAM Petri***

*[¿En qué basas tu atención?] Las guías, o sea, las últimas actualizaciones de las normas... Y también existen protocolos a nivel de Red [...]. Sirven para aclarar dudas generales. Pero cada paciente es distinto. **MED CV Petri***

*... las políticas públicas que fueran realmente de lo que queremos hacer, porque volvemos a los asistencialismos... [...] no hacemos grandes procesos, las metas nos golpean. [...] El cumplimiento de metas te limita... Entonces yo digo: ¿dónde está la salud familiar acá? Porque en el fondo es trabajar para cumplir una meta... **AS Hevia***

La normativa para ellos dice: esta enfermedad son más menos tratamiento de tanto, con mejoría tanto, un lapso de tanto tiempo tiene que estar listo. Entonces de ahí para adelante, no, no corresponde. Tampoco ven la parte humana, ven la parte números.

PH2 Rec

Los prestadores afirman que las Garantías Explícitas de Salud aceleran la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento: se implementan múltiples estrategias y se movilizan recursos para cumplir con los plazos del GES. Ellos enfatizan la obligatoriedad de notificar el caso y de informar al paciente sobre estas garantías; en contraste, solo dos de los pacientes entrevistados mencionan estas garantías. Las críticas se refieren a los ítems no cubiertos por el sistema, tales como glucómetros para pacientes no insulino-dependientes y consultas psicológicas, que se consideran necesarios para el buen manejo de estos pacientes.

*Como sabemos los tiempos, y los médicos manejamos eso, y la mayoría de los profesionales y los TENS y los que están a cargo de agendar también, entonces si se sospechó en cierta fecha, sabemos que la garantía de sospecha y confirmación tiene un plazo, entonces tratamos de lograr ingresar o descartar en ese plazo. Y el encargado del programa está vigilando cuando ya se cumple la garantía... [...] Si está por vencer el plazo y no hay cupo en el sector, lo transformamos por morbilidad, la cosa es que sí, tenemos que cumplir la garantía. **MED Qta***

*...una atención de morbilidad en la cual viene el paciente con su segundo resultado de glicemia sobre 126, se le explica en qué consiste la diabetes, el por qué se le está diagnosticando la diabetes; se realiza la constancia GES, que eso es Ley y es obligatorio. **MED Rec***

6.3.8.2 Gestión de quejas y reclamos

Los pacientes conocen su derecho a reclamar si la atención es de mala calidad o se sienten maltratados; ellos mencionan los lugares y mecanismos, individuales y colectivos para hacerlo, tanto en el establecimiento de salud como en la municipalidad. Las principales quejas de los pacientes giran en torno al agendamiento de citas y el acceso a ciertas prestaciones; también mencionan atenciones negligentes o prestadores que parecen estar en un estado en que no

pueden brindar una atención adecuada. Aunque la mayoría describió episodios que, de acuerdo a su percepción, ameritaban la realización de un reclamo, solo dos entrevistados relataron haberlo hecho de manera formal. Las razones para esto van desde el temor a no ser bien atendidos hasta la justificación de la actitud o comportamiento del prestador por su sobrecarga laboral, o simplemente por *tener un mal día*. Además, afirman que en las pocas ocasiones que han puesto por escrito sus quejas no han recibido respuesta del establecimiento de salud. Aunque enfatizan la importancia de *no quedarse callado*, consideran que muchos conflictos se solucionan de manera directa y personal. Un paciente cuenta que el prestador consideró sus sugerencias, basadas en una experiencia negativa, para realizar cambios administrativos que mejoraron el acceso a cierta medicación. Cabe destacar que varios entrevistados critican a las personas que reclaman, tildándolos de “*rasca rabias*”, prepotentes, o agresivos; valorando en cambio la humildad y el ser agradecido. Una paciente afirma que, a pesar de sentir rabia, no reclama porque ella es “*gente decente*”.

Este tema es poco abordado por los prestadores, quienes tienden a desestimar las quejas por considerar que se deben a problemas de comunicación o falencias del sistema de salud que esperan que los pacientes entiendan, y hasta cierto punto, acepten. Confirman que los pacientes no canalizan sus reclamos por las vías regulares, sino que expresan su descontento de manera verbal en el momento. También concuerdan en las explicaciones dadas a este comportamiento, pero en relación a percepción de los pacientes de que no son tomados en cuenta, aseguran que cada reclamo es analizado por un comité compuesto por representantes de la comunidad y funcionarios, buscando soluciones. Un enfermo relata que un profesional que fue cuestionado por la población ya no trabaja en el CESFAM.

*Pero que ahí uno no puede reclamar, tiene que quedarse callá', porque de repente, se enojan y no la atienden na' muy bien, por hablar. Mejor se quedan callá la gente. [¿Le ha pasado eso a usted?] Sí po', le atienden peor después, se enojan [..]. Pero las cosas hay que decirlas como son... **PM1 Petri***

Uno tiene que ser pacífica, no alterada, porque ahí es donde vienen los choques, po'. [¿Usted ha visto gente que se ha alterado?] Si. Pero por cosas que le hacen como,

deme un momentito vamos a preguntar... [...] ...es que ya les molesta todo. Uno no sabe por qué están discutiendo, o por qué llegan tan prepotentes. [...] No hice, no quise hacer un reclamo, porque no lo encontré necesario. Me puse tal vez en el lugar de ella porque, tal vez no estaba bien po'. Tuvo que haber sido un mal día no más para ella. O estaba pasando por un mal momento, que a cualquiera le puede pasar. [...] **PM2 Petri**
A ver sí, pero... trato de evitar pelea, porque yo no.... Somos gente como más decentita y no andamos haciendo... solamente que uno se da vuelta y se va no más. A uno le da rabia no más que te atienden mal, eso, que atienden mal. **PM3 Petri**

Entienden el esfuerzo que hay detrás, como que, hay algunos que logran entender que va más allá de lo que uno quiere, que es como porque... Nosotros intentamos hacer lo que podemos, dentro del presupuesto, dentro de lo que nos dan y lo agradecen bastante, son muy agradecidos. **Enf Qta**

...la gente puede irse enojadísima, gritando y acordándose de toda la familia de los profesionales que están acá, pero uno le dice: escriba algo, y con eso usted realmente va a dejar un registro. No, que eso no lo pescan pa' na'. Y se van. [...] A nosotros nos preocupa cuando se sientan a escribir un reclamo porque de verdad se va a escuchar y va a llegar a dirección y nos van a llamar a nosotros y vamos a ver cuál es la solución. [...] Aquí hubo varios problemas con algún profesional, se levantaron varios reclamos y el profesional ya no está. **ENF Petri**

6.3.8.3 Toma de decisiones gerenciales

De las entrevistas con los prestadores se desprende que gran parte de las decisiones operativas sobre la implementación local del PSCV son tomadas por el director de cada CESFAM, por lo que las actividades son influenciadas por su concepción del modelo de atención. Sin embargo, reconocen que hay decisiones sobre las cuales las autoridades del CESFAM no tienen injerencia, como, por ejemplo, la compra de medicamentos, el funcionamiento de los otros establecimientos de la Red o las decisiones políticas del alcalde. Por otra parte, varios entrevistados mencionan que están diseñando o llevando a cabo proyectos de mejora o investigación en el establecimiento en que trabajan, para lo cual parecen tener autonomía. Un prestador afirma que informará a su superior solo una vez que obtenga los resultados de la intervención que está llevando a cabo. Sin embargo,

otros prestadores aseguran que existen situaciones en las que prevalece la autoridad del director del CESFAM, sin mayores posibilidades de argumentación ni modificación de las decisiones tomadas, y que hay directores que desincentivan los cambios, lo que los desmotiva. Existen diversas instancias donde los prestadores pueden conversar sobre problemas operativos específicos y, eventualmente plantearlos o sugerir soluciones a la dirección del Centro de Salud. Sin embargo, los pacientes no participan en estas decisiones, aunque existen reuniones y comités en que están incluidos. Un paciente relata que ante una medida que fue criticada por la población, un prestador aseguró que esta había sido pedida por la comunidad.

¡Aquí hay una directora que... es maravillosa! Tiene el tema de salud familiar... [...] Todos los cambios que yo te he mencionado son por ella, porque está tratando de realmente hacer salud familiar. Pero es difícil, porque hay un montón de cosas que, nos tiran pa' abajo el modelo, es muy difícil. ENF Rec

Vamos a partir con cambios pequeños, y si me resultan, después voy a hablar con [nombre director] porque ni siquiera él sabe. Esto es algo que yo implementé solamente yo, en este año... Y si me resulta, hablo con [nombre] que es mi alterno directo para ver si es que lo podemos implementar como un modelo de atención. NUT Hevia

Me dijeron que era así porque la directora había dado la orden. Igual alegamos que iba en desmedro de nuestros pacientes, que teníamos buenas compensaciones, tanto de diabetes como de hipertensión, pero se ha ido en desmedro. [...] Al final terminé yo como la que reclamaba por todo y que me tenía que acostumbrar, sí o sí, nomás. TENS Rec

Tenemos una instancia también, que es la reunión ampliada, que es donde todos los profesionales se juntan, y se discuten los problemas que se puedan plantear. [...] [¿Qué tipo de cosas se discuten en esa instancia?] Se discuten derivaciones. Qué estamos derivando, un programa... [¿Al extra sistema?] No, intra-sistema más que nada. O sea, todo lo que es, dentro del CESFAM. Porque claro, son cosas que podemos modificar fácilmente. Pero de fuera no depende directamente de nosotros... ENF Petri

6.3.9 Condicionantes del contexto institucional y social

6.3.9.1 Contexto institucional

Las opiniones y testimonios de algunos pacientes dan cuenta de una baja

valoración, por parte de la población general, de la Atención Primaria y del sistema público de salud. Los prestadores conocen esta situación y destacan que no siempre el sistema privado brinda mejor atención, reconociendo que aun así los pacientes lo prefieren. La explicación más frecuente dada por ellos a esta preferencia es la no valoración de las prestaciones del sistema público dada su gratuidad. En los relatos de los pacientes aparecen comentarios de algunos prestadores privados, así como de amigos o colegas que recomiendan tratarse con un especialista, que es visto como *alguien que realmente sabe*. Un paciente esboza críticas al sistema privado y reconoce ventajas en el público, diciendo además que él defiende el trabajo realizado por el personal de APS frente a los reclamos de otros pacientes. Sin embargo, los argumentos utilizados en esa defensa naturalizan las largas esperas para ser atendidos, atribuyéndolas a la sobrecarga laboral de los profesionales.

*Me pasa muy rara vez cuando viene algún pacientito que fue controlado tal vez en una ISAPRE... tiene una visión de la atención que se da en atención primaria o en salud pública que es muy deficiente. Entonces ya vienen como con un prejuicio, como: Yo antes me controlaba allá y era todo mucho mejor de que cualquier cosa que yo le pueda ofrecer. Independientemente de que su hemoglobina esté en 10 ¿te fijas? **NUT1 Petri***

*Según el doctor que, particular que veo, me dice que la [medicina] que me dan aquí me hace mal. [...] Me dijo que esta pastilla, no me... era, que me bajaba mucho la defensa, según él... Y me dio una a comprar, que la compro yo todos los meses. **PM1 Hevia***

*Los médicos de los centros, que Consalud, cosas así, son así, todo rápido. Porque, yo pienso que entre más pacientes atienden, más plata ganan... [...] Yo de aquí, del consultorio, no tengo nada que decir, me han atendido súper bien. Y yo de repente he discutido con gente afuera que empiezan: ¡Oye que, pucha que aquí, que allá! Escucho yo y yo le digo: Oiga, usted no entiende el trabajo que tiene ella, estas niñas aquí. [...] la gente no entiende, cree que es llegar, y que... 2 minutos y oiga, pase. Y no es así. Yo le digo, estamos en el sector, en el área pública... **PH1 Rec***

Por otra parte, los entrevistados mencionan políticas o acciones del municipio que vinculan con la calidad de atención prestada en los establecimientos de salud de la comuna. Estas incluyen una política de integración de los migrantes, que les garantiza acceso a atención de salud cualquiera sea su estatus migratorio, y el

Programa Escuela Abierta que permite el uso de las infraestructuras escolares en horario vespertino y nocturno para diversas actividades comunitarias. También se promueve la actividad física mediante la instalación de equipos de acondicionamiento en las plazas y una variada oferta de clases y talleres en el estadio municipal. Sin embargo, los prestadores afirman que las plazas son subutilizadas debido a la falta de monitores que expliquen el uso de los equipos y a la inseguridad causada por el tráfico de droga. En cambio, la baja participación en las actividades del estadio se debe a la incompatibilidad de horarios, a poca motivación personal y a factores culturales que serán discutidos más adelante.

La municipalidad también interviene en aspectos operativos entre los que destaca la creación de la primera farmacia comunal del país, que como ya se ha descrito, favorece el acceso a medicamentos, insumos y dispositivos no incluidos en el GES. Además, brinda ayuda con vivieres y medicinas a algunos casos sociales, como adultos mayores abandonados. Sin embargo, las asistentes sociales reconocen que esta estrategia es acotada e insuficiente, por lo que deben recurrir a las redes sociales o instituciones de beneficencia. Dos prestadores mencionan la reciente implementación de la *FonoAsistencia* para adultos mayores que viven solos, con la cual se intenta responder a sus necesidades. Afirman que también existe la posibilidad de solicitar apoyo económico para la compra de calzado especial y otras ayudas específicas, pero los procedimientos para obtenerlas son largos y complejos, lo que lleva a algunos a renunciar a estos beneficios

*En el estadio Recoleta que hay muchas clases y talleres que son gratis para los vecinos. [¿Clases de...?] De pilates, hay de yoga, de gimnasia, natación, son más actividades que hay en algunas partes de las organizaciones comunitarias. Y reforzar el uso de esas mini plazas que hay, ya hace como dos o tres años, empezaron también a instalarles elípticas.... claro que algunas han durado nada, ¡las ponen y se las roban! [...] Las plazas están convertidas en lugar de microtráfico, entonces los asusta salir. Pero hemos logrado que varios, sobre todo le hacemos como harto énfasis a la piscina temperada que les hace súper bien [...] ...le cuesta levantarse temprano, es que en la mañana son las clases gratis, en la tarde cobran... **MED FAM Petri***

*En adultos mayores en situación de abandono, que viven solos, van a tener un citófono donde ellos pueden apretar un botón y se van a comunicar con una especie de Call-Center donde pueden hacer todas las consultas que quieran. Pueden comprar cualquier cosa, o si quieren solamente conversar, también en la atención conversan. **MED Hevia***

*Mi señora fue a la Muni, que le ayudaran económicamente... [...] Y después hicieron como una reunión creo: Ya, le dijeron, le vamos a dar 200 lucas. Pero mi señora tiene que llevar, llenar cualquier papeleo: papel médico mío, alumno regular, papel médico de ella, que aquí, que allá. [...] Si te quieren ayudar, te van a ayudar igual. Pero las cosas con tanto papeleo. Imagínesse con niños chicos, me pongo a esperar... **PH2 Qta***

6.3.9.2 Contexto social

En cuanto a la **población**, los entrevistados mencionan cuatro aspectos que relacionan con la calidad de la atención: el número de personas que debe atender la APS; la composición demográfica; y, estrechamente asociado con las dos anteriores, las condiciones socioeconómicas y su organización o cohesión social. En relación con el primer punto, una enfermera es enfática al declarar que, con el número de personas que actualmente debe atender un CESFAM resulta imposible desarrollar el modelo de medicina familiar. Dos entrevistados refuerzan este argumento señalando que, en el diseño original, los territorios debían abarcar una población de entre 2500 a 3000 personas y en estos momentos atienden aproximadamente a 6000 pacientes, de las cuales entre 350 y 400 son diabéticos inscritos en el PSCV. En todos los CESFAM, pero especialmente en Recoleta, los prestadores señalan que el rápido crecimiento de la población, en buena parte debida al aumento de migrantes, no ha sido correspondido con un aumento de recursos, humanos ni materiales. Una explicación similar se da al colapso de la Urgencia del Hospital San José.

La composición demográfica, y en particular la estratificación etaria de la población, muestra grandes variaciones tanto entre, como dentro de cada CESFAM. En territorios con alta proporción de adultos mayores el número de pacientes con DM2 es mayor, lo que requiere de una adaptación a las necesidades de atención de una población policonsultante, socialmente vulnerable y dependiente. Los

entrevistados reconocen la vinculación entre la estructura demográfica y las condiciones socioeconómicas de la población, no solo por los adultos mayores, sino también por los migrantes. Los migrantes recientes y los haitianos en particular sufren carencias en cuanto a vivienda, servicios básicos y oportunidades de trabajo, lo que limita su autocuidado. Un médico observa que en un sector en que vive población de un nivel socioeconómico relativamente más alto, se logran mayores tasas de compensación de las patologías crónicas.

*Es imposible hacerlo con treinta mil usuarios inscritos en un CESFAM, imposible. Yo creo que la salud tiene que apuntar al CECOSF [...] es como un mini consultorio que en el fondo atiende a una población mucho más pequeña. O sea, uno no puede hacer salud familiar si tiene treinta mil usuarios. **ENF Rec***

*Aquí se inscribe, se inscribe gente. Extranjeros llegaron muchos... Esta estructura no debería ser para más de 20 mil personas y tenemos 33 mil inscritos. Más los extranjeros que están sin RUT, más los adscritos, entonces es complicado. [...] Entonces siempre que hay quejas así de ese tipo, yo le digo: lo que pasa es que nosotros somos los mismos y ustedes, porque vienen para acá, han aumentado demasiado. **NUT Rec***

*¡Cómo también hay días en que viene mucha gente a pedir hora! Si eso, también depende de eso. Que viene mucha gente y ahí, uno más no puede hacer... Si también los doctores se colapsan con tantos enfermos, más en esta fecha, po'. Entonces, yo evito de enfermarme en esta fecha [risa]. **PM3 Petri***

*En este mismo consultorio tenemos dos realidades completamente distintas: el sector, por ejemplo, donde yo trabajo es predominantemente adulta mayor, baja en inmigrantes, casi nada de TBC, y la población acá que circunda a este consultorio, o sea, estamos hablando Santos Dumont, La Vega... esos son todos inmigrante, son jóvenes, predominan las enfermedades agudas, por sobre las crónicas... [...] La población que vive, que radica más hacia Avenida Perú... [...] he visto las estadísticas, tiene mejores niveles de compensación en diabetes, en hipertensión... **MED Rec***

Además de los determinantes sociales que se expresan como características individuales del paciente, los entrevistados identifican **condicionantes sociales** de carácter contextual que influyen en la calidad de la atención. Entre ellos destacan las precarias condiciones de trabajo, y dentro de eso, las largas y extenuantes

jornadas laborales que tienen importantes consecuencias sobre la alimentación y la realización de actividad física. En los adultos mayores esto se expresa en bajas jubilaciones y su desvaloración por ya no ser productivos, lo que los lleva a situaciones límite que no encuentran respuestas en el sistema de salud.

Los entrevistados reconocen la influencia de la organización comunitaria y la cohesión social: un médico formado en Cuba enfatiza su contribución a la salud mental; otros prestadores mencionan que en la comuna existen asentamientos creados por los bisabuelos de los actuales pobladores en que todos se conocen y apoyan, pero también barrios en que no existe tejido social. Los relatos incluyen situaciones en que los vecinos participan del cuidado y acompañamiento de quién lo requiere, y casos en que la violencia, generalmente por tráfico de drogas, dificulta el acceso al centro de salud. Otros efectos negativos de este microtráfico son los conflictos familiares y la reticencia a dar información por miedo a ser involucrados en actividades ilícitas. La opinión de los prestadores sobre las organizaciones comunitarias no siempre es favorable: afirman que estas no están comprometidas con el bien común, y cuestionan su poder de convocatoria y representatividad.

*...este modelo neoliberal que tienen mucha relación en que las personas se les revienta con las jornadas laborales, dónde hay poco tiempo, dónde no puedo detenerme en mi trabajo a tener una colación, dónde no siempre me entregan los implementos que necesito. A mí me ha pasado que han llegado personas con ulceración en sus pies porque trabajan con zapatos de seguridad y la empresa tampoco les compra un zapato de seguridad para diabéticos. O también hay otros que no avisan que son diabéticos por temor a perder su trabajo... **ENF Hevia***

*Una familia donde todos los niños están estudiando una jornada completa, donde todos los adultos están trabajando; los únicos momentos en que se ven son a las 6 y media de la mañana y a las ocho de la noche cuando todos llegan. Esa comida de las ocho de la noche va a ser una celebración, ¡po'! **PSI Hevia***

*...tenemos el tema social aquí en Santiago, en que no hay vida de vecinos, ni vida comunitaria. Y eso empeora mucho las cosas, empeora mucho. Sí, hay algunos sectores, cuadras en las cuales hay mayor compenetración entre vecinos, pero la mayoría de los casos no. ¡Que la lata eso! **MED Rec***

*Se hace la convocatoria y se le avisa a toda la gente acá, a todos estos actores sociales. Pero al momento de la convocatoria llegan diez personas, siendo que acá hay un universo de seis mil personas... [...] Dirigentes si van. O sea, la gran mayoría con los que uno se comunica, para que la información se baje a la población general, ellos van. Pero la población que se adhiere a esto es muy poca, casi nula. **ENF Petri***

Muchos prestadores, especialmente las nutricionistas, enfatizan la influencia de la cultura en los hábitos de autocuidado de la población, restándole así importancia a la inequidad, y disminuyendo, implícitamente, la responsabilidad de los sistemas de salud. También mencionan que la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado implicó la sustitución de las comidas caseras por alternativas menos sanas. Los temas abordados van desde el escaso consumo de verduras, hasta comer en abundancia, que para muchos aún representa el estar saludable y tener posibilidades económicas. El consumo de bebidas azucaradas se asocia además con celebración colectiva. Algo similar ocurre con la comida rápida, propias del paseo familiar o con amigos. Algunos entrevistados mencionan la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, que pueden obstaculizar el cumplimiento de las indicaciones o motivar al autocuidado.

*Además, insisto, el aspecto cultural, eso de comer en abundancia, el tipo de comida... Es complejo, súper complejo. Y con respecto a los ejercicios, bueno, hay un tema, cierto, institucional que no se apoya la actividad física ¿ya? Bueno también como cultural que no está interiorizada en nuestra sociedad la realización de la actividad física. **MED Rec** ...yo también me he dado cuenta, de que, el comprar la bebida siento de que ellos lo tienen considerado como un, como que tienen algo de poder, como que tienen algo de dinero disponible... [...] de que si no tienen plata para comprar la bebida, la CocaCola®, es como que ellos se ven entre ellos mismos como pobres... **NUT Hevia***

*Hemos estado viendo mucho al doctor Nowzaradan; de Kilos Mortales. Eso sí nos ha hecho concientizarnos un poquitito más. Es que hay gente, hay casos que... ¡son terribles! Yo no quiero llegar a eso de estar postrado y que mi hija de 10, de 12 años tenga que alimentarme o ayudarme a limpiarme las partes, no. [...] Ella ha bajado como 18 kilos, yo he bajado como 10, en total, hasta ahora. Pero ahora quiero ver una... encontré un régimen que ya lo busqué por internet.... **PH2 Rec***

7. Discusión

En este capítulo se interpretan los principales resultados obtenidos, contrastándolos con lo descrito en la literatura científica, tanto de enfoque conceptual como estudios similares. La racionalidad de la organización del capítulo sigue lo establecido en los objetivos: primero se analizan las dimensiones de la calidad de atención, buscando aproximarnos a la conceptualización de la misma por parte de los entrevistados y en la segunda parte, se presenta un análisis crítico de los factores de los pacientes y prestadores, y organizacionales y contextuales, que condicionan esta calidad. Al final se discuten las limitaciones de este estudio.

Al inicio se muestran las interacciones identificadas entre los diferentes condicionantes mediante la elaboración de modelos explicativos de las tres principales dimensiones de la calidad de atención. Estos, junto con la frecuencia con que son mencionados los temas en las entrevistas, permiten identificar las categorías con mayor fuerza explicativa teniendo como marco de análisis la determinación social y las inequidades, es decir las *“desigualdades injustas y evitables que son socialmente producidas y se distribuyen de manera sistemática entre ciertos grupos poblacionales”* (58:11).

Las alusiones a estas inequidades están presentes de forma explícita o implícita en los relatos y las conceptualizaciones de los pacientes y prestadores sobre la calidad de atención brindada a los pacientes con DM2. Sin embargo, en general estas remiten a los determinantes intermedios, obviando las relaciones de poder a nivel político y social que se expresan como diferencias inequitativas en la atención y el estado de la salud. Similar a lo planteado por Tausig (259) la mayoría de los entrevistados, si bien reconoce y critica la situación, tiende a relatarla como algo dado e inmutable, incluso cuando se refiere a la organización global del sistema de salud. Casi todas las acciones descritas y propuestas frente a estas inequidades se refieren al manejo de sus consecuencias nocivas desde el ámbito individual, en pocas ocasiones se menciona el diseño de políticas redistributivas o la disminución de la vulnerabilidad de los grupos más afectados (31).

Ilustración 9: Dimensión sistémica: principales categorías y factores condicionantes

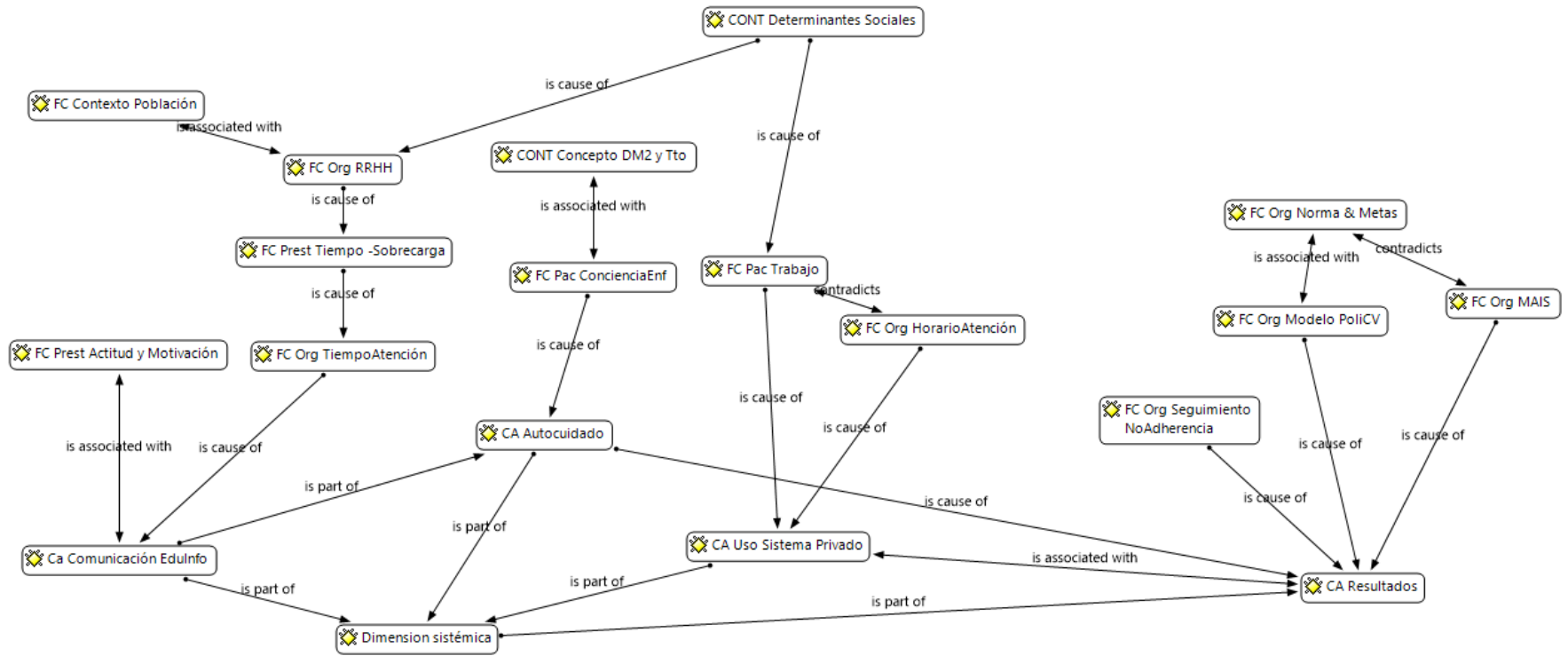


Ilustración 10: Dimensión relacional: principales categorías y factores condicionantes

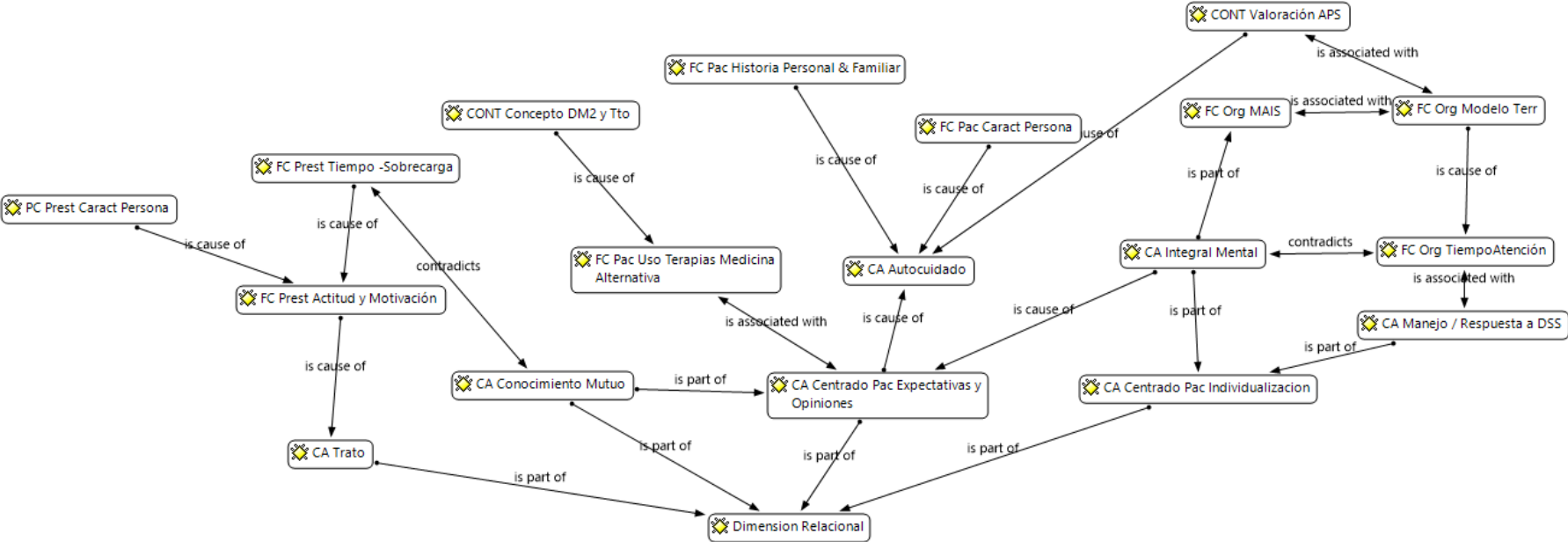
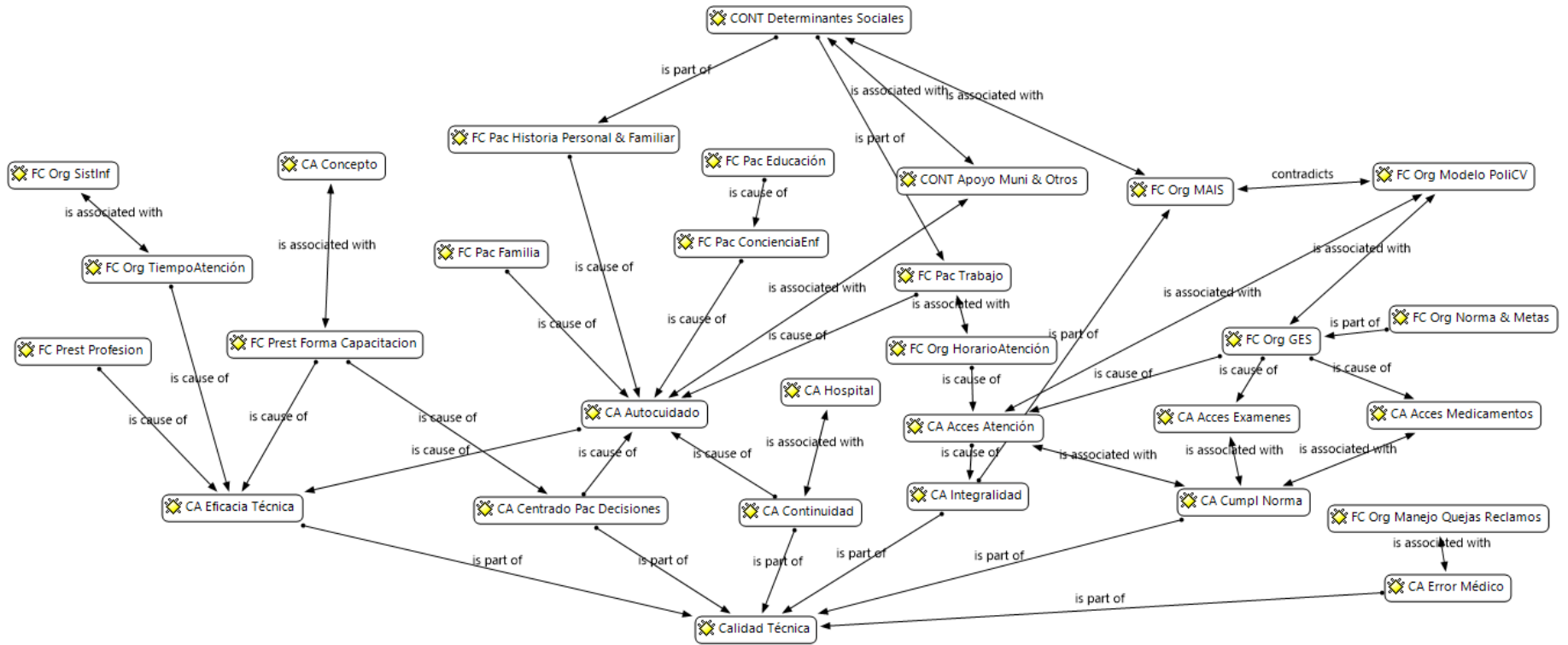


Ilustración 11: Dimensión técnica: principales categorías y factores condicionantes



7.1 Calidad de atención

Cómo fue descrito en el capítulo anterior, los pacientes tienden a ser muy parcos en sus respuestas frente a las preguntas sobre la calidad de la atención recibida. La expresión inicial más frecuente fue “*no tengo nada que decir*”; lo que, si bien es un giro para expresar satisfacción, también puede ser interpretado literalmente. El que no articulen un discurso sobre el tema puede ser debido al predominio de un pensamiento y lenguaje referido a lo concreto y particular: la experiencia vivida en cada consulta sobre la que se explayan. Sin embargo, podría indicar un sentimiento de falta de agencia (260), de imposibilidad de incidir en la situación; aun cuando después describen estrategias que les permiten construir otro tipo de relación con los prestadores y, por este mecanismo, recibir mejor atención. La existencia de una gran asimetría de poder es reconocida de forma implícita en el relato de estas estrategias que, en general, buscan establecer una relación personalizada con el profesional que los atiende.

7.1.1 Dimensiones de la calidad de atención

En concordancia con lo descrito por varios autores (23,24,26,261), los pacientes enfatizan los aspectos relacionales al solicitarles describir la atención recibida. Esta dimensión también fue destacada por los prestadores, para quienes la calidad relacional tiene como fin incrementar la adherencia del paciente a las indicaciones del profesional, la que, en la visión de los prestadores, mejora la eficacia de la consulta. Para los pacientes en cambio, la importancia de la relación con quienes atienden su salud va más allá de los aspectos propiamente clínicos: ellos valoran el que se los reconozca como personas que tienen ocupaciones, preocupaciones y expectativas no solo referidas a su enfermedad. En las entrevistas enfatizan estos otros aspectos; en algunos casos expresan el deseo de que la diabetes no ocupe un lugar central en su vida y que los prestadores reconozcan y acepten esta situación. Esto produce tensión en la relación con los prestadores para quienes la enfermedad representa no solo su objeto de trabajo, sino en muchos casos, especialmente en los profesionales de mayor edad, una vocación siempre

presente. Además, el ser reconocidos como personas también está relacionado con el establecimiento de una relación menos asimétrica con los prestadores y las posibilidad de influir en las decisiones clínicas, e incluso, en la organización de las prestaciones de salud (23,111). Esta dimensión de la calidad está estrechamente relacionada con el concepto de atención centrada en el paciente, que será analizada más adelante.

7.1.1.1 Aspectos relacionales

En lo dicho por los entrevistados, se visibilizan claramente las asimetrías de poder que se establecen en la relación de los prestadores con sus pacientes y también entre prestadores de diferentes profesiones o, en algunos casos, cargos o experiencia laboral. Esta asimetría se da por la situación excepcional y de vulnerabilidad de los pacientes, quienes experimentan temor e incertidumbre ante su condición de salud, lo que los lleva a buscar atención por parte de profesionales en quienes esperan y reconocen un conocimiento especializado y experiencia que les ayude en su vivencia de enfermedad (262).

Sin embargo, en sus discursos casi todos los prestadores expresan una valoración negativa de esta asimetría, probablemente influenciada por las críticas al autoritarismo o paternalismo médico mencionadas en los nuevos modelos de atención. Esto lleva a los prestadores a no asumirla abiertamente, prevaleciendo un discurso de que su responsabilidad termina con entregar la información que ellos consideran necesaria a los pacientes y respetar la autonomía de estos en cuanto al cumplimiento de las indicaciones. No obstante, se trata de una falsa autonomía, ya que en ellos prevalece una actitud juzgadora frente al no cumplimiento de las mismas, a la que subyace una sensación de pérdida de poder, expresada como “*no perder mi tiempo*”. Además, para los pacientes esta no es la respuesta que esperan por parte de los prestadores; muchos, particularmente los adultos mayores, interpretan las prácticas paternalistas o incluso autoritarias como signos de preocupación por su salud por parte de los prestadores. En general, aunque muchas veces de manera implícita, los pacientes expresan su deseo de establecer relaciones

más dialógicas, en que se reconozcan e incorporen sus experiencias vitales y otro tipo de saberes en la atención y las indicaciones de autocuidado.

Propuestas como el “paciente experto” o la conformación de grupos de (auto-) ayuda y soporte por pares intentan reducir las relaciones paternalistas entre prestadores y pacientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas iniciativas se basan en, y refuerzan el modelo biomédico, ya que no reconocen la existencia y el valor de otros saberes en torno a la enfermedad, ni de la experiencia que otorga el vivir con y tener que manejar de manera cotidiana la enfermedad (259). Esto se evidencia en los relatos de los prestadores sobre la forma en que realizan los talleres, que, como ellos mismos reconocen, la mayoría de las veces representan estrategias para brindar información e incluso atención grupal y no un real dialogo de saberes.

Ya en 1975, Parson mencionaba que esta relación asimétrica no se horizontaliza solo transfiriendo información y tecnología a los pacientes; influye el poder que le otorgan las estructuras institucionales y sociales a los prestadores de salud (263). Así, esta asimetría existe aún si el paciente pertenece a una clase social más alta que el prestador y se acrecienta cuando este ocupa una posición social subordinada. En esta investigación, esto se visibiliza claramente en las dificultades relatadas por los prestadores en su comunicación con pacientes que tienen poca escolaridad o son migrantes.

De acuerdo a la clasificación de las relaciones entre prestadores y pacientes propuesta por Emanuel (262), en esta investigación se encontró un predominio de los modelos paternalistas, que es aquel centrado en el prestador, que espera pacientes pasivos y agradecidos; y el informativo; basado en el paciente entendido como “*consumidor*”. En este último, el rol del prestador es dar información técnica, idealmente basada en la evidencia, para que el paciente decida de acuerdo a sus valores. Este tipo de relación ha sido defendida desde el enfoque de derechos del paciente, enfatizando en su autonomía, pero es criticada por corresponder a una visión neoliberal, que fomenta la hiper-especialización y despersonalización de la práctica clínica. Los relatos de prestadores y pacientes no mencionan situaciones,

existentes o ideales, que correspondan con los modelo interpretativo o deliberativo de relación entre pacientes y prestadores, mismos que serán descritos en las recomendaciones.

Los prestadores dejan entrever la existencia de tensiones entre su rol aprendido, tradicional y esperado por los pacientes, marcado por el paternalismo y una “responsabilidad fiduciaria” (263), y los discursos de autonomía y empoderamiento del paciente. Esto hace que se pida a los pacientes tomar “decisiones falsas”, ya que al no concebir otro modelo que el biomédico hegemónico no es posible plantear, ni menos validar, verdaderas alternativas, sino solo cambios menores. Mas que pacientes realmente empoderados, los entrevistados describen un cierto grado de “habilitación”, o en el caso de los prestadores, la búsqueda de esta. Según Pekonen y colaboradores (260), la habilitación consiste en la adquisición de conocimientos y destrezas para participar en las decisiones clínicas y su autocuidado, sin la confianza, motivación y poder necesarios para tener el control sobre el manejo de su enfermedad. En general se enfatiza el aspecto cognitivo más que el emocional, y menos en las condiciones que permiten la acción. Sin embargo, los relatos de algunos pacientes describen acciones que se inscriben en otra forma de entender el empoderamiento: obtener el mayor beneficio posible de los servicios de salud a los que pueden acceder. Es importante mencionar que casi siempre el empoderamiento es descrito en función de la relación del paciente con sus prestadores, aun reconociendo que estos últimos solo pueden facilitar el proceso que siempre es dinámico y no un estado final a alcanzar.

7.1.1.2 Dimensión técnica

En relación con los aspectos técnicos de la calidad de atención, en las entrevistas con pacientes predominan las alusiones referidas al acceso a atención y a exámenes, medicamentos y otras prestaciones e insumos. Los prestadores en cambio centran su discurso en el cumplimiento de las normas, metas sanitarias y garantías GES establecidas para el control de los pacientes con DM2. En general, los pacientes expresan no tener dificultades para acceder a las consultas, ni a los

medicamentos o exámenes pautados en el PSCV, siempre que estos sean realizados dentro de los establecimientos del primer nivel de atención. En contraste, las consultas por morbilidad y aquellas que requieren de especialistas (lectura del EKG, fondo de ojo, atención hospitalaria) implican largos tiempos de espera, siendo esta una de las principales razones por la que los pacientes acuden al sistema privado. La información obtenida a partir de los registros clínicos del PSCV, aun con las deficiencias que serán analizadas más adelante, corrobora estas afirmaciones que muestran las limitaciones impuestas por la falta de algunos recursos y la fragmentación del sistema público de salud.

Las normas del PSCV y las metas sanitarias están presentes en todas las entrevistas con prestadores, bien sea como elemento central de la atención dada a los pacientes o por las dificultades enfrentadas y las estrategias implementadas para su cumplimiento. Cómo se analizará en detalle en el punto 7.2.2, la hemoglobina glicosilada, como indicador de la “compensación” de la DM2, ocupa un lugar central en la atención, lo que probablemente se debe a que, junto con el examen de los pies, constituyen las metas con las que se evalúa el desempeño de los equipos APS. Esto también se ve reflejado en los datos de los registros clínicos, en los cuáles estos indicadores muestran mejor registro y mejores resultados que otros indicadores. En relación con esto, Young y colaboradores afirman que lo que se evalúa, es decir se mide y registra, refleja lo que es implícitamente valorado y percibido como prioritario en un sistema de salud (264). Cabe mencionar que, de acuerdo a lo dicho por los prestadores, la flexibilización de las normas obedece a motivos institucionales entre los que destaca la falta de recursos, más que a su adaptación a las características individuales, condiciones de vida o expectativas y valores de los pacientes.

El autocuidado, y en el caso de los pacientes insulino-requirientes también el automanejo, son señalados como elementos clave para la consecución de los resultados esperados de la atención. Sin embargo, pacientes y prestadores reconocen importantes deficiencias, que en general son atribuidas a la falta de entendimiento o voluntad para realizar cambios en su vida por parte de los pacientes,

lo que es referido como “*falta de conciencia sobre su enfermedad*”; solo algunos prestadores reconocen no tener las destrezas requeridas para apoyar estos procesos. La información de los registros médicos muestra que, en general, los resultados del proceso de atención son más positivos para aquellos aspectos asociados a intervenciones farmacológicas, como la adherencia a los medicamentos y la compensación de la HTA, que los dependientes del cambio de comportamiento de los pacientes: las tasas de sedentarismo y obesidad se mantienen muy altas. Tausig señala que una de las principales críticas a los modelos que enfatizan en el autocuidado es que estos asumen una relación lineal entre educación de salud, confianza entre el prestador y el paciente y un automanejo efectivo. Estos enfoques no reconocen ni estudian a profundidad la complejidad de esta asociación en que intervienen factores biológicos, sociales, logísticos y económicos, por lo que ignoran los procesos de toma de decisiones cotidianas por parte de los pacientes en relación al (auto-)manejo de su enfermedad y su vida (259). Esto puede, al menos en parte, explicar porque la mayoría de estas intervenciones no muestran resultados positivos en términos de adherencia a las indicaciones médicas y menos aún, en el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes. También permiten comprender por qué los pacientes no dicen la verdad al ser preguntados por el cumplimiento de las medidas no farmacológicas y los prestadores aceptan esta situación como algo inmodificable.

Ambos grupos de entrevistados enfatizan más en la integralidad que en la continuidad de la atención; esta última es muy valorada por los pacientes, pero pocos la mencionan de manera espontánea, lo que puede ser expresión de la normalización de su no existencia. La mayoría de los pacientes considera que la alta rotación de los profesionales, especialmente de los médicos, es algo propio de la APS y solo destacan este aspecto como positivo en los pocos casos en que existe permanencia. Algo similar se verifica en las entrevistas con los prestadores, quienes describen los continuos cambios, dados también por la separación de las consultas del PSCV de las de morbilidad, como algo propio del funcionamiento del sistema público. La creación de equipos de cabecera que trasladan su atención a las sedes de

organizaciones sociales no logra superar estos obstáculos que parecen ser intrínsecos a la coexistencia de varios modelos de atención, con predominio del modelo enfocado en el control de enfermedades. Esta es también la causa subyacente a las deficiencias en la integralidad de la atención, en la que destaca la no incorporación de los problemas de salud mental en las prestaciones brindadas a las personas inscritas en el PSCV, situación semejante a la descrita por otros autores (265). Cabe mencionar que, si bien la razón aparente de esta situación es la falta de recursos humanos especializados, esta obedece a una priorización implícita de los problemas de salud que privilegia lo biológico y subvalora el sufrimiento producido por las alteraciones psicoafectivas, considerando además que pueden ser superadas con la “fuerza de voluntad” individual; discurso muy presente en las entrevistas con pacientes y algunos prestadores, particularmente los médicos de mayor edad y las nutricionistas jóvenes.

7.1.1.3 Dimensión sistémica

Durante el análisis de la información se consideró necesario crear esta tercera dimensión de la calidad de la atención, aun cuando esta no es mencionada como tal en la literatura científica revisada. Los resultados referidos a la adherencia a las indicaciones y al estado de salud de las personas atendidas suelen ser incluidos en la calidad técnica, mientras que la comunicación es considerada como un componente de la dimensión relacional (21). Sin embargo, esta categorización fomenta que la atención se centre en el logro de metas establecidas desde el paradigma biomédico, ignorando conceptualizaciones más integradoras de la salud y el bienestar. Es importante considerar la diferencia establecida por Håkansson y colaboradores, en cuanto al propósito o resultado esperado de la atención. Este puede ser la restauración de la funcionalidad, como lo es en la atención centrada en el paciente, o el logro de una vida significativa para la persona, que se establece en una atención enfocada en esta. Así, la atención centrada en la persona representa una ampliación de la orientada en el paciente, que toma en cuenta todos los aspectos de su vida; su foco está en el individuo que experimenta una enfermedad y no en su

rol como enfermo (266). Esta diferencia repercute en la forma de entender y practicar varios aspectos de la atención. Por ejemplo, la comunicación pasa de ser un intercambio de información pretendidamente objetiva y neutral, a un diálogo que intenta clarificar, para ambos interlocutores, lo que realmente les es importante.

Aun cuando se considere que el objetivo de la atención de los pacientes crónicos debe ser evitar la aparición de complicaciones y enlentecer el deterioro de su estado de salud a fin de que no se produzca la necesidad de atenciones especializadas, hospitalización o institucionalización por dependencia, las funciones de los prestadores de salud deberían abarcar no solo la atención clínica. Tausig plantea que estas deben incluir el soporte emocional y la ayuda para la vinculación del paciente con los servicios de protección social y asistencia financiera (259), elementos que si son mencionados como importantes componentes de la atención por varios de los entrevistados, tanto prestadores como pacientes.

7.1.2 Rol esperado del paciente

Este concepto no fue considerado en el diseño de esta investigación, pero surge como categoría con gran potencial explicativo en la interpretación de la información obtenida de las entrevistas. Desde la sociología médica se postula que la presencia de DM2 genera una disrupción biográfica y la reconstrucción de la identidad de la persona, quién pasa a ser un enfermo crónico. Este planteamiento permite superar algunas limitaciones del concepto de rol del enfermo acuñado por Parsons (263), que solo es aplicable en personas con enfermedades agudas, y no considera las diferencias en la atención de salud dadas por el contexto sociocultural (259), y por lo tanto mediadas por el género, la etnia, la posición social y las vivencias tempranas de falta de recursos y disminución de expectativas de los pacientes (267). La reacomodación biográfica implica un cambio en la concepción de sí mismo y del cuerpo, predominando la sensación de pérdida de control y la necesidad de integrarse a una nueva situación de vida (268).

Similar a lo descrito por Ibarra-Mendoza y Siles-González (269), en esta investigación muchos pacientes asocian la enfermedad con limitación de sus actividades, aislamiento social, estigma y temor de ser una carga para otros. Sus narrativas del proceso están marcadas por los hitos: diagnóstico, inicio de insulino terapia y aparición de complicaciones, y su tiempo cotidiano pasa a estar estructurado por los horarios de alimentación y medicación, con dependencia de la tecnología encarnada en los fármacos y la medición de glicemia capilar. Varios aluden, de forma indirecta, a la necesidad de siempre estar alerta ante la posibilidad de pérdida de control, ya sea por no cumplir con las indicaciones, frecuentemente unida a un juicio de responsabilidad individual con valoración moral, o por los efectos indeseados de las medicinas. Una enfermedad crónica representa un trabajo continuo de control y adaptación a los síntomas y las limitaciones asociadas a esta (269); lo que implica un reconocimiento al rol activo de los pacientes, contrapuesto a los modelos de atención centrados en los profesionales de la salud (270).

La nueva identidad está mediada por factores sociales que a su vez son reflejados en la imagen que los demás tienen del individuo. Por lo cual, el reconocimiento y la reacción de los prestadores de salud frente a este proceso juega un rol fundamental en la atención. Torres-López y colaboradores sostienen que conocer los rituales desarrollados por los enfermos crónicos permite describir sus pautas de acción y los significados atribuidos a estas, lo que contribuye a mejorar el cuidado de los pacientes, por ellos mismos y por los prestadores de salud (261). Ibarra-Mendoza y Siles-González proponen que los profesionales de enfermería sean facilitadores de la optimización y del dar sentido a su enfermedad por parte del paciente (269).

Otro alcance al modelo de Parsons es que, en las enfermedades crónicas, la legitimación social de la dispensa de las obligaciones y la adquisición de ciertos privilegios por el hecho de estar enfermo, adquiere características particulares, aunque siempre ligadas al esfuerzo realizado por la persona por mejorar su estado de salud y al cumplimiento de las indicaciones dadas por los profesionales de la salud

(259). El tradicional rol pasivo de los pacientes entra en conflicto con la exigencia del autocuidado: aunque en general todos adhieren al discurso predominante sobre la importancia de la alimentación y, en menor medida, la actividad física y otras indicaciones no farmacológicas, implícitamente esperan que los prestadores, y las tecnologías que ellos manejan, representen su curación. El tema de las ganancias secundarias obtenidas por desempeñar el rol de enfermo no fue mencionado ni se exploró a profundidad, probablemente debido a que, como ya se indicó, el carácter crónico de la enfermedad hace que esta deba ser incorporada en la vida cotidiana de las personas. Estas ganancias parecen estar presentes en algunos adultos mayores que reciben cuidados y apoyo económico por parte de sus familiares, siendo difícil distinguir si esto se debe al rol social que les es otorgado por su edad, o a la presencia de la enfermedad.

7.2 Factores Condicionantes de la calidad

A continuación, se discuten los principales factores que, desde la narrativa de los entrevistados, condicionan la calidad de la atención brindada a las personas con DM2 en el sistema APS de Recoleta, enfatizando en aquellos vinculados con la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. Es importante aclarar que el desglose de estos elementos, no implica su tratamiento como variables aisladas, ni obedece a la noción de que la vulnerabilidad es un problema esencialmente individual de naturaleza probabilística (180). En el punto 7.3 se intenta superar esa visión mediante un análisis crítico del contexto en que se da esa atención y de los factores estructurales vinculados a la calidad de la atención en el sistema público de salud de la comuna.

7.2.1 Características de los pacientes y los prestadores

7.2.1.1 Características personales

La información obtenida de las entrevistas se corresponde casi punto por punto con lo planteado por Tausig, quién afirma que la estructura y el funcionamiento de los sistemas de cuidado de la salud, tanto las redes informales como las

instituciones, están condicionados por la posición social de la persona con DM2. Esta posición depende del nivel socioeconómico, del género y la etnia del paciente, características que a su vez moldean las conductas individuales, ya que determinan el nivel de conocimiento, el acceso a recursos y la capacidad y motivación para comprometerse con comportamientos que favorezcan la salud. Además, las personas de baja posición social tienen menor acceso a recursos instrumentales tales como información, y disponibilidad de atención de calidad, lo que disminuye su capacidad de autocuidado y explica los pobres resultados de las intervenciones educativas en esos pacientes (259).

En la presente investigación las características personales que, de acuerdo a los entrevistados, moldean la calidad de la atención, y también la percepción que de ella tienen los pacientes, son edad y género, situación socioeconómica, estrechamente vinculada al nivel de escolaridad alcanzado y trabajo. En muchas entrevistas se menciona un trato especial para las mujeres adultas mayores, en quienes se reconoce mayor cercanía con el sistema de salud. Llama la atención que casi todos los prestadores no solo aceptan acríticamente, sino refuerzan los roles tradicionales de género que asigna a las mujeres el papel de cuidadoras aun a costa de su propia salud. Solo una nutricionista, mujer y mayor de cuarenta años, relata que intenta “empoderar” a las mujeres indicándoles la necesidad del autocuidado y la creación de redes sociales de apoyo más allá de la familia.

Aunque todavía no muy presentes en las entrevistas, los **pacientes con múlti-morbilidad** representan un desafío para el sistema de salud, que irá en incremento dado el acelerado proceso de envejecimiento de la población y las precarias condiciones en que vivieron su infancia y juventud los que ahora son adultos. La coexistencia de varias enfermedades crónicas requiere de un cuidadoso manejo clínico que evite la polifarmacia, y de modelos de atención y gestión clínica que faciliten la atención integral de estos pacientes en cada consulta (271,272).

La influencia de pertenecer a **grupos ancestrales, y el ser migrante** no pudo ser explorada a profundidad, ya que sólo uno de los entrevistados cumplía con el

primer criterio. En primera instancia, los prestadores niegan cualquier tipo de discriminación, pero es justamente esa falta de consideración ante las necesidades y expectativas diferentes, lo que puede resultar deletéreo para la calidad de la atención de estos pacientes. En concordancia con lo previamente descrito sobre la no incorporación de otros saberes en la atención, los prestadores esperan que el migrante conozca se adapte al funcionamiento del sistema de salud chileno, y tanto de ellos como de todos los pacientes, la aceptación de una concepción biomédica de su enfermedad y del tratamiento. Además, el ser migrante está unido a una situación laboral inestable y un bajo nivel de escolaridad que los prestadores reconocen como barreras para la buena comunicación con los pacientes y la adherencia de estos a las indicaciones.

Las precarias **condiciones laborales** se asocian con bajos ingresos, poca disponibilidad de tiempo para acudir a la consulta o dedicarse al autocuidado y a estrés, que lleva a los pacientes al abandono del autocuidado en todas sus esferas: alimentación, actividad física y consumo de tabaco y alcohol. Para aquellos con trabajo formal, la obtención de permisos y licencias temporales representa un engorroso trámite burocrático, además del riesgo siempre presente de perder su empleo. Por otra parte, los adultos mayores ya jubilados tienen que subsistir con pensiones muy bajas o inexistentes, lo que, si no cuentan con el apoyo de sus familias, los deja en situaciones de abandono y miseria que hacen impensable el poder otorgarles una atención de buena calidad, ya que no existen mecanismos de seguridad social que eviten estas situaciones.

Las **características personales de los prestadores** asociadas, por ellos mismos y los pacientes, a la calidad de la atención son la profesión, formación y experiencia laboral, pero principalmente el conocimiento y cercanía de los prestadores, tanto geográfica como sociocultural con las condiciones de vida de los pacientes. Esta última les permite no solo adaptar sus indicaciones a la realidad de las personas con DM2, sino pertenecer a las mismas redes sociales de apoyo y establecer relaciones de mayor confianza con la población. En ese sentido, salvo

notables excepciones, el potencial social de las TENS, y en alguna medida también de las trabajadoras sociales, parece estar subvalorado dadas las relaciones jerárquicas que se establecen entre los miembros de los equipos de salud.

En varias de las entrevistas con prestadores surge de manera implícita o explícita la asimetría de poder existente entre los profesionales; a los médicos se les otorga gran poder de decisión, que los hace ser muy valorados, pero al mismo tiempo implica una sobrecarga de responsabilidades que podrían ser asumidas por otros integrantes del equipo de salud. Aunque algunos prestadores afirman que los pacientes no distinguen sus respectivas profesiones, estos últimos privilegian las consultas con médicos, debido a que pueden diagnosticar y tratar diversas patologías tanto agudas como crónicas y son los únicos que tienen autorización para manejar ciertos recursos, particularmente fármacos y derivación a especialistas. Así, la organización de las prestaciones tiende a reforzar el poder de estos profesionales, aun cuando el discurso aluda a equipos interdisciplinarios. Según Young y colaboradores (264) las inequidades dentro de los sistema de salud se manifiestan en las características, la formación y los roles asumidos por cada profesional, en quiénes ejercen liderazgo y toman decisiones, y en los sistemas de información.

7.2.1.2 Factores individuales

Todos los entrevistados otorgan especial importancia a factores tales como la actitud, que es mencionada tanto para pacientes como para prestadores, la “conciencia de enfermedad” que deben tener los primeros y el compromiso con el trabajo en APS, que es valorado en los segundos. Estos tres condicionantes de la calidad de la atención se diferencian de las características personales mencionadas en el punto anterior en que son percibidas como modificables con el esfuerzo y la voluntad de cada individuo. Frecuentemente son las características que cierran las respuestas a la pregunta sobre los aspectos de su contraparte que influyen en la relación prestador-paciente; es decir se mencionan otras características, y se termina con: “*pero lo más importante es la actitud*”. Este tipo de discurso es propio de los modelos neoliberales que suponen que la posición social se establece a partir del

esfuerzo individual, desconociendo las inequidades sistémicas y sistemáticas que hacen que estos esfuerzos resulten ineficaces, naturalizando la inexistencia de justicia social. Un estudio realizado por Bleacher y colaboradores en Denver, Estados Unidos, encontró que los pacientes que tenían necesidades sociales insatisfechas reportaban menor confianza en su capacidad de manejar y controlar sus problemas de salud, asumiendo que esta última representa un indicador de la eficacia en el autocuidado, la que, a su vez, lleva a una mejora en la calidad de la atención. Los autores plantean que esa relación podría estar mediada por las vivencias de discriminación y por la inequidad, que crean necesidades sociales insatisfechas y simultáneamente, minan la confianza de los pacientes en su capacidad de manejar su vida (273).

El curso de vida surge como una categoría explicativa en casi todas las entrevistas con pacientes y es mencionada por algunos prestadores. Este enfoque permite entender como la presencia de los determinantes sociales de salud en las diferentes etapas de la vida del paciente influencia el desarrollo de enfermedades crónicas (274). Si bien ha sido utilizado para explicar los resultados mediados por procesos biológicos, también es posible aplicarlo a efectos psicológicos y sociales, tales como la relación que los pacientes establecen con sus prestadores y con el sistema de salud. Así, los relatos sobre una infancia y juventud marcadas por privaciones, marginación y discriminación social permiten entender la dificultad que representa para algunos pacientes el privarse de satisfactores, tales como ciertos tipos de alimentos, a los que actualmente tienen acceso. Además, explica la aceptación, e incluso valoración positiva, de actitudes paternalistas por parte de los prestadores y el no reclamo ante la vulneración de sus derechos como pacientes y seres humanos. Al respecto, Håkansson plantea que en la atención centrada en la persona la empatía trasciende la comprensión de la vivencia actual de la persona enferma, que es el foco de la atención centrada en el paciente, para intentar inferir decisiones desde la comprensión del propósito que el paciente otorga a su vida. Para esto, es necesario asumir que todas sus actitudes y comportamientos tienen significado, aun cuando este resulte difícil de entender (266).

7.2.1.3 Familia y redes sociales de apoyo

Las redes sociales, tanto de familiares como de otros cuidadores, dan respuesta a las necesidades emocionales y físicas de los pacientes con enfermedades crónicas, movilizando distintos tipos de recursos que sostienen los cambios y adaptaciones en la vida cotidiana de estos, es decir, la adherencia al tratamiento y el autocuidado de manera integral. Sin embargo, a pesar del reconocimiento por parte de todos los entrevistados de la importancia de la familia, la atención clínica sigue siendo considerada y practicada en forma primordialmente diádica (259). Los esfuerzos para la incorporación de los familiares en las consultas de los pacientes con DM2 en general resultan infructuosos, salvo en los adultos mayores dependientes. Los condicionantes de este fenómeno no fueron explorados a profundidad, pero entre los factores mencionados emergen tanto determinantes sociales asociados a las condiciones de trabajo, como discursos de valoración de la autonomía. Otra posible explicación podría ser la diferencia de objetivos entre ambos sistemas de cuidados: mientras el sistema de salud se enfoca en el manejo de la enfermedad, la familia lo hace en el mantenimiento de la calidad de vida. La visión positiva de la familia como cuidadora o fortalecedora del autocuidado de los pacientes con DM2, muy presente en las entrevistas con adultos mayores y prestadores, debe analizarse críticamente a la luz de aquellos casos en los cuales la familia no existe, o no quiere o no puede asumir esa responsabilidad. Las deficiencias del sistema de seguridad social, propias de una concepción del Estado como subsidiario, deja a estas personas en situación de gran vulnerabilidad; en el mejor de los casos son atendidas por instituciones de beneficencia.

Los grupos de pares, en este caso de pacientes con la misma enfermedad, también brindan apoyo emocional, pero, sobre todo, constituyen espacios de intercambio de experiencias y saberes que pueden cuestionar o contradecir el conocimiento biomédico, y. por lo tanto, alterar la dinámica de poder entre prestadores y pacientes. Un fenómeno parecido se ha descrito con la información disponible en internet, aunque la utilización de este recurso es más común en

personas más jóvenes y de altos niveles educativos y económicos (259). Esta puede ser una de las razones por las que no se los promueve, y cuando existen, son sometidos a vigilancia por el personal de salud.

7.2.1.4 Formación y capacitación profesional

Esta categoría está ausente en las entrevistas con pacientes y tuvo que ser explorada activamente en las entrevistas con prestadores. Lo primero probablemente se deba a la falta de información y nula capacidad de influencia que los pacientes perciben que tienen en esos ámbitos; en efecto, ningún entrevistado mencionó la posibilidad de que los pacientes participen en los planes de capacitación y menos, en el diseño de la formación profesional. Al ser consultados, los profesionales reconocen la necesidad de ser capacitados en temas relativos al modelo de atención propuesto para la APS y en “técnicas” que fortalezcan su comunicación y trabajo con los pacientes y la comunidad. De acuerdo a Tausig la formación profesional y la estructura social del cuidado médico, se centran en el conocimiento cognitivo de la enfermedad. Esta podría ser una de las razones por las que, la consideración e incorporación de los valores y recursos del paciente y su contexto al proceso terapéutico, representa un “punto ciego” en la formación y práctica clínica (259).

Como ya se mencionó, gran parte de los prestadores reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud, pero centra su discurso y sus prácticas en la modificación de los aspectos más proximales de estos. Al respecto, el estudio de Bleacher y colaboradores (273), realizado en la clínica de un hospital universitario en la que practican residentes de medicina familiar, encontró que el personal de salud era consciente de las malas condiciones de vida que tenían que afrontar muchos pacientes. Sin embargo, con excepción de la trabajadora social, se sentían incapaces de actuar para mejorarlas. Håkansson y colaboradores (266) mencionan que a diferencia de otros profesionales, las enfermeras tienen una comprensión profunda de la individualidad del paciente, lo que les permite no perder de vista los valores humanísticos intrínsecos a una atención de calidad. Estos elementos no

están presentes en la descripción de la formación y capacitación de los profesionales y TENS de la APS en Recoleta, que privilegian la socialización de los cambios en las normas y la actualización en aspectos científico -técnicos referidos al manejo y control clínico de la enfermedad.

7.2.2 Condicionantes Organizacionales

A continuación, se analizan cuatro aspectos de la organización y funcionamiento del sistema de salud que resultan claves para describir y explicar la calidad de la atención brindada a las personas con DM2 en la APS de Recoleta: los modelos en que se basa la atención; las normas y metas sanitarias; dificultades para crear redes integradas de servicios de salud y el sistema de información.

7.2.2.1 Modelos de atención

Cómo fue descrito en el marco teórico, la atención en el sistema APS se basa en el **Modelo de Atención Integral de Salud** (MAIS); que establece que la atención integral es la que: *“acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica”* (18:11). Por lo tanto, este modelo entra en tensión con el previamente existente, que centra su atención en el manejo de enfermedades, enfoque al que corresponde el PSCV. Si bien solo uno de los entrevistados menciona de manera explícita esta contradicción entre los dos modelos, esta está presente en muchos de los relatos sobre las dificultades y limitaciones en la atención de las personas con DM2. En la realidad, más que una contraposición entre dos modelos se evidencia tensión entre el discurso sobre un ideal de atención (MAIS) y la realidad que impone la forma de funcionamiento, evaluación e incluso financiamiento de la APS, dirigida al manejo con enfoque biomédico de la patología. Una estrategia implícita es la transformación del PSCV en el de atención integral de los adultos y adultos mayores; que se refleja en que en las consultas atribuidas al programa los médicos atienden otras patologías

crónicas o emergentes, y los enfermeros realizan actividades para diagnosticar y prevenir la dependencia. Sin embargo, al no estar acompañada por cambios en la forma de organizar y gestionar las prestaciones de salud, esta estrategia no resulta efectiva, llevando a un deterioro de la calidad de atención.

Tausig plantea que para el adecuado manejo de la DM2 se requiere de un tipo diferente de servicios, que deben tener como objetivo la organización y activación de las redes que resulten efectivas para el cuidado y manejo de la enfermedad por parte del paciente y su entorno social. Estas intervenciones permiten incorporar de mejor manera la educación y las indicaciones médicas en la vida cotidiana del paciente (259). Este tipo de atención es la que, con todas las limitaciones y críticas que se le pueden hacer, se busca brindar mediante la **estrategia de territorialización**, particularmente si esta implica una atención en las sedes comunitarias. Sin embargo, esta forma de organizar la atención coexiste con el denominado **PoliCV** (policlínico cardiovascular), que al tratar de brindar atención oportuna que permita “compensar” a los pacientes desde el punto de vista biomédico, retorna una atención centrada en la eficacia de la terapia farmacológica y en los resultados de exámenes de laboratorio. Si bien la percepción de los pacientes y prestadores sobre la calidad en este espacio de atención tiende a ser positiva, se puede deducir que va en desmedro de la integralidad y el fomento del autocuidado que se propicia con la territorialización. La coexistencia de estas dos formas organizativas de la atención refleja las contradicciones intrínsecas al modelo de atención integral. Al respecto, Bleacher y colaboradores sostienen que la identificación de necesidades sociales insatisfechas lleva a que los prestadores se sientan tensionados entre el requerimiento de brindar una atención basada en las guías y protocolos de manejo clínico, y la creación de planes individualizados que consideren las barreras para el autocuidado y la capacidad del paciente de llevar a cabo las indicaciones. Esa “medicina mínimamente disruptiva” implica una contraposición entre una atención basada en el control de enfermedades y una enfocada en la calidad de vida subjetiva de la persona (273).

El PSCV se basa en el **Modelo de Cuidados Crónicos** (88) que enfatiza en lo planteado por Gallagher hace 45 años: la necesidad de considerar al paciente como actor principal del proceso de manejo de la enfermedad crónica que, a diferencia de las patologías agudas, más que aceptación y mera adherencia a las indicaciones médicas, requiere de una adaptación de su vida cotidiana y de sus relaciones familiares y sociales. Desde la perspectiva sociológica se plantea que en el manejo de las enfermedades crónicas más que autocuidado, lo que existe es un manejo del cuidado que involucra a la familia, las redes sociales y la comunidad, por lo que la acción de los prestadores de salud debería estar dirigida al fortalecimiento de estas instancias. Sin embargo, los prestadores entrevistados narran grandes dificultades para el involucramiento de las familias y comunidades, lo que podría explicarse por un enfoque en los niveles proximales del nexo entre pacientes y prestadores que no permite visualizar la integralidad del cuidado y de los recursos sociales que están disponibles para las personas con enfermedades crónicas. Para movilizar estos recursos, que pueden ser de cuatro tipos (apoyo, influencia y participación social, y acceso a bienes materiales), se requiere una perspectiva que incluya la posición social de los individuos y, por tanto, los efectos de la desigual distribución y disponibilidad de dichos recursos (259).

7.2.2.2 Normas clínicas y metas sanitarias

El seguimiento del cumplimiento de las normas clínicas y metas sanitarias representa el sistema de evaluación y gestión de la calidad de atención brindada a los pacientes con DM2. Por ello, resulta importante inspeccionar detenidamente el o los conceptos que subyacen a los indicadores con que se mide su cumplimiento, así como las prácticas que estos desencadenan. Los indicadores utilizados para la medición son parciales y frecuentemente no dan cuenta del cuadro clínico real de los pacientes. Por ejemplo, un paciente con una HbA1c menor a 7% es considerado como compensado, es decir con un buen manejo de su enfermedad aun si presenta obesidad. Además, si bien el nivel de riesgo cardiovascular es un indicador compuesto, todos los pacientes diabéticos son automáticamente clasificados como

alto riesgo. Esto refleja que la atención está centrada en la consecución de parámetros clínicos establecidos con base únicamente en criterios técnicos, más que en el cuidado integral del paciente como persona.

Lo anterior lleva a la autora de la presente tesis a proponer el término “**atención centrada en hemoglobina glicosilada**”, en contraposición a la atención centrada en el paciente que plantea el MAIS. Según Håkansson y colaboradores este tipo de atención se caracteriza porque el prestador: a) explora las razones y preocupaciones que motivaron la búsqueda de atención; b) intenta entender de manera holística el mundo del paciente; c) encuentra puntos comunes en cuanto al entendimiento de la enfermedad y su manejo clínico; d) fortalece la relación continua con el paciente. En la atención centrada en la persona, a esto se le suma el reconocimiento y valoración de la persona que es el paciente (266). Ninguno de estos elementos está claramente presente en la atención dada a los pacientes con DM2 en la APS de Recoleta. Las descripciones de una consulta tipo por prestadores y pacientes, permiten afirmar que, si bien los prestadores exploran aspectos referidos al entendimiento de su enfermedad y las dificultades para el cumplimiento de las indicaciones de parte del paciente, al final prevalece el criterio técnico basado casi exclusivamente en los resultados de laboratorio. Varios entrevistados describen la revisión del valor de la HbA1c como “momento de la verdad” que define el manejo clínico del problema de salud. Además de no incorporar las condiciones de vida ni las preocupaciones y expectativas de los pacientes, esta práctica implícitamente los pone en posición de subordinación, ya que quién maneja la información “realmente importante” es el prestador, lo que dice el paciente es secundario y frecuentemente puesto en duda.

Es importante resaltar que los autores antes mencionados establecen una diferencia entre la atención centrada en el paciente y la que está enfocada en la persona, aunque ambas representan alternativas ante la hegemonía del modelo biomédico y la atención paternalista. Sin embargo, plantean que la atención centrada en el paciente todavía mantiene características del modelo biomédico, y solo la centrada en la persona concibe al paciente como un ser humano único, considerando

sus características individuales, y por lo tanto, considerándolo como actor clave en la toma de decisiones (266).

Por último, cabe mencionar que Geng, utilizando el concepto acuñado por M. Lipsky en 1960 de “*burócratas del primer nivel*” (*street-level bureaucrats*), sostiene que, aún estado regulados por metas y protocolos, los profesionales de la salud ejercitan gran discrecionalidad al momento de tomar decisiones sobre la atención (275). En sistemas de salud inequitativos, en los cuáles acceder a una atención de calidad representa un desafío, los prestadores están en la capacidad de flexibilizar u obviar las normas, lo cual puede resultar beneficioso para muchos pacientes.

7.2.2.3 Redes integradas –atención hospitalaria

Pacientes y prestadores refieren diversos grados de dificultad en el acceso a la atención por especialistas, la obtención de medicamentos y la realización de exámenes que solo están disponibles en el contexto hospitalario. Sin embargo, aquellos que han sido derivados a la Unidad de Diabetes del hospital de referencia, que es el Hospital San José, son unánimes al afirmar que la calidad de la atención es muy buena. En cambio, los relatos sobre la atención en la Urgencia del mismo hospital son muy negativos, tanto por los largos tiempos de espera como por el maltrato al que son sometidos por el personal administrativo y, en algunos casos, por los profesionales de la salud. Las razones de esta situación no fueron exploradas, pero probablemente están relacionadas con la bien documentada crisis financiera de los hospitales públicos, que en el caso del Hospital San José se agrava por el rápido crecimiento de su población de referencia.

Las implicaciones que la situación descrita tiene sobre la calidad de la atención brindada en la APS de Recoleta son pacientes que no reciben las prestaciones que requieren para el manejo de su enfermedad o, en el otro extremo del espectro, que reciben medicación e indicaciones en ambos sitios, lo que no solo implica malgasto de recursos públicos, sino en algunos casos puede confundir o incluso poner en riesgo al paciente. La coordinación entre el nivel de atención primaria y el hospital,

elemento central de la propuesta de redes integradas, evitaría este tipo de situaciones y garantizaría la continuidad de la atención interniveles (276). Sin embargo, a pesar de la existencia de un documento que avala su creación, la implementación de estas enfrenta muchos obstáculos, entre los cuales destaca el no contar con un sistema único de información (277).

7.2.2.4 Sistema de información

Los datos cuantitativos muestran importantes deficiencias en el registro de datos en el sistema de información denominado Rayen, lo que es reconocido por las autoridades, tanto los responsables locales como la empresa proveedora del sistema, en base a la realización de auditorías de completitud de la información. La gran mayoría de los prestadores entrevistados identifica estas falencias y las atribuye al diseño de la plataforma que hace engorroso el registro de algunos datos, a la existencia de otros formatos y a la falta de capacitación formal del personal en el manejo de la plataforma. Sin embargo, en muchas de sus narrativas subyace la percepción de que la información solicitada tiene como fin principal el control del cumplimiento de metas y el análisis epidemiológico. Es posible postular la existencia de una resistencia pasiva por parte de los prestadores ante las exigencias de registrar la información, que puede deberse tanto a la falta de comprensión y visualización de su utilidad para el manejo y seguimiento clínico y la gestión local, como a que estos registros requieren de mucho tiempo que, de acuerdo a su concepción, debe dedicarse a la atención de los pacientes. Esto se refleja en prácticas tales como el registro posterior, a veces después de varios días, de la información, lo que pone en duda su veracidad.

Aunque una revisión sistemática sobre la influencia de los sistemas de información en el mejoramiento de la gestión de los sistemas de salud afirma que no hay suficiente evidencia sobre su efectividad (278), la comisión de la revista Lancet para la diabetes recomienda la recolección rutinaria de información sobre riesgo cardiovascular, función renal, uso de fármacos y medidas de autocuidado para el aseguramiento de la calidad de la atención a personas con DM2 (279).

Es importante señalar que los entrevistados reconocen que frecuentemente los datos del REM (registro estadístico mensual) difieren de los registrados en la historia clínica, ya que son obtenidos a partir de otros sistemas de registro que, por ello, resultan difíciles de eliminar, aunque impliquen una duplicación de tareas. Además, los prestadores afirman que la presión por cumplir las metas sanitarias puede llevar a un registro preferente de la información más favorable; por ejemplo, si existen varias mediciones de HbA1c, solo se anota el valor que muestra compensación.

7.2.3 Aspectos Contextuales

A continuación, se discuten brevemente algunos elementos contextuales, específicamente referidos a la organización social y del sistema de salud que pueden ser considerados como determinantes estructurales de la calidad de atención. Entre ellos destacan las profundas desigualdades que marcan la estructura de la sociedad en Chile y que se traducen en experiencias de inequidades e injusticias en casi todos los ámbitos y todas las etapas de la vida de la gran mayoría de los pacientes entrevistados. Esto lleva a que en los entrevistados predomine un discurso de agradecimiento ante la atención recibida en los establecimientos del sistema público de salud, que especialmente en el caso de los adultos mayores, es percibida como un favor más que como un derecho. Solo dos entrevistados, hombres relativamente jóvenes, enfatizaron en la atención de salud como derecho, mostrando las dificultades y falencias para poder ejercerlo. En los demás pacientes entrevistados, aún frente a situaciones de maltrato o discriminación prevalece una actitud de resignación, mezclada con frustración. El trato indigno es atribuido a la actitud o personalidad del prestador más que a factores estructurales ante los cuales se usan expresiones como: *“porque soy pobre me toca...”*; siempre naturalizando esas realidades y buscando estrategias de tipo individual o familiar para superarlas.

Young y colaboradores sostiene que la forma como se organizan y financian y los sistemas de salud refleja procesos sociales históricos y actuales de inequidad en la distribución del poder (264). En Chile, la coexistencia de dos sistemas de aseguramiento y de atención en salud fortalece una profunda sensación de injusticia

social en dónde el acceso al sistema privado de atención, siempre percibido cómo de mejor calidad, aunque esto no corresponda con la realidad, es producto del “mérito” individual, bien sea por disponer de recursos o propios, o por tener familiares que lo posibilitan. En muchas entrevistas subyace la noción de lo público como algo de segunda categoría, donde siempre faltan recursos y “*se hace lo que se puede*”. Esto lleva a un paradójal reconocimiento, por parte de los pacientes, de los esfuerzos y el compromiso del personal de salud por brindar atención de buena calidad, y de parte de los prestadores, la noción de que trabajar en el sector público, y particularmente en APS, representa una vocación que no todos están dispuestos a asumir. Dentro del sistema público de salud la valoración de la APS muestra la tensión entre el aprecio por una atención más humana (“*en el hospital solo somos números, aquí no, es diferente*”) y la no satisfacción de las expectativas que crean las tecnologías no disponibles en este nivel de atención.

En este sentido es importante resaltar la relación que emerge entre las características individuales que marcan la posición social del individuo (182) y sus relatos sobre la atención en salud, de lo cual se deriva su percepción sobre la calidad de la misma. Los pacientes que han sufrido mayor marginación son aquellos que más valoran las prestaciones que reciben y quiénes destacan el trato de los prestadores cuando este es percibido como *humano*, lo que en general se refiere al reconocimiento de sus condiciones de vida, actuales y en las etapas anteriores de su vida; en los más jóvenes y con otras experiencias vitales esto se transforma en un discurso sobre derechos. Cobra importancia también la cercanía física y simbólica de los prestadores, lo que en algunos casos logra contrarrestar el sentimiento de frustración de no poder acceder al sistema privado de atención que, si bien generalmente no cumple con las características anteriores, es visto como algo a lo que tienen acceso sólo aquellos que por disponibilidad económica pueden hacer uso de estos. La revaloración de la atención brindada por el sistema de salud comunal y en particular el PSCV puede lograrse mediante su reposicionamiento en el espacio sanitario, social y cultural de Recoleta.

Por otra parte, el que el sistema de seguridad social sea deficiente y muy poco solidario, ya que sus prestaciones se basan en los aportes individuales y no en las necesidades de las personas, refuerza las percepciones de vulnerabilidad y falta de protección ante las eventualidades negativas asociadas con la enfermedad. Este modelo, que corresponde a la noción de un Estado subsidiario propio de la concepción neoliberal de la relación Estado-Sociedad, influye tanto en las condiciones de salud de los pacientes al ser la incertidumbre un permanente factor estresante, como en sus posibilidades de acceder las prestaciones del PSCV y cumplir con las indicaciones de autocuidado, tal como fue descrito en el punto 7.2.1.1 referido a las condiciones laborales.

Es importante puntualizar que todas estas apreciaciones provienen de entrevistas realizadas antes de la gran movilización social que inició en Chile en octubre del año 2019; por lo que cabría esperar que algunas de estas expresiones de inamovilidad del modelo y predominio de estrategias individuales, hayan sido reemplazada por visiones más optimistas sobre las posibilidades de cambio mediante acciones colectivas. El derecho a la salud y a pensiones justas han sido elementos importantes de los discursos reivindicativos.

En todas las entrevistas, la concepción de la enfermedad y su tratamiento corresponde al modelo explicativo propuesto desde la biomedicina, lo que demuestra su carácter hegemónico, que es reforzado por los discursos transmitidos por los diversos medios de comunicación masiva y la publicidad. Esta situación ejerce gran influencia sobre la calidad de la atención, ya que, al aparentemente no existir alternativas, no se visibiliza la necesidad de incorporar un real diálogo de saberes. Las terapias complementarias ofrecidas en los CESFAM o las referidas por los pacientes son vistas como eso, como complemento prescindible al manejo clínico establecido en las normativas y metas que emanan desde las autoridades técnico - científicas. Como ya fue discutido anteriormente, el foco de estas está puesto en mantener la funcionalidad, evitar o retrasar las complicaciones y reducir la mortalidad

asociada a la DM2, a costa de imponer tratamientos y estrategias de autocuidado que no hacen sentido en la vida cotidiana de las personas y disminuyen su bienestar.

7.3 Aspectos metodológicos

7.3.1 Fortalezas

La principal fortaleza metodológica de esta tesis es su abordaje sistémico que permitió dar cuenta de la complejidad del problema de investigación. La realización de un estudio de caso utilizando una metodología mixta facilitó la incorporación y análisis en profundidad de las numerosas y diversas aristas del objeto central de este estudio: la calidad de atención. La perspectiva etno-metodológica permitió incluir información de otras fuentes, tales como la observación de la estructura y el funcionamiento de los establecimientos de salud (centros de salud y sedes comunitarias) durante la espera para realizar las entrevistas. La aproximación al mismo desde diferentes perspectivas respeta su carácter polisémico y, de acuerdo a lo planteado por Young y colaboradores, puede contribuir a identificar y entender las inequidades en los sistemas de salud, ya que permite trascender el manejo de los determinantes como variables separadas, estableciendo la intersección entre los diferentes estratificadores sociales mediante el estudio de las experiencias vividas y de las necesidades de grupos específicos (264). Sin este enfoque, el estudio de las inequidades en salud puede permanecer en un nivel superficial, centrado en los resultados, sin profundizar en las causas de esta.

Otra fortaleza de este estudio es la incorporación de las narrativas de pacientes y prestadores sobre sus vivencias al ser atendidos o brindar atención. La solicitud de relatar sus experiencias llevó a la identificación de varias categorías de análisis con gran poder explicativo que no habían sido consideradas en el proyecto original. Además, la riqueza de la información recogida puede contribuir a que se valore su importancia más allá de un propósito investigativo. Se ha postulado que para que los prestadores puedan brindar una terapéutica apropiada a las personas con enfermedades crónicas, estos deben entender los desafíos que las personas

enfrentan en su vida cotidiana. El funcionamiento de los sistemas de salud debería ser compatible con las experiencia vivida de estos pacientes, enfocándose en su calidad de vida más que en el manejo de la enfermedad (259).

7.3.2 Limitaciones

La principal limitación de este estudio estuvo dada por las deficiencias e inconsistencias en los registros clínicos de los que se obtuvo la información cuantitativa sobre el cumplimiento de las normas técnicas de manejo de las personas con DM2 y las metas sanitarias, así como de los resultados de la atención en términos del estado de salud del paciente. El alto porcentaje de datos faltantes para variables claves tales como la hemoglobina glicosilada, unido a la imposibilidad de distinguir entre un no registro y la no realización de la actividad, llevó a la decisión de hacer un análisis puramente descriptivo de la misma. Esta falencia fue parcialmente resuelta por la amplitud y profundidad de la información obtenida mediante las entrevistas.

Al ser las entrevistas la principal fuente de información de esta tesis es necesario considerar que estas solo incluyen a pacientes que han sido atendidos en la APS. No fue posible la inclusión de personas que por diversas razones ya no estén acudiendo a estos establecimientos de salud. Adicionalmente no se logró contactar con personas migrantes que accedieran a ser entrevistadas. Esto, unido a que gran parte de los entrevistados fueron escogidos por las autoridades de cada centro de salud, y en el caso de los pacientes por las TENS o enfermeras que los atienden, puede haber llevado a la conformación de una muestra que tiene una visión predominantemente positiva de la calidad de la atención. En consideración de esta posibilidad, la investigadora solicitó el listado de los pacientes con DM2 atendidos en dos de los CESFAM y procedió a invitar a participar a aquellos que cumplían con los criterios para la conformación de la muestra.

8. Conclusiones y Recomendaciones

En este capítulo se resumen los principales hallazgos de esta investigación en relación con los factores organizacionales y sociales que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención a personas con DM 2 en los establecimientos de atención primaria de la comuna de Recoleta, dando cuenta así del objetivo general. El capítulo se ha organizado en dos secciones. En la primera se presentan las conclusiones, las que se han sistematizado de acuerdo a los objetivos específicos del estudio; en la segunda sección se formula un conjunto de recomendaciones que surgen a partir de nuestros hallazgos.

8.1 Conclusiones

El primer objetivo específico de la tesis plantea comprender la percepción de los pacientes y del personal de salud sobre la calidad de la atención de personas con diabetes mellitus tipo 2, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma. Al respecto, cabe señalar que conceptualizar lo que los pacientes entienden por calidad de atención resultó difícil, no solo porque se trata de un ejercicio teórico, sino porque, en general, ellos no articulan un discurso sobre la misma. El uso del giro “*no tengo nada que decir*” expresa satisfacción, pero también puede ser leído como una percepción de falta de agencia frente al tema. Para los pacientes, así como para la mayoría de los prestadores, la pregunta sobre lo que es, o debería ser, una atención de calidad los remite a cambios puntuales, más que a una concepción radicalmente diferente a la situación actual. El recurrir al relato de sus experiencias al ser atendidos, o en el caso de los prestadores, la descripción detallada de una consulta, permitió superar esta dificultad y obtener información sobre los elementos que se valoran en la atención.

En concordancia con lo descrito en la bibliografía consultada, las narraciones de los pacientes de sus experiencias al ser atendidos se centran en la dimensión relacional de la calidad de atención, mientras que los prestadores se enfocan en los aspectos técnicos, específicamente el cumplimiento de las normas clínicas y metas

sanitarias establecidas por el PSCV para la atención de las personas con DM2. Ambos grupos de entrevistados mencionan la importancia de la comunicación y enfatizan en la adherencia a las indicaciones, así como en el acceso a las prestaciones. Los dos primeros elementos, unidos a los resultados obtenidos del análisis de los registros clínicos, llevan a la creación de una tercera dimensión de la calidad: la sistémica. Esta dimensión permite un mejor análisis del proceso de atención y sus resultados, en el que se conjugan aspectos técnicos con los relacionales, quitando la primacía que en general tienen los primeros y permitiendo una mayor incorporación de la perspectiva del paciente.

En la dimensión relacional los entrevistados confieren especial importancia al buen trato, y en particular, a ser considerados como personas, no solo como pacientes. Los prestadores enfatizan la importancia de considerar las necesidades de cada paciente, aun cuando la descripción de sus prácticas no siempre corresponde con este enfoque o este tiene un propósito más bien instrumental. La asimetría de poder y el rol esperado del paciente marcan las relaciones entre estos y los prestadores. Esta representa una construcción mutua del papel de cada uno en la atención y frecuentemente está basada en estereotipos sobre el otro que están fuertemente condicionados por la inequidad social.

En relación con la descripción de la calidad de atención a personas con DM2 desde la perspectiva técnica y la percepción de los pacientes y el personal de salud, planteado en el segundo objetivo específico de la tesis, la información obtenida de los registros clínicos de los pacientes con DM2 muestra importantes deficiencias tanto en el proceso como en los resultados directos de la atención, en términos de los indicadores establecidos por las normas clínicas y las metas sanitarias. Las principales brechas se encuentran en aquellas prestaciones que se realizan fuera de los establecimientos de APS, reflejando la fragmentación de los sistemas de atención y de información. Estos resultados fueron corroborados en las entrevistas, mismas que además permitieron explicar el alto porcentaje de no registro en algunos datos claves para la atención de estos pacientes, como es el resultado de la HbA1c.

En la dimensión sistémica destaca la falta de adherencia a las indicaciones no farmacológicas, particularmente las referidas a la realización de actividad física y control del peso por parte de los pacientes. Una posible explicación de esto es que la atención se enfoca casi exclusivamente en intervenciones educativas, sin considerar en profundidad el contexto social y económico en que se desarrolla la vida de los pacientes y, menos, incorporar acciones dirigidas al cambio en estas condiciones; aun cuando casi todos los prestadores reconocen la determinación social del proceso de salud- enfermedad -atención.

En cuanto a los factores condicionantes de la calidad, se puede concluir que la determinación social está presente en todos ellos, desde las características personales de los pacientes y prestadores hasta el contexto en que se producen las atenciones, y especialmente en la organización y el funcionamiento del sistema de salud. El tercer objetivo específico de la tesis plantea explorar las características de los pacientes y prestadores que se relacionan con la calidad de la atención de personas con DM2. Al respecto, destaca el potencial explicativo que tienen las experiencias de pobreza y marginación social en las etapas iniciales de la vida de los pacientes, que influyen no solo en el actual estado de salud y la adherencia a las indicaciones, sino en su forma de relacionarse con los prestadores y el sistema de salud. Las condiciones de trabajo y la familia, en estrecha interacción con un deficiente e inequitativo sistema de seguridad social afectan profundamente la calidad de atención. En los prestadores, más que su profesión, es importante el tipo de formación recibida, específicamente si esta incluye el reconocimiento y manejo de los determinantes sociales. La cercanía de estos con la realidad vivida por los pacientes también representa un importante factor condicionante de la calidad.

En relación con la caracterización del contexto organizacional y social en que se producen las prácticas relativas a la atención (en sus dimensiones técnica y relacional) de las personas con DM2 a fin de identificar sus condicionantes, planteado en el cuarto objetivo específico de la tesis, se puede concluir que en la presente investigación se verificó el planteamiento respecto a que los sistemas de

salud son un determinante, y a su vez están determinados socialmente. Esto se refleja en la macroestructura, en que la coexistencia de dos subsistemas de aseguramiento y prestación, público y privado, traen graves consecuencias sobre la percepción de la calidad de atención en el primero de ellos, que es dónde se realizó esta investigación. También puede visualizarse en la organización de la APS, que si bien se basa en un modelo cuyos principios y valores promueven la equidad, muchos obstáculos en su implementación se deben a factores relacionados con la falta de recursos, tanto humanos como materiales, para el sistema público y a asimetrías de poder dentro del mismo sistema. Además, la determinación social está presente en el nivel micro, en la relación entre el prestador y el paciente, en la que prevalece un enfoque paternalista, criticado por muchos, pero aceptado implícitamente por la mayoría. La estrategia utilizada para evitar esto concede una falsa autonomía a los pacientes, ya que desconoce su incapacidad para decidir dado el contexto social en que se produce la atención.

Es importante reconocer que todo lo anterior está atravesado también por un absoluto predominio del modelo biomédico, que representa otra forma de ejercicio de poder. Este se refleja especialmente en la organización del sistema, que privilegia la presencia de algunos profesionales, en las prestaciones ofrecidas y los modelos organizativos de las mismas que, a veces, contradicen los grandes principios declarados para la atención primaria, y en los indicadores escogidos para evaluar el desempeño del establecimiento y su equipo de salud. En este sentido cobra validez lo planteado por Gustavo Basile en la Primera Conferencia Latinoamericana y Caribeña del Pensamiento Crítico en Salud que se llevó a cabo en diciembre el 2020: los sistemas de salud son entendidos y funcionan como un aparato técnico, burocrático y administrativo externo a la sociedad; sin embargo, son una construcción histórica de relaciones sociales y, por tanto, bienes colectivos.

8.2 Recomendaciones

A continuación, se desarrollan algunas recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de la atención a las personas con DM2 que son atendidas en la APS.

Algunas de estas recomendaciones provienen directamente de propuestas planteadas por los entrevistados, pero en general, están basadas en la interpretación de la investigadora de los principales resultados presentados antes.

Se recomienda crear condiciones que permitan el desarrollo de relaciones prestador-paciente que se aproximen a lo que Emanuel denomina el modelo deliberativo (262), en el que el prestador brinda al paciente información sobre las alternativas terapéuticas, y le ayuda a descifrar valores que subyacen a cada una para su situación particular. En este tipo de relación, asociada a la noción de cuidado, el prestador ejerce persuasión, pero no coerción, teniendo como propósito el *“autodesarrollo moral del paciente”*. Para su implementación se requiere que los prestadores desarrollen habilidades interpretativas y dialógicas y destrezas de consejería. Necesitan, además, de mayor tiempo de atención y tener presente la situación de doble vulnerabilidad del paciente: por estar enfermo y por pertenecer a grupos sociales marginados y discriminados.

Una atención de calidad para las personas con DM2, y más aún si estas presentan multimorbilidad, requiere del fortalecimiento del modelo de atención integral. En lo posible, se debe evitar la implementación de estrategias que vayan en contra de los valores y principios del MAIS, buscando un balance entre la eficiencia definida a partir de indicadores biomédicos, y el logro de mayor integralidad, continuidad y participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas.

En ese sentido, se recomienda la inclusión de las dimensiones relacional y sistémica no solo en la conceptualización de la calidad de atención, sino en los mecanismos e instrumentos para su evaluación y aseguramiento. Por ejemplo, se podría relativizar la importancia del valor de HbA1c, mediante la incorporación de indicadores que permitan evaluar la adaptación de las indicaciones médicas y nutricionales a las expectativas y condiciones reales de vida de los pacientes, o al menos, incorporar el logro de otros objetivos del autocuidado como la disminución del IMC y del sedentarismo en las metas a alcanzar con la atención. Esto siempre y cuando se brinden condiciones que hagan realista el cumplimiento de estos

objetivos, para lo cual se necesita capacitar al personal de salud en el manejo individual, colectivo y comunitario de los determinantes sociales e incorporar a los psicólogos en las prestaciones del PSCV.

Los cambios en la organización deberían estar orientados a la consecución de una atención realmente centrada en el paciente, o idealmente en la persona. Para esto, se deben revisar las normas clínicas a fin de que estas incorporen la perspectiva del paciente, y considerar cuidadosamente las metas que se establecen para la evaluación de desempeño y la gestión de la calidad. Además, resulta necesario relativizar su importancia, brindando mayor espacio para su flexibilización.

El primer nivel no puede dar atención de calidad si no cuenta con un segundo nivel que brinde prestaciones especializadas que sean accesibles y de buena calidad. Por lo tanto, resulta necesario fortalecer el hospital de referencia y fomentar la coordinación de sus actividades con las realizadas en la APS comunal.

Urge modificar el sistema de información, eliminando la duplicidad de registros y simplificando el sistema de registro de información en la ficha clínica digital. Estos deben responder, en primera instancia, a las necesidades de información propias de la atención de pacientes crónicos, facilitando su seguimiento incluso en los casos de derivación a otro nivel de atención. Se debe privilegiar la recolección de información útil para la gestión local de la calidad de la atención ya que la falta de esta puede llevar a una percepción equivocada y por tanto a decisiones erróneas en la gestión del PSCV y de la APS en general. Cabe destacar que, si bien este problema parece ser particularmente severo en la comuna de Recoleta, existen elementos que corresponden a la concepción misma del sistema de información en salud del país.

La formación profesional debería estar orientada al desarrollo de capacidades de comunicación y de reconocimiento y manejo de los determinantes sociales. Se sugiere matizar el enfoque biomédico con la presentación de alternativas a este. Los prestadores deben conocer y saber activar los mecanismos formales o informales de apoyo y cuidado, dejando atrás la frustración o impotencia que experimentan frente

a los DSS. Es importante fomentar la reflexión crítica desde la formación y durante su *práctica profesional*, y *permitir que ellos exploren y expongan sus emociones y pensamientos al atender un paciente* (266). Se recomienda revisar la distribución de roles y poderes dentro de los equipos de salud; revalorizando el trabajo de las TENS.

En el ámbito estructural, lo que subyace en las percepciones de usuarios y prestadores sobre la calidad de la atención es la existencia de un sistema dual, con un componente público y un componente privado. Como se comentó previamente en el capítulo de discusión de la presente tesis, en relación con estos sistemas prevalecen visiones que asocian uno y otro con calidades diferentes. En este sentido, la percepción respecto a que el acceso a una atención de calidad estaría condicionada por el nivel de recursos económicos de las personas sería una expresión de un sistema de salud cuyo financiamiento y organización es un factor que contribuye a la segregación social. Sobre esta base, se puede sostener que la actual modalidad de organización y financiamiento del sistema de salud chileno estaría representando un obstáculo estructural para avanzar hacia un Modelo de Atención Integral de Salud que realmente opere en la práctica. Estos hallazgos permiten argumentar que sería de suma importancia avanzar hacia la construcción de un sistema único de salud, con financiamiento solidario y prestaciones gratuitas a fin de disminuir las inequidades y transformar el enfoque de beneficencia todavía presente, en un real enfoque de derechos, que garantice la participación de las personas, individualmente o como colectivo, en todos los ámbitos y niveles del sistema. La reciente experiencia del Covid-19 permitió fortalecer la valoración social del sistema público de salud al visualizar su real importancia en la respuesta sanitaria del país, es una contundente demostración que construir un sistema único integrado de salud con financiamiento solidario es necesario y posible.

Lo anterior debe entenderse en el contexto de un esfuerzo de cambio mayor, que implique una reestructuración y fortalecimiento del sistema de seguridad social, uno de cuyos componentes es el sistema de salud. Esto con el objetivo que la seguridad social efectivamente brinde protección a todos los integrantes de la

sociedad en sus estados de necesidad en base al principio de la solidaridad intra-generacional (ricos financian a pobres; sanos financian a enfermos) e inter-generacional (jóvenes financian a viejos). Consistentemente con esto, aunque en una perspectiva más específica, se debe propiciar la integración, o al menos, una adecuada coordinación entre el sistema de salud y el de seguridad social, con miras al establecimiento de un sistema socio-sanitario de atención (280).

En relación con nuevas investigaciones sobre el tema, se sugiere que estas, al igual que todas las referidas a la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud, consideren la complejidad del objeto de estudio y reconozcan que estos sistemas operan dentro de un determinado contexto sociocultural e histórico. Por lo que, en línea con lo planteado por Young y colaboradores, se deben estudiar sus estructuras de poder a fin de entender y modificar las inequidades (264). Para esto se recomienda adoptar una visión transdisciplinar (281), utilizar metodología mixta y valorar las narrativas de los involucrados como fuentes de información.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 May 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. World Health Organization. Global Report on Diabetes [Internet]. Vol. 978, World Health Organization. 2016. Available from: <http://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/>
3. Whiting D, Unwi N, Roglic G. Diabetes: equity and social Determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. Equity, social determinants and public health programmes. 2010. p. 77–94.
4. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva; 2013.
5. Bommer C, Heesemann E, Sagalova V, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2017;S2213-8587(17):30097–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213858717300979>
6. Pontificia Universidad Católica de Chile. Resultados I Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003. Santiago de Chile; 2003.
7. Pontificia Universidad Católica de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Ministerio de Salud. 2010.
8. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Salud Pública. Evaluación de las características y cambios en el tratamiento de la diabetes en la población general chilena. ENS2003 y ENS2009-10. Santiago de Chile; 2013.
9. Ministerio de Salud. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Primeros resultados. Santiago de Chile: Departamento Epidemiología; División de Planificación Sanitaria; Subsecretaría de Salud Pública; 2017.
10. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Series y Gráficos de Mortalidad [Internet]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. [cited 2017 May 28]. Available from: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>
11. Observatorio Regional de Salud. OPS OMS | Diabetes mellitus: trends, avoidable mortality and inequalities [Internet]. [cited 2017 May 1]. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5968&Itemid=2391&lang=es
12. Departamento de Epidemiología. División Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Años de Vida Potencialmente Perdidos para algunas Enfermedades Transmisibles y No transmisibles en vigilancia en el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud 2007-2012 [Internet]. Santiago de Chile; 2012. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/Informe_Analisis_AVPP_para_Enfermedades_en_Vigilancia_del_MINSAL_2007_2012.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la diabetes. Resumen de orientación. OMS. 2016.
14. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Santiago de Chile; 2011.
15. Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Garantías Explícitas en Salud MINSAL. Santiago de Chile; 2005.
16. Ministerio de Salud. Guía clínica Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Vol. 1, Serie Guías Clínicas MINSAL. Santiago de Chile; 2010. 1–75 p. Available from:

- <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
17. Superintendencia de Salud. Problemas de salud AUGE No 7. Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet]. Ministerio de Salud . [cited 2017 May 5]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-581.html>
 18. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Población en control, programa de salud cardiovascular [Internet]. Ministerio de Salud , Gobierno de Chile . [cited 2017 May 28]. Available from: http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2016/REMP4SECCIONB_2/REMP4SECCIONB_2.aspx
 19. Escobar MC. Evaluación de la calidad de atención de pacientes diabéticos controlados en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud Resultados: Plan de Reforzamiento QUALIDIAB Chile 2011. Santiago de Chile; 2012.
 20. Donebedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 2005;83(4):166–203.
 21. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century. National Academy Press. Washington D.C.; 2001.
 22. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. France: World Health Organization; 2006.
 23. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Heal Organ*. 2017;95:368–74.
 24. Hung K-Y, Jerng J-S. Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2014;113:673–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25106904>
 25. Brod M, Skovlund SE, Wittrup-Jensen KU. Measuring the impact of diabetes through patient report of treatment satisfaction, productivity and symptom experience. *Qual Life Res*. 2006;15(3):481–91.
 26. Klose K, Kreimeier S, Tangermann U, Aumann I, Damm K. Patient- and person-reports on healthcare: preferences, outcomes, experiences, and satisfaction – an essay. *Health Econ Rev* [Internet]. 2016;6(1):18. Available from: <http://healtheconomicsreview.springeropen.com/articles/10.1186/s13561-016-0094-6>
 27. Kruk M, Kelly E, Syed S, Tarp F, Addison T. Measuring quality of health-care services: what is know and what are the gaps. *WHO Bull* [Internet]. 2017;95:389–389. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.195099>
 28. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients: Relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care*. 2005;28(11):2655–61.
 29. Merino-Torres JF, Delgado-Álvarez E. ¿Qué dificulta el control de los pacientes con diabetes tipo 2? *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 3];60(Sup2):3–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-que-dificulta-el-control-los-X1575092213690069>
 30. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Subsanan las desigualdades en una generación. Buenos Aires, Argentina: Organización Mundial de la Salud; 2009.
 31. Comission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health DRAFT. World Health Organization; 2007.
 32. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, et al. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: A conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*. 2004;26:63–77.
 33. Grintsova O, Maier W, Mielck A. Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014;13:43. Available from:

- <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-43>
34. Hippiusley-Cox J, O'Hanlon S, Coupland C. Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: population based survey of 53,000 patients in primary care. *BMJ* [Internet]. 2004;329(7477):1267–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15548561><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC534442>
 35. Khunti K, Ganguli S, Baker R, Lowy A. Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2001;51(466):356–60. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1313998&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 36. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Olry De Labry-Lima A, Márquez-Calderón S. Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2010;18(6):572–87. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2524.2010.00960.x>
 37. Wilder RP, Majumdar SR, Klarenbach SW, Jacobs P. Socio-economic status and undiagnosed diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 70(1)26–30 [Internet]. 2005 [cited 2017 May 21];70(1):26–30. Available from: [http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(05\)00049-5/pdf](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(05)00049-5/pdf)
 38. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensam y gestión Rev la Div Ciencias Adm la Univ del Norte* [Internet]. 2006;20:165–93. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499471&info=resumen&idioma=SPA>
 39. Yin R. Case Study Methods. In: American Educational Research Association, editor. *Complementary Methods for Research in Education*. 3rd ed. Washington D.C.; 2004.
 40. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Research design Qualitative quantitative and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013. 398 p.
 41. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Salud Pública. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago de Chile; 2008.
 42. World Health Organization. Diabetes country profiles. Chile [Internet]. 2016. Available from: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/chl_en.pdf?ua=1
 43. Aguilera X, Gonzalez C, Matute I, Nájera M, Olea A. Las Enfermedades No Transmisibles en Chile, aspectos epidemiológicos y de Salud Pública. Serie de S. Nájera M, Matute I, editors. Santiago de Chile; 2016.
 44. Allen LN, Feigl AB. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(July):644–6.
 45. Zou G, Decoster K, Mcpake B, Witter S. Renaming non-communicable diseases. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017;5(7):e656. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30218-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30218-8)
 46. Cabassa LJ, Hansen MC, Palinkas LA, Ell K. Azúcar y nervios: Explanatory models and treatment experiences of Hispanics with diabetes and depression. *Soc Sci Med*. 2008;66(12):2413–24.
 47. Concha JB, Mayer SD, Mezuk BR, Avula D. Diabetes Causation Beliefs Among Spanish-Speaking Patients. *Diabetes Educ*. 2016;42(1):116–25.
 48. Bermedo S. Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud / enfermedad / atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Rev Salud Publica, Chile* [Internet]. 2015;19(1):47–52. Available from: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/36339/37987>
 49. Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA, et al. Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: A scientific statement from

- the American heart association. *Circulation*. 2012;126(12):1514–63.
50. Franco M, Bilal U, Orduñez P, Benet M, Morejón A, Caballero B, et al. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: Repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ*. 2013;346(7903):1–9.
 51. Merlotti C, Morabito A, Pontiroli AE. Prevention of type 2 diabetes; a systematic review and meta-analysis of different intervention strategies. *Diabetes, Obes Metab* [Internet]. 2014;16(8):719–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24476122>
 52. Prabhakaran D, Anand S, Watkins D, Gaziano T, Wu Y, Mbanya JC, et al. Cardiovascular, respiratory, and related disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2017;6736(17):1–13.
 53. Alwan A. The NCD Challenge: Progress in responding to the global NCD challenge and the way forward. Discussion Paper. Geneva; 2017.
 54. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type 2 diabetes. *Lancet* [Internet]. 2017;389:2239–51. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2)
 55. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en Red Año 2015 [Internet]. Santiago de Chile; 2015. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf
 56. Ministerio de Salud. Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Situación Epidemiológica de las ENT en Chile. Santiago de Chile; 2011.
 57. Ministerio de Salud. Aprueba Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud Municipal para el año 2017 [Internet]. 12-10-2016, Resolución 1111 Exenta 2016. Available from: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1095451>
 58. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas y Metodológicas Compromisos Gestión en el marco de las Redes Integradas de Servicios Salud. Santiago de Chile; 2016.
 59. Ministerio de Salud. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Consenso 2014. Departamento de Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Santiago de Chile; 2014.
 60. Srur A, Jadue L, Walbaum M, Rojas M, Solís CL, Aylwin CG. The diabetes challenge in Chile. Santiago de Chile; 2015.
 61. Solís Merino C, Aguirre Coveña M, Godorecci Baeriswyl S, Mois Yudilevic P, Rojas Fuentes H, Jiménez Lira R. Prevalencia de Diabetes Mellitus en Chile. *Rev Asoc Latinoam Diabetes*. 2008;XVI(3).
 62. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.; 2007.
 63. Gaete J. El difícil tránsito hacia un mundo sin costuras. Las ciencias sociales en medicina. In: Carvajal Y, Gaete J, editors. *Volver al Hospital Por una salud pública integrada a las clínicas*. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2016.
 64. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Santiago de Chile; 2005. (Cuadernos Modelo de Atención). Report No.: 1.
 65. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. Minsal. Santiago de Chile; 2013. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
 66. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med Fam Med* [Internet]. 2011;9:155–64. Available from: <http://www.annfammed.org/content/9/2/155.short>

67. Gee GC, Ford CL. Structural Racism and Health Inequities: Old Issues, New Directions. *Du Bois Rev* [Internet]. 2011;8(1):115–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25632292%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4306458>
68. Ministerio de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas. Santiago de Chile; 2006.
69. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colect.* 2015;11(3):301–30.
70. McKinlay JB, Marceau LD, Piccolo RJ. Do doctors contribute to the social patterning of disease? The case of race /ethnic disparities in Diabetes Mellitus. *Med Care Res Rev.* 2012;69(2):176–93.
71. Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev Med Chil* [Internet]. 2011;139(10):1276–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22286726>
72. Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones. Informe final. Santiago de Chile; 2015.
73. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. 2015.
74. Ministerio de Salud de Chile -División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Nacional de las Personas Adulto Mayor - [Internet]. [cited 2018 Feb 21]. Available from: <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-las-personas-adulto-mayor/>
75. Kruk ME, Nigenda G, Knaul FM. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. *Am J Public Health.* 2015;105(3):431–7.
76. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O. Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradoras de servicios de salud. OPS, editor. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.; 2012.
77. Starfield B. The Changing Nature of Disease Implications for Health Services. *Med Care* [Internet]. 2011;49(11):971–2. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf
78. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* [Internet]. 2008;372(9642):940–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=2008429832>
79. Barceló A. VIDA. Proyecto Veracruz para el Mejoramiento de la Atención a la Diabetes. Informe final. Washington DC; 2010.
80. Zwarenstein M, Reeves S, Straus SE, Pinfold P, Goldman J. Case management: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 Oct 23 [cited 2018 Feb 14]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002797>
81. Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, Haggerty JL, Russell G, Gunn J, et al. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):1–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0459-9>
82. Glendenning-Napoli A, Dowling B, Pulvino J, Baillargeon G, Raimer BG. Community-based case management for uninsured patients with chronic diseases: effects on acute care utilization and costs. *Prof Case Manag* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 14];17(6):267–75. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01269241-201211000-00005>

83. Smith S, Wallace E, Dowd OT, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review). *Cochrane Collab*. 2016;(3).
84. Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010;10:112. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L360303237%5Cnhttp://lh-bvbsp.cineca.it/Ccube/openclink.do?sid=EMBASE&issn=14726963&id=doi:&atitle=Effectiveness+and+efficiency+of+primary+care+based+case+management+for+chronic+diseases>
85. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2017;50(2). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717305851>
86. Poblete F. Costo Efectividad de un modelo de manejo de pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 basado en la Gestión de Casos en Atención Primaria. Santiago de Chile; 2015.
87. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18
88. Wagner EH, Austin BT, Van Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q* [Internet]. 1996;74(4):511–44. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3350391>
89. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* [Internet]. 2003;7(1):73–82. Available from: <http://www.longwoods.com/product/16763>
90. Pan American Health Organization, World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions; Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington D.C.; 2013.
91. Wagner EH. Counterpoint: Chronic Illness and Primary Care. *Med Care*. 2011;49(11):973–5.
92. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015;16(1):12. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-014-0219-0>
93. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WCT, Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetol Metab Syndr* [Internet]. 2016;8(1):1–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4722715&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.dmsjournal.com/content/8/1/7%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4722715/>
94. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care* [Internet]. 2001;24(4):695–700. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/4/695.full.pdf>
95. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: Results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*. 2006;29(4):811–7.
96. Shillinger, Dean, Wang MS, Hammer H. Effects of Self-Management Support on Structure , Process , and Outcomes Among. *Diabetes Care*. 2009;32(4):559–66.
97. Hiss RG, Armbruster BA, Gillard M Lou, McClure LA. Nurse Care Manager Collaboration With Community-Based Physicians Providing Diabetes Care A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educ*. 2007 May;33(3):493–502.
98. Smith SA, Shah ND, Bryant SC, Christianson TJH, Bjornsen SS, Giesler PD, et al. Chronic Care Model and Shared Care in Diabetes: Randomized Trial of an Electronic Decision Support System. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2008 [cited 2017 May 11];83(7):747–57. Available

from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619611609130>

99. Glasgow R, Nutting P, King D, Nelson C, Cutter G, Gaglio B, et al. Randomized Effectiveness Trial of a Computer-Assisted Intervention to Improve Diabetes Care. *Diabetes Care*. 2005;28(1):33–9.
100. Carter EL, Nunlee-Bland G, Callender C. A patient-centric, provider-assisted diabetes telehealth self-management intervention for urban minorities. *Perspect Heal Inf Manag* [Internet]. 2011;8:1b. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21307985><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3035826>
101. Goderis G, Borgermans L, Grol R, Van Den Broeke C, Boland B, Verbeke G, et al. Start improving the quality of care for people with type 2 diabetes through a general practice support program: A cluster randomized trial. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2010;88(1):56–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2009.12.012>
102. Foy R, Eccles MP, Hrisos S, Hawthorne G, Steen N, Gibb I, et al. A cluster randomised trial of educational messages to improve the primary care of diabetes. *Implement Sci* [Internet]. 2011;6(1):129. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3284425&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
103. Lee A, Siu C-F, Leung K-T, Lau LCH, Chan CCM, Wong K-K. General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle behaviours of diabetic care: randomised control trial of a chronic care model. *Postgrad Med J* [Internet]. 2011;87(1032):688–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21693570>
104. Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, et al. Outcomes of minimal and moderate support versions of an internet-based diabetes self-management support program. *J Gen Intern Med*. 2010;25(12):1315–22.
105. Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM, Songer T, Siminerio LM, Korytkowski MM, et al. 3-Year Follow-up of Clinical and Behavioral Improvements Following a Multifaceted Diabetes Care Intervention. *Diabetes Educ* [Internet]. 2010 Mar [cited 2017 May 11];36(2):301–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721710361388>
106. Stelfox M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2013;10(1):120180. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3604796&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0180.htm
107. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez Á, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2010;138(6):729–37. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
108. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract* [Internet]. 1979 Aug [cited 2018 Feb 16];9(2):277–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110905>
109. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611–25.
110. Berwick DM, Kelley E, Kruk ME, Nishtar S, Pate MA. Three global health-care quality reports in 2018. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10143):194–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618314302>
111. Donabedian A. The Lichfield Lecture Quality assurance in healthcare: consumers' role. *Qual Heal Care*. 1992;(1):247–51.
112. Locock L, Lehman R, Epstein RM. Sharing Experiences of Illness and Care. *JAMA Intern*

- Med [Internet]. 2017;177(9):1249–50. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2017.1935>
113. Mazurenko O, Bock S, Prato C, Bondarenko M. Considering shared power and responsibility: Diabetic patients' experience with the PCMH care model. *Patient Exp J* [Internet]. 2015;2(1):61–7. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss1/9>
 114. Millenson ML. When “patient centred” is no longer enough: the challenge of collaborative health: an essay by Michael L Millenson. *BMJ* [Internet]. 2017 Jul 5 [cited 2018 Jan 21];358:j3048. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28679500>
 115. Luxford K, Sutton S. How does patient experience fit into the overall healthcare picture? *Patient Exp J* [Internet]. 2014;1(1):20–7. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/4>
 116. LaVela S, Gallan A. Evaluation and Measurement of Patient Experience. *Patient Exp J* [Internet]. 2014;1(1):28–36. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/5>
 117. Mamykina L, Miller AD, Mynatt ED, Greenblatt D. Constructing identities through storytelling in diabetes management. In: *Proceedings of the 28th International Conference on Human Factors in Computing Systems - CHI 2010* [Internet]. Atlanta, Georgia, USA; 2010. p. 1203. Available from: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=1753326.1753507>
 118. De Vecchi N, Kenny A, Dickson-Swift V, Kidd S. Exploring the Process of Digital Storytelling in Mental Health Research. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2017;16:1–13. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406917729291>
 119. Silvera G, Haun CN. Patient Experience : The field and future. *Patient Exp J*. 2017;4(1):7–22.
 120. Greenhalgh T, Campbell-Richards D, Vijayaraghavan S, Collard A, Malik F, Griffin M, et al. New Models of Self-Management Education for Minority Ethnic Groups: Pilot Randomized Trial of a Story-Sharing Intervention. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2017 Dec 16];16(1):28–36. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jhsrp.2010.009159>
 121. Gucciardi E, Jean-Pierre N, Karam G, Sidani S. Designing and delivering facilitated storytelling interventions for chronic disease self-management: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1):249. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1474-7>
 122. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1).
 123. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Med Care Res Rev*. 2014;71(5):522–54.
 124. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1174-8>
 125. Superintendencia de Salud G de C. Observatorio de Calidad en Salud. [Internet]. [cited 2017 May 24]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-6522.html>
 126. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20646: Otorga asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, para los funcionarios regidos por el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional; 2012.
 127. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20645: Crea asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, para los funcionarios regidos por el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional; 2012. Available from: www.leychile.cl
 128. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales. Reglamento a que se refiere el artículo 3 de la Ley 20645. Chile; 2013.

129. Facultad de Medicina, Facultad de Economía y Negocios. Calidad del Trato al Usuario en los Establecimientos de Atención Primaria (TU-APS). Universidad de Chile; 2013.
130. Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Primary care management of diabetes in a low/middle income country: A multi-method, qualitative study of barriers and facilitators to care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2007;8(1):63. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-8-63>
131. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tools [Internet]. [cited 2017 May 24]. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
132. Fracolli LA, Pereira-Gomes MF, Zequini-Nabão FR, Souza Santos M, Cappellini VK, Correa de Almeida AC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(12):4851–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso&tlng=en
133. Escuela de Salud Publica - Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Guía de recomendación y uso del Instrumento Primary Care Assessment Tools (PCAT) versiones “usuario adulto” y “prestadores” para la Atención Primaria de Salud de Chile. Santiago de Chile; 2016.
134. Muñoz D, Pontoja T, Undurraga J. La calidad del cuidado de salud en Atención Primaria: Desarrollo y validación de un instrumento para la medición técnica. *Rev Chil Med Fam*. 2004;5(3):118–27.
135. Nicolucci A, Greenfield S, Mattke S. Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2006;18(Suppl1):26–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954513>
136. Guthrie A, Fleck F. Quality of care is key to tackling Mexico's diabetes emergency. *Bull World Health Organ*. 2017;95:393–4.
137. Malaga-Rodriguez G, Sanchez-Mejia A. Medicina basada en la evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. *Rev Med Hered* [Internet]. 2009;20(2):103–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2009000200008&script=sci_arttext
138. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(6):908–14.
139. Vega-de Céniga M, Allegue-Allegue N, Bellmunt-Montoya S, López-Espada C, Riera-Vázquez R, Solanich-Valldaura T, et al. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología* [Internet]. 2009;61(1):29–34. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003317009110040>
140. International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 Diabetes: Recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. *Diabet Med*. 2006;23(6):579–93.
141. International Diabetes Federation. Global guideline for type 2 diabetes. [Internet]. Brussels, Belgium; 2012. Available from: www.idf.org
142. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. *Diabetes Care*. 2017;40(Supplement):1–142.
143. Chapagain R. Original Cumplimiento de las normas de la calidad de atención establecidas por el compromiso de gestión en los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita , en el periodo de enero a julio de 2007. *Acta Med Costarric*. 2012;54(3):175–80.
144. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2001;18(21):21–6.
145. Drewes HW, de Jong-van Til JT, Struijs JN, Baan CA, Tekle FB, Meijboom BR, et al. Measuring chronic care management experience of patients with diabetes: PACIC and PACIC+ validation. *Int J Integr Care* [Internet]. 2012;12(October):e194. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3601510&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

146. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2006;23(11):1165–73.
147. Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. *Cochrane database Syst Rev*. 2012;12(12):CD008381.
148. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2010;87(3):302–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2010.01.024>
149. Seremi de Salud Región de Los Ríos. *QUALIDIAB – Chile: Revisión, Situación Actual y Brechas en la Región de Los Ríos*. 2013.
150. García L, Pantoja T, Undurraga JP. Mejorando la Calidad del Cuidado Sanitario en Diabetes Mellitus 2: Implementación de una Guía de Práctica Clínica en Atención Primaria. *Rev Chil Med Fam*. 2006;7(1):31–8.
151. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin*. 2010;135(13):600–7.
152. Shojania K, Ranji S, McDonald K, Grimshaw J, Sundaram V, Rushakoff R, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *Jama* [Internet]. 2006;296(4):427–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.296.4.427>
153. Mudaliar U, Kim WC, Kirk K, Rouse C, Narayan KMV, Ali M. Are recommended standards for diabetes care met in Central and South America? A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;100(3):306–29.
154. Lopez Stewart G, Tambascia M, Rosas Guzmán J, Etchegoyen F, Ortega Carrión J, Artemenko S. Control of type 2 diabetes mellitus among general practitioners in private practice in nine countries of Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):12–20.
155. Khunti K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Fam Pract* [Internet]. 1999 Oct [cited 2017 May 23];16(5):489–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10533945>
156. Mills J, Hall A, Tanner R, Harman J, Wood DL. The comparative impact of different patient-centered medical home domains on satisfaction among individuals living with type II diabetes. *Patient Exp J* [Internet]. 2015;2(2):Article 17. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss2/17%0AThis>
157. Kennedy BM, Rehman M, Johnson WD, Magee MB, Leonard R, Katzmarzyk PT. Healthcare providers versus patients' understanding of health beliefs and values. *Patient Exp J* [Internet]. 2017;4(3):29–37. Available from: <http://pxjournal.org/journal>
158. Lagunes Córdoba R, Galindo Guevara I, Castillo Reyes A, Romero Aparicio C, Rosas Santiago FJ. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colect* [Internet]. 2017;13(4):577–97. Available from: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1341>
159. Bhojani U, Mishra A, Amruthavalli S, Devadasan N, Kolsteren P, De Henauw S, et al. Constraints faced by urban poor in managing diabetes care: patients' perspectives from South India. *Glob Health Action*. 2013;6:22258.
160. Jackson J, MacKean G, Cooke T, Lahtinen M. Patient and provider experiences with relationship, information, and management continuity. *Patient Exp J* [Internet]. 2017;4(3):38–47. Available from: <http://pxjournal.org/journal%0Ahttp://pxjournal.org/journal/vol4/iss3/8>
161. Tabler JM, Scammon MS DL, Kim J, Farrell T, Tomoiaia-Cotisel MPH A, Ms DL, et al. Patient

- care experiences and perceptions of the patient-provider relationship: A mixed method study. *Patient Exp J* [Internet]. 2014;1(1):75–87. Available from: <http://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=journal>
162. Alvear MG. Una propuesta para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en unidades del primer nivel de atención. *Rev la Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31(1):85–92. Available from: <http://proyectos.concytec.gob.pe/access/proquest.htm?url=http://search.proquest.com/ip>
 163. Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences [Internet]. World Health Organization; 2005. Available from: http://www.who.int/social_determinants/en/
 164. Bynum B. The McKeown thesis. *Lancet*. 2008;371:644–5.
 165. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in Death—Specific explanations of a general pattern? *Lancet* [Internet]. 1984 May [cited 2017 May 13];323(8384):1003–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673684923377>
 166. Moore S, Haines V, Hawe P, Shiell a. Lost in translation: a genealogy of the “social capital” concept in public health. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006;60(8):729–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16840764>
 167. Families & Social Capital ESRC Research Group. Politics , Trust and Networks : Social Capital in Critical Perspective. Franklin J, editor. Working Paper No. 7. London: London South Bank University; 2004.
 168. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
 169. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [Internet]. 2011. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
 170. 65th World Health Assembly. WHA65.8 Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva, 21-26 May 2012; 2012.
 171. International Federation of Medical Students’ Associations. Medical students’ perspective on the Rio Declaration [Internet]. 2011. Available from: <http://ifmsa.wordpress.com/2011/10/21/medical-students-perspective-to-the-rio-statement-on-the-social-determinants-of-health/>
 172. People Health Movement. Comments on ‘ Draft Technical Paper ’ prepared for the World Conference on Social Determinants of Health. 2011;1–7.
 173. Escudero JC. Lo que dice , calla , propone y soslaya el informe de la Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud / OMS. *Med Soc*. 2009;4(3):208–10.
 174. ALAMES. Debate y Acción frente a Determinantes Sociales de Salud - Documento Posición. Rio de Janeiro, Brasil; 2011.
 175. ALAMES, CEBES, CUT, Médicos del Mundo, CTA, ForoSalud, et al. El debate y la acción sobre la determinación social de la salud. Posición desde los Movimientos Sociales. Rio de Janeiro, Brasil; 2011.
 176. Peñaranda F, Rendón CE. Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl1):S47–56.
 177. Restrepo-Ochoa DA. Determinismo / indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl 1):S42–6.
 178. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(2):128–36.
 179. Luttrell C, Quiroz S, Scrutton C, Bird K. Understanding and operationalising empowerment. Working Pa. London, UK: Overseas Development Institute; 2009.

180. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl 1):S13–27.
181. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2005;59(5):350–5. Available from: <http://jech.bmj.com/content/59/5/350.abstract>
182. Evans, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford Scholarship. New York: Oxford University Press; 2001.
183. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2001;55(10):693–700. Available from: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.55.10.693>
184. Muntaner C, Lynch J, Oates GL. The social class determinants of income inequality and social cohesion. *Int J Health Serv*. 1999;29(4):699–732.
185. Eriksson M. Social capital and health--implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011;4:5611.
186. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2003;33:1–18.
187. Wilkinson R, Pickett K. *The impact of income inequalities on sustainable development in London. A report for the London Sustainable Development Commission* [Internet]. London; 2010. Available from: <http://www.equalitytrust.org.uk/docs/londonequality.pdf>
188. Martínez-Herrera E, Moreno-Mattar O, Dover R. El significado del capital social “ individual ” en diabéticos receptores de cuidado en un contexto urbano colombiano. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):837–49.
189. Sen A. Why health equity? *Health Econ*. 2002;11:659–66.
190. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. Studies on social and economic determinants of population health*. Copenhagen, Denmark: WHO European Office for Investment for Health and Development; 2006.
191. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2013;30(4):665–70. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=en
192. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: Concepts, challenges and opportunities for research. *J Urban Heal*. 2006;83(1):59–72.
193. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. *Challenging Inequity through Health Systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems*. 2007.
194. Maeseneer M, Willems S, De Sutter M, Van de Geuchte I, Billings M. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. WHO Commission on the Social Determinants of Health*. 2007.
195. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* [Internet]. 2011;10:15. Available from: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-15>
196. Mol A. *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. 1st ed. Oxon, United Kingdom: Ed. Routledge; 2008.
197. World Health Organization. *Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action*. [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2007. Available from: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
198. Organización Mundial de la Salud. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Washington D.C.; 2000.
199. Fuster Sanchez N. La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. *Contextos* [Internet]. 2012;28:69–82.

Available from: <http://www.umce.cl/joomlatools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N28-04.pdf>

200. Sriram V, Topp SM, Schaaf M, Mishra A, Flores W, Rajasulochana S, et al. 10 Best Resources on Power in Health Policy and Systems Research in Low- and Middle-Income Countries. *Health Policy Plan* [Internet]. 2018;(February):1–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20800578>
201. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000;18(2):83–100.
202. Frenk J. La salud de la población. *Hacia una nueva salud pública* [Internet]. 3a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2003 [cited 2017 Dec 21]. Available from: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
203. Organización Mundial de Salud. *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud*. France; 2009.
204. Van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*. 2012;12(1).
205. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan*. 2012;27(SUPPL. 4):4–8.
206. van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B, van Belle S, Chenge MF, et al. The Health System Dynamics Framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. *Heal Cult Soc* [Internet]. 2012;2(1). Available from: <http://hcs.pitt.edu/ojs/index.php/hcs/article/view/71>
207. Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M, et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet*. 2013;381(9867):690–7.
208. World Health Organization -Regional Office for Europe. *Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery* [Internet]. Copenhagen Denmark; 2016. Report No.: EUR/RC66/15. Available from: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>
209. World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report. Noncommunicable Diseases and Mental Health*, WHO. Geneva, Switzerland; 2002.
210. Beran D. The Impact of Health Systems on Diabetes Care in Low and Lower Middle Income Countries. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2015 Apr 28 [cited 2017 Dec 31];15(4):20. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11892-015-0591-8>
211. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex*. 2011;53(SUPPL. 2):S132–43.
212. SEREMI RM. *Diagnóstico de salud Región Metropolitana 2014. Análisis de la Situación de salud de la Región Metropolitana con enfoque de determinantes sociales y económicos* [Internet]. Santiago de Chile; 2014. Available from: <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Región-Metropolitana-Diagnóstico-de-Salud-de-la-Región-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf>
213. Ministerio de Salud. *Normas Técnicas Postas de Salud Rural*. Santiago de Chile; 2011.
214. Barros Rubio X. Bases teóricas y principios del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. In: *Conversatorios: historia, fundamentos y prácticas en Atención Primaria de Salud*. Santiago de Chile; 2016.
215. Ministerio de Salud. *Ley 19937: Modifica el D.L. No2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana* [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2004. Available from: <https://www.leychile.cl/N?i=221629&f=2008-12-31&p=>
216. Unwin N, Whiting D, Roglic G. Social determinants of diabetes and challenges of prevention.

- Lancet [Internet]. 2010;375(9733):2204–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60840-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60840-9)
217. Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):474. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/474>
 218. Quispe R, Benziger CP, Bazo-Alvarez JC, Howe LD, Checkley W, Gilman RH, et al. The Relationship between Socioeconomic Status and CV Risk Factors: The CRONICAS Cohort Study of Peruvian Adults. *Glob Heart*. 2016;11(1):121–30.
 219. Cerezo-Correa MP, Cifuentes-Aguirre OL, Nieto-Murillo E, Parra-Sánchez JH. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012;11(23):165–88.
 220. Koch E, Romero T, Manríquez L, Paredes M, Ortúzar E, Taylor A, et al. Desigualdad educacional y socioeconómica como determinante de mortalidad en Chile: análisis de sobrevivencia en la cohorte del proyecto San Francisco. *Rev Med Chil* [Internet]. 2007;135(11):1370–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18259647>
 221. De Castro Oliveira SL, Lunardi-Filho WD. Aids e diabetes mellitus versus justiça distributiva no sistema público de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):750–3.
 222. Lima-Souza C, Martins-Barroso S, Crosland-Guimarães MD. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(6):1653–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601653&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 223. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA. Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2016;58(6):666–75. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7923>
 224. Silva JC, Mújica OJ, Vega E, Barceló A, Lansingh VC, Mcleod J. Una evaluación comparativa de la ceguera y la deficiencia visual evitables en siete países latinoamericanos : prevalencia , cobertura y desigualdades. *Panam J Public Heal*. 2015;37(1):21–8.
 225. Men C, Meessen B, Pelt M Van, Damme W Van, Lucas H. “I Wish I Had AIDS”: A qualitative study on access to health care services for HIV/AIDS and diabetic patients in Cambodia. *Heal Cult Soc* [Internet]. 2012;2(1):22–39. Available from: <http://hcs.pitt.edu/ojs/index.php/hcs/article/view/67>
 226. Domínguez-Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: Enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colect*. 2017;13(3):375–90.
 227. Mainous AG, Diaz VA, Saxena S, Baker R, Everett CJ, Koopman RJ, et al. Diabetes management in the USA and England: comparative analysis of national surveys. *J R Soc Med* [Internet]. 2006;99(9):463–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946390><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1557885>
 228. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey Smith G, Propper C, Pearson NJ, et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabet Med* [Internet]. 2003;20(11):921–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14632718>
 229. Ramachandran A, Ramachandran S, Snehalatha C, Augustine C, Murugesan N, Viswanathan V, et al. Increasing expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country: A study from India. *Diabetes Care*. 2007;30(2):252–6.
 230. Fernández-Oliva R, Calderón Izquierdo I, Bormey Quiñones M, Bermúdez Conrado S, González Caraballo M, Hernández Pérez E, et al. Primera información de los resultados del proyecto “Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar.” *Rev Cuba*

- Salud Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 May 26];40(1):26–39. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100004&lang=pt
231. Center for Disease Control and Prevention. At A Glance 2015 Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH). 2015;1–4. Available from: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2015/reach-aag-508.pdf>
 232. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Quantifying Direct Effects of Social Determinants of Health on Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther* [Internet]. 2015;17(2):80–7. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/dia.2014.0166>
 233. International Diabetes Federation. Managing older people with type 2 diabetes: Global Guideline [Internet]. Brussels, Belgium; 2013. Available from: www.idf.org
 234. Rutter H, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet* [Internet]. 2017;6736(17):9–11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31267-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31267-9)
 235. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs - Principles and practices. *Health Serv Res*. 2013;48(6 PART2):2134–56.
 236. Bowling A. *Research Methods In Health: Investigating Health And Health Services* [Internet]. 4th ed. McGraw Hill; Open University Press, editor. Maidenhead, GB; 2014 [cited 2018 Aug 14]. 536 p. Available from: https://books.google.cl/books?id=6lOLBgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPl&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 237. Muñoz Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*. 2013;17(3):218–23.
 238. Pluye P, Hong QN. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2014;35(1):29–45. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
 239. Sandelowski M. Unmixing mixed-methods research. *Res Nurs Heal*. 2014;37(1):3–8.
 240. Ramírez-Hita S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí*. *Salud Colect*. 2009;5(1):63–85.
 241. Yin RK. *Case Study Research - Design and Methods*. 7th ed. Beverly Hills, California: Sage Publications; 1987.
 242. Jimenez Chaves V, Comet Weiler C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo*. 2016;3(2):5.
 243. VanWynsberghe R, Khan S. Redefining Case Study. *Int J Qual Methods*. 2007;6(2):80–94.
 244. Municipalidad de Recoleta. Una Mirada Comunal en Salud [Internet]. 2018. Available from: <https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2018/05/Contexto-Comunal-en-Salud-2018.pdf>
 245. Departamento de Salud Recoleta. Diagnostico de Salud 2015 - Recoleta. 2015;120. Available from: https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2016/05/diagnostico_salud_2015.pdf
 246. Municipalidad de Recoleta. Plan de Salud 2018 Comunal, Recoleta. 2017;52.
 247. Gentles SJ, Vilches SL. Calling for a Shared Understanding of Sampling Terminology in Qualitative Research: Proposed Clarifications Derived From Critical Analysis of a Methods Overview by McCrae and Pursell. *Int J Qual Methods*. 2017;16(1):1–7.
 248. Baumann A, Schröder SL, Fink A. How social inequalities impact the course of treatment and care for patients with type 2 diabetes mellitus: study protocol for a qualitative cross-sectional study from the patient's perspective. *BMJ Open* [Internet]. 2015;5(7):e008670. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-008670>
 249. Cisterna Cabera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del

- conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005;14(1):61–71.
250. Badrick E, Hull S, Rohini, Mathur R, Shajahan S, Boomla K, et al. Health equity audits in general practice: a strategy to reduce health inequalities. *Prim Heal Care Res Dev* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 3];15(1):80–95. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/health-equity-audits-in-general-practice-a-strategy-to-reduce-health-inequalities/A40F9E58A1B06F4AA07FD91C3C3A2EB5>
 251. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 1a ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014. 224 p.
 252. Vázquez Navarrete ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón Pérez S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Delgado Gallego ME, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. 2006. 131 p. Available from: <https://books.google.cl/books?isbn=844902420X>
 253. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003;34(3).
 254. Calderón C. Criterios de Calidad en la Investigación en Salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(3)(lc):473–82.
 255. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017.
 256. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. cuarta. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
 257. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 19.628 sobre protección de la vida privada. Chile: www.leychile.cl; 1999 p. 1–11.
 258. Babbie E. Fundamentos de la Investigación Social. México: International Thomson Editores S.A.; 2000. 473 p.
 259. Tausig M. The Sociology of Chronic Illness and Self-Care Management. In: *Social Determinants, Health Disparities and Linkages to Health and Health Care* [Internet]. Université Laval: Emerald Insight; 2014. p. 247–72. Available from: [https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/S0275-4959\(2013\)0000031013/full/html](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/S0275-4959(2013)0000031013/full/html)
 260. Pekonen A, Eloranta S, Stolt M, Virolainen P, Leino-Kilpi H. Measuring patient empowerment – A systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020;103(4):777–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>
 261. Torres López TM, Castañeda Torres JD, Chong Villarreal F. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes Mellitus. *Investig en Salud*. 2005;7(1):42–9.
 262. Emanuel EJ, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA J Am Med Assoc*. 1992;267(16):2221–6.
 263. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Meml Fund Quarterly, Heal Soc*. 1975;53(3):257–78.
 264. Young R, Ayiasi RM, Shung-King M, Morgan and R. Health systems of oppressions: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities. *Health Policy Plan*. 2020;1–3.
 265. Stein DJ, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott KM, Poznyak V, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;364:13–6.
 266. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019;102(1):3–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

267. Williams S. Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociol Health Illn*. 2000;22(1):40–67.
268. Corbin JM. The Body in Health and Illness. *Qual Health Res*. 2003 Feb;13(2):256–67.
269. Ibarra Mendoza X, Siles González J. Rol de enfermo crónico : una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2006;X(20):129–35.
270. Conrad P, Bury M. Anselm Strauss and the sociological study of chronic illness: a reflection and appreciation. *Sociol Health Illn*. 1997;19(3):373–6.
271. Pearson-Stuttard J, Ezzati M, Gregg EW. Multimorbidity—a defining challenge for health systems. *Lancet Public Heal*. 2019;4(12):e599–600.
272. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enferm Clin*. 2019 Mar 1;29(2):99–106.
273. Bleacher H, English A, Leblanc W, Dickinson LM. Associations Between Patients' Unmet Social Needs and Self-Reported Health Confidence at One Primary Care Clinic. *J Prim Care Community Heal* [Internet]. 2020;11. Available from: <https://doi.org/10.1177/2150132720921329>
274. Smith GD. Life-course approaches to inequalities in adult chronic disease risk: Boyd Orr Lecture. *Proc Nutr Soc*. 2007;66(2):216–36.
275. Geng E. Doctor as Street-Level Bureaucrat. *N Engl J Med*. 2021;384(2):101–3.
276. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Da Silva MRF, De Paepe P. Integrated health care networks in latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2009;26(4):360–7.
277. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe de Implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud período 2014-2017 [Internet]. Santiago de Chile; 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>
278. Leon N, Balakrishna Y, Hohlfeld A, Odendaal W, Schmidt B, Zweigenthal V, et al. Routine Health Information System (RHIS) improvements for strengthened health system management (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(8, Art. No.: CD012012).
279. Chan JCN, Lim LL, Wareham NJ, Shaw JE, Orchard TJ, Zhang P, et al. The Lancet Commission on diabetes: using data to transform diabetes care and patient lives. *Lancet*. 2020;396(10267):2019–82.
280. Bibbins-Domingo K. Integrating Social Care Into the Delivery of Health Care. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;321(21):2063–4.
281. Urquiza A, Billi M, Amigo C, Faúndez V, Henríquez A, Sánchez D. Transdisciplina en la Universidad de Chile: Conceptos, Barreras y Desafíos. [Internet]. Santiago de Chile; 2019. (Plan Fortalecimiento Universidades Estatales). Available from: https://www.uchile.cl/documentos/documento-transdisciplina-en-la-universidad-de-chile_160139_0_4442.pdf
282. Ross SA. Breaking Down Patient and Physician Barriers to Optimize Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Am J Med* [Internet]. 2013;126:S38–48. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934313004907>
283. Barsky AJ. The Paradox of Health. *N Engl J Med* [Internet]. 1988 Feb 18 [cited 2017 Dec 20];318(7):414–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3340120>
284. Marmot MG, Wilkinson RG, Brunner E, Wilkinson R [G. . Understanding Social Inequalities in Health. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2003 [cited 2017 May 13];46(3 Suppl):S9–23. Available from: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v046/46.3xmarmot.html

285. Committee of Experts on Public Administration. Definition of basic concepts and terminologies in governance and public administration. Vol. E/C.16/200, Economic and Social Council- United Nations. New York; 2006.
286. Vega-Romero R, Torres-Tovar M. El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2011;37(2):145–54. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu08211.pdf>
287. International Association for Public Participation. P2 Practitioner Tools [Internet]. [cited 2017 May 16]. Available from: <http://www.iap2.org/?page=A5>
288. World Health Organization. Universal coverage - three dimensions [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Dec 17]. Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/?utm_source=IHP+Newsletter&utm_campaign=ce95a4895c-EMAIL_CAMPAIGN_2017_12_15&utm_medium=email&utm_term=0_14504ce43d-ce95a4895c-248189785#
289. Criel B, Soors W. Universal coverage, beyond the numbers. Antwerp, Belgium: BeCause Health - The Belgian Platform for International Health; 2009.

Anexos

Anexo 1: Modelos de Consentimiento Informado

Personas con Diabetes Mellitus tipo 2

TÍTULO DEL PROYECTO

Factores sociales e organizacionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta

Nombre del Investigador principal: Karen Andrea Pesse Sorensen

R.U.T.: 7192929-9

Institución: Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Teléfono: 56-966979805

Invitación a participar

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “*Factores sociales e institucionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta*” que busca analizar los factores que favorecen o dificultan que la atención a las personas con diabetes sea de calidad. Para esto es necesario conocer las opiniones y experiencias de los pacientes y del personal de salud.

Objetivos

Esta investigación tiene por objetivo comprender los factores institucionales y sociales que influyen en la calidad de la atención a personas con diabetes en la atención primaria de salud, e incluirá a pacientes y personal de los centros de salud de Recoleta.

Procedimientos

Si Ud. acepta participar, será entrevistado por la investigadora principal quien le preguntará sobre sus experiencias en la atención y en especial acerca de la relación con el equipo de salud que lo atiende. También se le preguntará cuáles son, en su opinión, los principales factores que modifican la forma en que se da esa atención. Se le realizará una sola entrevista, en la fecha, hora y lugar que le resulte más conveniente. Esta entrevista durará aproximadamente 90 minutos y si Ud. consiente en ello, será grabada y transcrita por la investigadora.

Riesgos

No se prevén riesgos asociados a participar en el estudio, debido a que, si bien las entrevistas contemplan preguntas relacionadas con la experiencia personal, su interpretación se hará para el fenómeno en su conjunto. Además, se mantendrá el anonimato y la privacidad de la información recolectada. La investigadora evitará someterlo a

situaciones que le acusen aflicción, pero surgen emociones negativas se buscará disminuir su impacto mediante contención, cambio de tema o si prefiere, término de la entrevista.

Costos

Los participantes **no** deberán incurrir en gastos, las entrevistas serán realizadas en el establecimiento de salud donde acude el paciente o en otro lugar de su preferencia.

Beneficios

No existirá un beneficio directo personal para los involucrados. Sin embargo, las recomendaciones derivadas de sus resultados aportarán al incremento de la calidad de la atención, lo que se espera contribuya a mejorar la salud de las personas con DM2. También se preve un incremento en la motivación y satisfacción laboral del personal de salud encargado de esta atención.

Alternativas

Si Ud. decide no participar en esta investigación seguirá recibiendo la misma atención que habitualmente le brinda su centro de salud.

Compensación

Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad

Toda la información recolectada es de carácter estrictamente confidencial. Para proteger la identidad de los participantes, el nombre de estos será reemplazado por un número. De este modo, ninguna persona sabrá de quién es la información. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados será completamente anónima. Esta información será usada solo con fines académicos relacionados con la obtención el doctorado en salud pública.

Voluntariedad

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándose con la investigadora, sin que eso signifique modificaciones en su tratamiento habitual. Si en algún momento Ud. no desea que sus datos sean utilizados, serán eliminados completamente de nuestros registros.

Complicaciones

No se prevén complicaciones derivadas de su participación en este estudio.

Derechos del participante:

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. En caso de requerir cualquier otra información, puede comunicarse con Karen Pesse, Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Chile, teléfono 966979805, email: kpesse@puce.edu.ec. Dirección Av. Independencia 939, Independencia, Santiago. En caso de requerir mayor información puede solicitarla al Dr. Pablo Ruiz, Coordinador del Doctorado en Salud Pública, teléfono 229786379, email: pabloruiz@med.uchile.cl

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto *“Factores sociales e institucionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta”*.

_____ Nombre del Participante Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de Director de Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
<u>Karen Pesse Sorensen</u> Nombre del investigador Rut. 7192929-9	_____ Firma	_____ Fecha

Prestadores de Salud

TÍTULO DEL PROYECTO

Factores sociales e organizacionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta

Nombre del Investigador principal: Karen Andrea Pesse Sorensen

R.U.T.: 7192929-9

Institución: Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Teléfono: 56-966979805

Invitación a participar

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "*Factores sociales e institucionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta*" que busca analizar los factores que favorecen o dificultan que la atención a las personas con diabetes sea de calidad. Para esto es necesario conocer las opiniones y experiencias de los pacientes y del personal de salud.

Objetivos

Esta investigación tiene por objetivo comprender los factores institucionales y sociales que influyen en la calidad de la atención a personas con diabetes en la atención primaria de salud, e incluirá a pacientes y personal de los centros de salud de Recoleta.

Procedimientos

Si Ud. acepta participar, será entrevistado por la investigadora principal quien le preguntará sobre sus experiencias y opiniones sobre la atención a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, y en especial acerca de su relación con estos pacientes. También se le preguntará cuáles son, en su opinión, los principales factores que modifican la forma en que se da esa atención. Se le realizará una sola entrevista, en la fecha, hora y lugar que le resulte más conveniente. Esta entrevista durará aproximadamente 90 minutos y si Ud. consiente en ello, será grabada y transcrita por la investigadora.

Riesgos

No se prevén riesgos asociados a participar en el estudio, debido a que, si bien las entrevistas contemplan preguntas relacionadas con la experiencia personal, su interpretación se hará para el fenómeno en su conjunto. Además, se mantendrá el anonimato y la privacidad de la información recolectada. La investigadora evitará someterlo a situaciones que le acusen aflicción, pero surgen emociones negativas se buscará disminuir su impacto mediante contención, cambio de tema o si prefiere, término de la entrevista.

Costos

Los participantes **no** deberán incurrir en gastos, las entrevistas serán realizadas en el establecimiento de salud donde usted labora o en otro lugar de su preferencia.

Beneficios

No existirá un beneficio directo personal para los involucrados. Sin embargo, las recomendaciones derivadas de sus resultados aportarán al incremento de la calidad de la atención, lo que se espera contribuya a mejorar la salud de las personas con DM2. También se preve un incremento en la motivación y satisfacción laboral del personal de salud encargado de esta atención.

Alternativas

Si Ud. decide no participar en esta investigación seguirá manteniendo su situación laboral habitual en el sistema de salud.

Compensación

Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad

Toda la información recolectada es de carácter estrictamente confidencial. Para proteger la identidad de los participantes, el nombre de estos será reemplazado por un número. De este modo, ninguna persona sabrá de quién es la información. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados será completamente anónima. Esta información será usada solo con fines académicos relacionados con la obtención el doctorado en salud pública.

Voluntariedad

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándose con la investigadora, sin que eso signifique modificaciones en sus condiciones laborales. Si en algún momento Ud. no desea que sus datos sean utilizados, serán eliminados completamente de nuestros registros.

Complicaciones

No se prevén complicaciones derivadas de su participación en este estudio.

Derechos del participante:

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. En caso de requerir cualquier otra información, puede comunicarse con Karen Pesse, Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Chile, teléfono 966979805, email: kpesse@puce.edu.ec. Dirección Av. Independencia 939, Independencia, Santiago. En caso de requerir mayor información puede solicitarla al Dr. Pablo Ruiz, Coordinador del Doctorado en Salud Pública, teléfono 229786379, email: pabloruiz@med.uchile.cl

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto *“Factores sociales e institucionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta”*.

_____ Nombre del Participante Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de Director de Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
<u>Karen Pesse Sorensen</u> Nombre del investigador Rut. 7192929-9	_____ Firma	_____ Fecha

Anexo 2: Guía de entrevista a pacientes

Muchas gracias por aceptar ser entrevistado/a para el proyecto de investigación “Factores sociales y organizacionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta”. Este estudio busca analizar los factores que favorecen o dificultan que las personas con diabetes reciban una atención de calidad. Su opinión y experiencia es clave para poder cumplir con ese objetivo y brindar recomendaciones a fin de mejorar la atención.

Edad: Sexo: Tipo de ocupación: Años de escolaridad:

Migrante reciente (menos 1 año): Si/No

Pertenencia a grupo “ancestral”: Si/No

Participación en grupo de pacientes /adultos mayores: Si/No

Participación en organización comunitaria: Si/No

Tiempo desde diagnóstico enfermedad:

menos de un año, uno a cinco años más de 5 años

Tema	Ejemplos de preguntas
Objetivo 1: Comprender la percepción de los pacientes y del personal de salud sobre la calidad de la atención, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma	
Experiencia del paciente: narración del diagnóstico de la enfermedad	¿Recuerda cómo fue el momento en que se enteró o le dijeron que tenía diabetes? ¿Podría contármelo? (<i>explorar</i> qué establecimiento y quién / qué le dijo)
Experiencia del paciente: narración del diagnóstico de la enfermedad, calidad relacional	Cómo reaccionó usted y qué tipo de ayuda / apoyo o consejo buscó? Dónde / con quién lo obtuvo? Siente que el apoyo fue el que necesitaba recibir/ fue efectivo?
Experiencia del paciente: “nivel” de vinculación con el establecimiento	¿Hace cuánto tiempo que se atiende en este CESFAM? ¿Cada cuánto consulta aquí por su diabetes? ¿Tiene otras enfermedades o afecciones que también son atendidas aquí? ¿Otros miembros de su familia también se atienden aquí?
Experiencia del paciente: motivos y comparación con atención en otros establecimientos	¿Se ha hecho atender en otros lugares o por otras personas? ¿Dónde? ¿Por qué se atendió ahí? (explorar si esas consultas están vinculadas a problemas de calidad en CESFAM)

Narración de caso “índice” para explorar calidad percibida desde experiencia del paciente	
Calidad técnica	<p>¿Podría contarme (en detalle) una experiencia (una situación o momento) en que usted se haya sentido especialmente bien atendido (o mal atendido) en este centro de salud? <u>Si NO hay experiencia “destacable”</u>: ¿podría contarme cómo fue su última consulta por la diabetes en este centro de salud?</p> <p><u>(Explorar si no surge espontáneamente en los relatos de experiencias de atención)</u> ¿por qué fue a la consulta? ¿Quién(es) lo atendieron? ¿Qué hizo y que le dijo el profesional de la salud (preguntas referidas al estado emocional y los condicionantes de la adherencia al tratamiento, examen físico, pedido revisión de exámenes, prescripción, consejería...) ¿Le realizaron algún otro procedimiento o consulta con otro profesional en esta visita al Centro?</p>
Calidad relacional: decisiones compartidas	<p>¿Qué indicaciones le dieron (medicamentos, autocuidado, realización de exámenes, derivación a especialista)? ¿Le pidieron su opinión sobre estas indicaciones? ¿Cree que pueda tener dificultades con esas indicaciones? ¿Qué haría en caso de que las hubiera?</p>
Calidad relacional: comunicación	<p>¿Qué le pareció lo que le dijeron o hicieron? ¿Qué más le hubiese gustado que le preguntaran, hicieran o le dijeran? ¿Qué le dijeron sobre la enfermedad y el tratamiento? Era lo que usted quería/ necesitaba saber? ¿Pudo preguntar lo que quería saber y recibió las respuestas que necesitaba?</p>
Calidad relacional: trato	<p>¿Cómo se sintió usted durante la consulta? ¿Qué se podría haber hecho para hacerle sentir mejor en cuanto al trato que recibió?</p>
Calidad relacional: conocimiento mutuo	<p>Lo/la atienden siempre los mismos profesionales? ¿Qué saben ellos de usted, su familia, su trabajo, su historia personal, aparte de lo referido a la enfermedad propiamente tal? ¿Le parece importante que ellos sepan eso? ¿Que otras cosas deberían saber?</p>
Calidad relacional: confianza	<p>¿Le gustaría que lo atendiera siempre el mismo profesional? ¿Quién? ¿Por qué prefiere que lo atienda siempre la misma persona / personas diferentes?</p>

<p>Objetivo 4: Caracterizar el contexto organizacional en que se producen las prácticas relativas a la atención de las personas con DM2 a fin de identificar sus condicionantes</p>	
<p>Factores específicos: características de los profesionales (“relacionales”)</p>	<p>¿Hay algún profesional con el que le guste más atenderse? (si usted pudiera escoger: ¿con que profesional se atendería?) Qué hace que lo/la prefiera? (<i>explorar</i> las características profesionales, personales, actitud /trato, etc.).</p>
<p>Factores específicos organizacionales</p>	<p>En su opinión: ¿qué más influye en que usted reciba (pueda recibir) una buena atención más allá de la personalidad o actitud personal de los profesionales? (<i>explorar</i> si la asocian con factores organizacionales del centro de salud: disponibilidad cupos, tiempo consulta, infraestructura y equipamiento box, disponibilidad de medicamentos u otros insumos, etc.)</p>
<p>Factores organizacionales: funcionamiento del consultorio y su vinculación con el sistema de salud</p>	<p>¿Qué lo que más le gusta de la atención que recibe en este centro? ¿Y que sería bueno cambiar? Qué más esperaría usted que haga el sistema de salud (el consultorio, el hospital, el sistema e general) en relación a su atención?</p>

Anexo 3: Guía de entrevista a profesionales

Muchas gracias por aceptar ser entrevistado/a para el proyecto de investigación “Factores sociales y organizacionales que condicionan la calidad de atención de los pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta”. Este estudio busca analizar los factores que favorecen o dificultan que las personas con diabetes reciban una atención de calidad. Su opinión y experiencia es clave para poder cumplir con ese objetivo y brindar recomendaciones a fin de mejorar la atención.

Edad: Sexo: Profesión:

Establecimiento: CESFAM _____

Número de años de trabajo en APS Recoleta:

Forma de remuneración: Sueldo Honorario Otra

Jornada (horas semanales): 44 horas 22horas Otra

Tema	Ejemplos de preguntas
Objetivo 1: Comprender la percepción de los pacientes y del personal de salud sobre la calidad de la atención, con énfasis en los aspectos relacionales de la misma	
Experiencia y actitud para la atención a pacientes con DM2	¿Qué porcentaje (aproximado) de las personas que usted atiende en este servicio tiene una enfermedad crónica y en particular DM2? ¿Qué le parece esta situación?
Narración de la experiencia	¿Podría usted relatarme lo más detalladamente posible como transcurre una consulta típica (real, no ideal) de un paciente con DM2 que ya tiene cierto tiempo siendo atendido en este centro de salud?
Calidad de atención (relacional): comunicación	¿Sobre qué temas conversa con el paciente? ¿Qué tipo de preguntas le hace usted al paciente? Qué le pregunta él/ella a usted?
Calidad de atención (relacional): conocimiento mutuo	Qué más le gustaría /considera necesario saber sobre su paciente?
Calidad relacional	¿Recuerda usted alguna consulta o paciente en particular (con DM2) que le produjera alguna emoción o reflexión sobre la atención que se les brinda a estos pacientes? ¿Podría contármela?
Calidad de atención (técnica):	En que basa las recomendaciones / indicaciones que usted le da al paciente? (<i>explorar</i> uso y valoración de la guía clínica y otra evidencia científica en contraste con considerar la experiencia y condiciones de vida del paciente: <i>p.ej.</i> acuerda estas indicaciones con su paciente?)

Expectativas (percibidas) de los pacientes con DM2	¿Cuáles son las expectativas de los pacientes con DM2 que acuden a ser atendidos en este centro?
Necesidades (percibidas) de los pacientes con DM2	En su opinión: ¿tienen estos pacientes características o necesidades específicas que los distinguen de los pacientes con otras patologías? ¿Cuáles son?
Conceptualización de la calidad de atención	¿Qué características debería tener la atención de los pacientes con DM2 para ser considerada de buena calidad? ¿Y qué hace que no lo sea?
Objetivo 4: Caracterizar el contexto organizacional en que se producen las prácticas relativas a la atención de las personas con DM2 a fin de identificar sus condicionantes	
Conformación y organización del equipo de salud	¿Cuáles son sus acciones y responsabilidades en la consulta de un paciente con DM2? ¿Quiénes más están involucrados y que hace cada uno? ¿Qué opinión le merece esta distribución del trabajo?
Disponibilidad de recursos	¿Considera usted que el centro cuenta con los recursos necesarios para dar una buena calidad de atención a los pacientes con DM2? ¿Qué falta o es deficiente? (<i>explorar</i> recurso humano y su capacitación, medicamentos, sistema información)
Factores organizacionales	¿Qué elementos de la organización y el funcionamiento del sistema de salud favorecen el que estos pacientes reciban una atención de calidad? ¿Y cuáles lo obstaculizan? (<i>explorar</i> citas, horario de atención, tiempo disponible para la consulta, procedimientos para la realización de exámenes o interconsulta, seguimiento a pacientes no adherentes, etc.)
Factores “sociales” intermedios	Entre los pacientes con DM2 existen algunos, o algún grupo de pacientes, que requiera de otro tipo/ forma de atención? ¿Cuál es la respuesta del sistema de salud, en términos de adecuación de la atención, a estas características o necesidades?
Factores sociales proximales	¿Ha tenido pacientes con DM2 que usted catalogaría como “difíciles”? ¿Qué lo haría incluirlos en esa “categoría”? ¿Qué estrategias pondría en juego para superar esta dificultad?

Anexo 4: Entidades patológicas y protección financiera Garantías Explícitas en Salud

Entidades patológicas de Diabetes incluidas en GES:

- Diabetes
- Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en el adulto sin mención de complicación
- Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en la madurez del adulto sin mención de complicación
- Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) estable sin mención de complicación
- Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) no cetósica sin mención de complicación
- Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) tipo II sin mención de complicación
- Diabetes con consulta y supervisión de la dieta
- Diabetes estable
- Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
- Diabetes mellitus no insulino dependiente sin cetoacidosis
- Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación
- Diabetes no insulino dependiente juvenil sin mención de complicación
- Diabetes, comienzo en la edad adulta (obeso) (no obeso)
- Diabetes gestacional
- Diabetes post pancreatometomía
- Otra diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación (17)

Tabla 12: Prestaciones y protección financiera incluidas en GES para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago %	Copago \$
Diagnóstico	Confirmación Pacientes con DM 2	Cada vez	7.390	20%	1.480
	Evaluación Inicial Paciente con DM 2	Cada vez	29.410	20%	5.880
Tratamiento	Tratamiento 1° año Paciente con DM 2	Mensual	4.660	20%	930
	Tratamiento a partir de 2° año Pacientes con DM 2	Mensual	6.280	20%	1.260
	Control Paciente DM 2 Nivel Especialidad	Mensual	28.370	20%	5.670
	Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM 2	Por tratamiento completo	203.730	20%	40.750
	Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM 2	Por tratamiento completo	353.700	20%	70.740
	Ayudas Técnicas - Pie diabético	Cada vez	20.4900	20%	4.100

Fuente: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-581.html#accordion_3 (17)

Anexo 5: Iniciativas para mejorar el sistema de agendamiento de citas

La **centralización del agendamiento** implica que esa tarea es realizada exclusivamente por un encargado de la misma en el Centro de Salud, por lo que las TENS que trabajan en las sedes de los territorios ya no pueden otorgarlas directamente, sino deben comunicarse telefónicamente con ese encargado. Varios entrevistados opinan que este cambio ha hecho menos flexible el proceso y ha incrementado el esfuerzo y tiempo necesario para que el administrativo o la TENS consigan las citas que el paciente requiere.

El **cambio de hora para la entrega de turnos** responde a un compromiso del alcalde, en el sentido de eliminar las largas colas de pacientes que se formaban afuera del CESFAM en la madrugada. Por esta razón, las citas se comenzaron a dar a partir de las dos de tarde. Si bien existen diversas opiniones sobre sus resultados, muchos entrevistados expresaron su disconformidad, ya que el nuevo sistema implica que frecuentemente el paciente tiene que ir varias veces al CESFAM para lograr ser atendidos; además de generar congestión y desorden dentro del establecimiento de salud. Ante esto, algunos pacientes recomiendan que se pongan guardias y se duplique el personal administrativo, dando prioridad a los pacientes con patologías GES. Por otra parte, tanto prestadores como pacientes asocian este cambio con un fuerte incremento en la demanda; incluso mencionan que algunas personas solicitan horas de consulta sin aparente motivo.

La **agenda dinámica** está siendo probada en un territorio del CESFAM Hevia, y exclusivamente con pacientes inscritos en el PSCV. Consiste en una agenda a corto plazo, en la que el profesional que realiza el control indica el mes en que el paciente debe ser atendido nuevamente. Estos datos son registrados por la paramédico quién posteriormente identifica a todos aquellos pacientes que deben ser citados en el mes, lo que se hace mediante un llamado telefónico en que se acuerda y confirma la fecha y hora de la consulta, y se chequea que tenga exámenes vigentes. Quiénes desarrollaron este sistema afirman que su ventaja reside en su mayor flexibilidad y al mismo tiempo mejor control del agendamiento,

ya que, entre otras cosas, permite calcular cuántas horas profesionales se requieren por mes. Esta agenda puede ser modificada en consideración de la demanda de los usuarios y a la disponibilidad real de profesionales para su atención. Es decir, posibilita la realización de cambios en caso de una contingencia local o nacional, o de que un profesional se ausente inesperadamente. Su implementación no ha estado exenta de problemas, especialmente por la carga de trabajo que implica para el personal administrativo y las TENS. Parece estar dando buenos resultados: los prestadores reportan una disminución del ausentismo que parece estar fuertemente influenciada por el tiempo de antelación con que se realiza la llamada recordatoria.

*Nosotros en el territorio no podemos agendar a pacientes porque nos quitaron esa tarea. Nos quitaron los libros para agendar, pero nos dieron un teléfono para llamar para que nos agenden. Entonces, si yo... llega un paciente que está con las estas así alteradas, yo no lo puedo citar para el otro día porque yo no sé si tengo hora para el otro día. Entonces tengo que llamar por teléfono, que me contesten, ver si hay hora, si no, ver si hay hora para dos, tres semanas más... [...] Antes con el libro, podía anotar el teléfono y llamaba: Sabe que, la enfermera no va a venir, le cambio la hora para cierto día, vaya a buscar los remedios. [...] Al final yo tengo que poner la cara para cambiar las horas, entregar remedios y volverle a cambiar la hora con médico, y volver a hacer todo... Ya, eso cansa. Y los pacientes también se aburren, po'. **TENS Rec***

*No es hacer las colas que se hacían antes pa' los números, eso ha cambia' o. Una vez me tocó el número 15 y a las 6 de la mañana. Sí po', haciendo la cola allá afuera, el frío, el hielo. [...] Claro, una hace la ésta igual, porque dan número ahí, usted llega y tiene que hacer, ya, llegó primero. Yo he ido como las 8, igual me han dado. No pal' día, pero me pueden dar pal' otro día. Y eso yo encuentro que es un cambio bueno. [...] Ya no tener que ir a las seis de la mañana, en pleno invierno con lluvia. No sí, que me dice a mí, embarrá hasta el cuello pa' allá, pa'l otro la'o y el agua que corre. **PM1 Petri***

Porque antiguamente uno se levantaba a las 5 de la mañana, a las 6 estaba aquí y las puertas estaban abiertas, sacaba hora y lo atendían bien. Yo eso lo encontraba... espectacular, porque uno madrugaba un poco, pero lo atendían en el mismo día. Y después hubo un tiempo aquí que cambió todo el sistema, y era incómodo. Porque uno tenía que llegar aquí como a las 8 o 9, le daban numerito y después tenía que volver a

las 2 para confirmar la hora. Entonces, uno se lo pasaba pa' allá y pa' acá y lo atendían al otro día. [...] Era malo, pa' qué vamos a andar con cosas. **PH2 Qta**

Y ya con esa diferencia de dos semanas, ya no están viniendo los pacientes. Se empezaron a presentar ausencias de nuevo. [...] Por ejemplo, ahora yo ya estoy viendo pacientes que fueron citados como un hace un mes, y de 6 ó 7, tuve tres que no se presentaron. [...] Si nosotros pudiéramos ser más efectivos y eficientes en cuanto a todo lo que administrativamente requiere, que no perdamos horas... si implementamos la Agenda Dinámica podemos modificar agendas de manera más fácil y poder adaptarnos a lo que tenemos y a lo que nos piden. **MED Hevia**