



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

CONTINUIDAD DE RELACIÓN ASISTENCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS CON LOS PROFESIONALES QUE LO ASISTEN EN EL SECTOR PÚBLICO

Autores:

Br. Bertora, Mariana
Br. Piastri, María
Br. Piñeiro, Silvina
Br. Romero, Viviana
Br. Senattore, Milena

Tutora:

Prof. Adj. Lic. Cecilia Acosta
Prof. Adj. Lic. Ana Arada

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014



INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindados, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra profesión.

- Tutoras responsables:
 - Prof. Adj. Licenciada en Enfermería Cecilia Acosta
 - Prof. Adj. Licenciada en Enfermería Ana Arada.
- Profesora Adj. Rosa Espina.
- Directora del Centro de Salud Aquiles Lanza Dra. Mireya Gómez Haedo.
- Licenciada en Enfermería Victoria Tejera.
- Licenciada en Enfermería Rosana Rodríguez.
- Auxiliar de Enfermería Susana Casanova.
- A los usuarios encuestados que colaboraron en nuestra investigación.
- A nuestros familiares y amigos que nos acompañaron en este proceso.

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
ANTECEDENTES	10
MARCO TEÓRICO	15
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
RESULTADOS Y ANALISIS	26
CONCLUSIÓN	36
SUGERENCIAS	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	41



INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Licenciatura en Enfermería Plan 1993, entre los meses Diciembre de 2012 y Setiembre 2014, con el objetivo de conocer la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en tres sectores públicos de Montevideo.

La Investigación se encuentra enmarcada en un proyecto de carácter internacional conocido como proyecto Equity, cuyo objetivo principal es analizar el impacto de diferentes tipos de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en la equidad de acceso y en la eficiencia en la provisión de atención en salud. Dicha investigación proporcionará evidencia sobre las implicaciones para la equidad en el acceso y la eficiencia de la introducción de las RISS en países latinoamericanos y de Europa, lo cual contribuirá a la formulación de políticas para la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Con esta investigación se logró conocer el punto de vista de los propios receptores de las políticas sanitarias y la percepción acerca de la atención brindada por parte de equipo de salud que lo asiste; es decir, conocer la continuidad asistencial.



JUSTIFICACIÓN

Durante las dos últimas décadas, numerosos países en Latinoamérica realizaron reformas en los servicios de salud con el objetivo de reducir su inequidad e ineficiencia. Como consecuencia de dichas reformas han emergido las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) ampliamente promovidas por gobiernos y organizaciones internacionales, a pesar de contar con una evidencia insuficiente sobre su impacto.

Es fundamental conocer el punto de vista de los propios receptores de las políticas sanitarias y la percepción acerca de la atención brindada por parte de equipo de salud que lo asiste; es decir, conocer la continuidad asistencial. La continuidad de relación asistencial se mide mediante el vínculo entre el proveedor y el paciente o la duración en el tiempo de esta relación. La importancia que otorgan todos los pacientes a este tipo de continuidad no es igual. En general le dan más importancia las personas que tienen más problemas de salud, que requieren más medicamentos y perciben su salud como mala.¹

Actualmente la continuidad asistencial se ha convertido en una prioridad para diferentes países del mundo, ya que ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren atención coordinada. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. Para el equipo de salud es imprescindible conocer la continuidad asistencial, ya que la misma eleva la calidad de los servicios brindados por los diferentes prestadores de salud; esta se basa en la transferencia de la información, coordinación y consistencia de la atención que se brinda, con el objetivo de personalizar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente y de la enfermedad, evaluándose principalmente desde la perspectiva del usuario; de



este modo también se optimizan los recursos humanos, materiales y financieros.

Por lo mencionado anteriormente es fundamental conocer la continuidad de relación asistencial en el primer nivel de atención apuntando a una de las patologías en las cuales se basa el proyecto Equity, abordando así a los usuarios diabéticos.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con el 13,4 % mayor de 65 años. La diabetes posee relación directa con el paso de la edad y la incidencia de la misma es mayor en los adultos mayores. En nuestro país, dicha patología afecta al 8,2% de la población.²

Según la OMS en 2005 "prevenir y tratar la diabetes es eficaz y económicamente eficiente"³ por lo cual se demuestra la importancia no sólo de trabajar sobre la patología como tal, sino en la prevención y detección precoz de la misma, la cual no solo genera complicaciones sino también una alta mortalidad a nivel internacional, de forma creciente y alarmante, justificando la implementación de políticas sanitarias que apunten a disminuir y prevenir la diabetes a nivel mundial.

Enfermería tiene como rol fundamental en el equipo de atención liderar los procesos asistenciales y de gestión de recursos, así como también del conocimiento relacionado con los cuidados dirigidos a los usuarios, avalando la coordinación con otros miembros del equipo logrando como resultado una atención integral y continua.



FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en tres policlínicas del sector público?

La continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en tres servicios de salud del sector público de la ciudad de Montevideo.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población adulta mayor diabética que se presta en los servicios de salud.
- Conocer el espacio entre el usuario y el equipo de salud a través de la distancia, interés, información y vínculo en el tiempo.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Conocer la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en tres servicios de salud del sector público de la ciudad de Montevideo.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población adulta mayor diabética que se asiste en tres servicios de salud.
- Conocer el vínculo entre el usuario y el equipo de salud a través de la confianza, interés, información y vínculo en el tiempo.



ANTECEDENTES

Como antecedente a nivel internacional, se encontró el proyecto Equity-LA, el cual tiene como objetivo evaluar la efectividad de varias estrategias en la mejora de la coordinación y la calidad asistencial de las redes de salud, en diferentes sistemas sanitarios. Para lograr este objetivo se implementó un diseño cuasi-experimental para la evaluación de intervenciones complejas, con metodología de investigación - acción con la participación de formuladores de políticas, profesionales de salud, gestores, usuarios e investigadores, en todas las etapas del proyecto. El mismo se está desarrollando actualmente en distintos países y las instituciones participantes del proyecto son: Prince Leopold Instituut Voor Tropische Geneeskunde (Bélgica), Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Colombia), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira y Fundação Universidade de Pernambuco (Brasil), Universidad de Chile (Chile), Universidad Veracruzana (México), Universidad de Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte (Argentina), Universidad de la República (Uruguay) y Consorci de Salut i Social de Catalunya (coordinador - España). El proyecto está financiado por la Comisión Europea dentro del Séptimo Programa Marco (FP7): Acción de Cooperación Internacional Específica (SICA). Con este proyecto se espera contribuir a mejorar la eficiencia, eficacia y equidad a los sistemas de salud, mediante la generación de evidencia en buenas prácticas de integración asistencial.⁴

En América Latina existe una investigación realizada en México, en el estado de Hidalgo, en 2005; la misma posee como temática central la calidad, gestión de los servicios de salud, satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los servicios de salud de dicho estado. De dicha investigación se obtuvo como resultado que los pacientes se



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



sienten mayoritariamente satisfechos con la atención recibida, reciben los medicamentos prescritos, se realizan las anotaciones en su historia clínica y se les orienta el manejo de su enfermedad; sin embargo se observa que no se realizan la cantidad de visitas programadas, son insuficientes los exámenes de laboratorio que se indican y la exploración de pies y fondo de ojos no es la establecida por la normativa mexicana. Además es bajo el reconocimiento de signos de gravedad por los pacientes, que tampoco asisten a los GAM (grupos de ayuda mutua) o a clubes de diabéticos, por lo que se requiere de mayor control del proceder médico acorde a lo establecido. Como conclusión de la investigación, se dispone de información para reorientar los servicios de atención al paciente diabético en el estado, considerando las particularidades de cada una de las jurisdicciones, se requiere de mayor control del proceder médico acorde a lo establecido y de estrategias de comunicación que faciliten la comprensión del manejo adecuado de la enfermedad.⁵

Otra investigación fue realizada en Brasil en 2005, en relación a la satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación en diabetes. La finalidad de este estudio fue describir la satisfacción de los pacientes diabéticos con la información recibida y la atención ofrecida después de la implementación del programa educativo denominado Staged Diabetes Management (SDM), en abril de 2005, en un centro de investigación y extensión en Ribeirão Preto -SP. Para esto, fue aplicado un cuestionario de satisfacción a 54 diabéticos que participaron del programa por un período de 12 meses. En relación a la información recibida durante la atención utilizando el SDM, los pacientes refirieron que fue acorde a sus necesidades, siendo que 59,3% de ellos mencionaron información relacionada con la alimentación, 33,3% a los medicamentos y 31,5% con el control de la glucemia. Otro factor de gran relevancia es el relacionado con la evaluación de la atención, siendo que 81,5% de pacientes lo consideran excelente. La satisfacción del paciente se constituye en un valioso *feedback* para evaluar las estrategias utilizadas y contenidos administrados en los programas de educación en diabetes, para modular la dinámica de trabajo y proporcionar elementos importantes para la educación permanente del equipo multiprofesional.⁶



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Por otra parte, se hizo referencia a la población en la cual se realizó la investigación, el adulto mayor diabético. Un estudio denominado "El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad" realizado por Víctor T. Pérez Martínez Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado de Medicina General Integral y Psiquiatría. Policlínico Universitario "Ana Betancourt". La Habana, Cuba en el año 2010. Dicho estudio arrojó como resultado que son varias las áreas que conforman la respuesta adaptativa del anciano diabético a su enfermedad: la percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. Entre los factores capaces de modificar la expresión de dicha respuesta se destacan: la edad avanzada, el deterioro cognitivo, la comorbilidad, el deterioro de la capacidad funcional, la depresión y el apoyo social. Teniendo en cuenta estos factores, el personal de salud puede comprender mejor el comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y de este modo perfeccionar las prácticas de salud para lograr una atención integral y continua.⁷

Por último, otro antecedente a nivel internacional de investigación relacionada a percepción de usuarios del sistema sanitario es un estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública, año 2010, titulada "Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar"; en la misma los investigadores abordan el escenario asistencial real y diario, la evaluación cuantitativa por parte de los usuarios de los factores que se relacionan con la continuidad asistencial, y los distintos grados alcanzados en las dimensiones referidas de ésta, validando paralelamente el cuestionario utilizado. Los resultados obtenidos son destacables. Como mejor percibidos está que la mayoría de los usuarios tiene confianza en los médicos que le atienden, considerando adecuada su comunicación con los pacientes y recomendándolos a sus allegados. Se identifica una elevada consistencia profesional ya que la mayoría de usuarios fueron atendidos por el mismo profesional de Atención Primaria (AP) y de Atención Hospitalaria (AH). Finalmente gran parte consideró que los niveles asistenciales estaban razonablemente coordinados, fundamentado sobre todo en la comunicación entre profesionales.⁸ La



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



relevancia del trabajo de Aller y colaboradores reside fundamentalmente en haber realizado una valoración cuantitativa de la continuidad asistencial en un ámbito asistencial real de nuestro entorno, identificando las distintas dimensiones que la conforman, lo cual constituye un antecedente imprescindible para esta investigación que pretendió adoptar un carácter similar para abordar el problema de investigación.

A nivel nacional, en cuanto a investigaciones previas acerca de la percepción de usuarios relacionado a equipo de salud asistencial, se encontró una tesis de maestría de una Licenciada en Enfermería Uruguaya, realizado en 2004, cuyo objetivo fue conocer cuál es el grado de satisfacción de los usuarios asistidos por el Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública (MSP) como indicador de mejora de la calidad de los servicios y como contribución al cambio de modelo de atención brindados.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal para cuya realización se suministra una encuesta anónima auto-administrada a una muestra de la población que recibe atención del Equipo de Enfermería y se asiste en los Centros de Primer Nivel de Atención en los Programas: - Captación y seguimiento del Recién Nacido y lactantes menores de un año; - Embarazo Adolescente; - Embarazo de Bajo Riesgo y - Usuarios con Patologías Crónicas (Hipertensión y Diabetes). Las conclusiones en relación a este estudio muestran que el posicionamiento adoptado por los usuarios incluidos en los programas de atención en relación al Servicio de Enfermería brindado, se mostró altamente favorable (5-Muy de Acuerdo) y que estos niveles se alcanzan cuando existe un servicio de Enfermería que mantiene una estrecha relación asistencial con el usuario.⁹

La revisión bibliográfica fue exhaustiva, con la finalidad de encontrar antecedentes de investigaciones similares en Uruguay; si bien se mencionó anteriormente como antecedentes un proyecto similar a la temática abordada, no se hallaron otros proyectos realizados. No son frecuentes los que apunten directamente a conocer la continuidad de asistencia de los receptores de la salud. Se consideró fundamental indagar sobre este aspecto en pacientes con



patologías crónicas, como la diabetes, ya que los mismos están ligados estrechamente con la utilización diaria de recursos materiales y humanos que el sistema sanitario brinda, principalmente en Primer Nivel de Atención.

MARCO TEÓRICO

El Primer Nivel de Atención fue el escenario principal, por la proximidad que posee al lugar donde habitan la gran mayoría de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios, extendiendo por todo el territorio un "conjunto de vínculos de identificación y de referencia". Los roles consisten en estructuras de participación basadas en vínculos personales en las que el poder se distribuye, que quiere decir que no hay una organización jerárquica, la participación es voluntaria y progresiva. Para ello es necesario la institucionalización de servicios de salud apropiados definidos por la OMS como "la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas accedan al conjunto de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y durante el curso del proceso de salud y enfermedad, a una distancia no superior al tiempo de un día de viaje".

A partir de la Reforma en el Sistema de Salud del año 2007,¹² de ley N° 19.211 referente al Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo una normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación, artículo 20 y 27 Artículos.¹³

El sistema debe asegurar la continuidad asistencial garantizando la accesibilidad a todos los niveles de atención a las necesidades de cada individuo desde el cuidado, pasando por el primer nivel de atención, hasta los servicios de mayor complejidad.

La continuidad asistencial se refiere de como "la percepción que tiene el usuario sobre la coordinación de la atención coordinada que recibe a lo largo del tiempo".¹⁴ Se identificaron tres tipos de continuidad en el sistema de



MARCO TEÓRICO

El Primer Nivel de Atención fue el escenario principal, por la proximidad que tiene al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios; entendiendo por redes un *"entretejido de vínculos, de identidades y de intereses"*. Las redes consisten en estructuras de participación basadas en vínculos personales en las que el poder se distribuye, esto quiere decir que no hay una organización jerárquica, la participación es voluntaria y autogobernada. Para ello es necesario la implementación de servicios de salud integrales, definido por la OMS como *"la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida"*.¹⁰

A partir de la Reforma en el Sistema de Salud del año 2007,¹¹ se crea la ley N° 18.211 referente al Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo una normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación contando con 77 Artículos.¹²

El sistema debe asegurar la continuidad asistencial garantizando la accesibilidad a todos los niveles de acuerdo a las necesidades de cada individuo desde el domicilio, pasando por el primer nivel de atención, hasta los servicios de mayor complejidad.

La continuidad asistencial, se entiende como *"la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de la asistencia coordinada, que recibe a lo largo del tiempo"*.¹³ Se identifican tres tipos de continuidad en la atención: de



información; de relación; y de gestión. La continuidad de relación asistencial se basa en el vínculo en el tiempo del paciente con uno o más proveedores. Requiere un vínculo entre el paciente y el profesional de salud brindándole este, la confianza y seguridad necesaria para afrontar su proceso salud enfermedad, siendo el profesional un referente. Para que se dé una adecuada continuidad de relación asistencial, el paciente debe recibir información clara y precisa sobre la calidad de asistencia donde el profesional le explique el tratamiento a seguir, de forma clara y en un lenguaje adecuado. Se debe contar con un fácil acceso al centro de salud y a los diversos servicios prestados por el mismo, donde pueda obtener una oportuna atención de acuerdo a sus necesidades. Otro aspecto a destacar es la importancia del tiempo y la disponibilidad del profesional durante la consulta siendo este un pilar fundamental en la continuidad asistencial.¹⁴ El tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis. Varios estudios sugieren que las consultas deberían tener una duración relativa de 20 minutos o más para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial.¹⁵

A su vez, la coordinación asistencial está identificada como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios. Esto ha hecho que los sistemas sanitarios la integren en los distintos planes de calidad para enfermedades crónicas complejas, de forma que figuren transversalmente en sus formas de trabajo y se incluya en la formación de los profesionales. Asimismo, se debe conceptualizar la patología crónica en la que se centra la investigación, diabetes: *"es una enfermedad metabólica y crónica, no transmisible y de etiología multifactorial producida por defectos en la secreción y/o acción de la insulina, con un alto costo social y un gran impacto sanitario, determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad y esperanza de vida de los pacientes."*¹⁶ Dicha patología posee relación directa con el paso de la edad, y la incidencia de la misma es mucho mayor en adultos mayores; entendiéndose



como adulto mayor a "quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad".¹⁷

El cuidado enfermero de un adulto mayor con diabetes puede implicar enfrentar retos especiales. Se debe contemplar la calidad de vida y entorno de este adulto mayor para obtener mejores resultados, tomando en cuenta factores como la alimentación, administración de medicación, limitaciones físicas o mentales que puedan afectar el tratamiento de la diabetes.¹⁸ Para abordar de forma integral y humana a los usuarios es necesaria la atención por parte de un equipo multidisciplinario de salud, y no de profesionales aislados; es fundamental el abordaje desde distintas áreas de conocimiento, pero sin perder la cooperación y el potenciarse unos a otros *"el trabajo en equipo requiere tres dimensiones: cuidar, cuidarse y ser cuidado. A pesar de las contradicciones y dificultades, es una estrategia que permite al médico participar en las decisiones y desarrollo de un proyecto en común con otros, pensar, hablar, reflexionar, intercambiar y elaborar estrategias que permitan una mejor atención al paciente"* según Inglott en 1999.¹⁹ El fin último de la atención integral de las personas con diabetes mellitus (DM) es mejorar su calidad de vida, evitarles la aparición de complicaciones a corto y largo plazo y garantizarles el desarrollo normal de las actividades diarias. La educación es prioridad en la atención integral de las personas con DM y debe desarrollarse de manera efectiva en todos los servicios del Sistema Nacional de Salud.²⁰

Cabe mencionar que la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) fue quien promovió una nueva ley para los diabéticos, que otorgaría más derechos y nuevas obligaciones para los pacientes que padecen dicha patología. El objetivo principal de la institución era generar más concientización pública sobre la diabetes y brindar educación al diabético y a su familia. La obtención de derechos para diabéticos debe complementarse con el cumplimiento de controles y cuidados médicos. El objetivo es lograr que los diabéticos puedan acceder a todo tratamiento y producto que evite el desarrollo de complicaciones, así como el acceso a otros servicios, tales como venta de insumos, nutrición, podología, psicología, enfermería, servicio para diabéticos tipo 1 y 2, descarga de glucómetro, etc.



La ley N° 14.032, compuesta por 17 artículos dicta normas estructurando medidas sanitarias, sociales y laborales, con respecto a los enfermos diabéticos.²¹ Ver anexo 1.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación:

El tipo de investigación es descriptivo y de corte transversal.

Diseño de investigación:

Esta investigación es de carácter cuantitativa.

Lugar de estudio:

El área de estudio será en las políclínicas del sector público.

Universos de Estudio:

El universo de estudio está conformado por todas las personas mayores de 50 años que habitan en tres Políclínicas del sector público, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra:

La muestra correspondiente a un total de 50 sujetos mayores de 50 años diabéticos que se seleccionan en tres Políclínicas del sector público. Los mismos fueron captados en períodos comprendidos entre mayo y agosto de 2014 y se utilizaron mediante la entrevista "Controlada de relación espontánea" de los sujetos mayores diabéticos con los profesionales que les atienden en el sector público.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación:

El tipo de investigación es descriptivo y de corte transversal.

Diseño de Investigación:

Esta investigación es de carácter cuantitativo.

Lugar de estudio:

El área delimitada fueron tres policlínicas del sector público.

Universo de Estudio:

El universo de estudio está constituido por todos los adultos mayores de 65 años que asisten en tres Policlínicas del sector público, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra:

La muestra corresponde a un total de 68 adultos mayores de 65 años diabéticos, que se asisten en tres Policlínicas del sector público. Los mismos fueron captados el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2014 y aceptaron realizar la entrevista "Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público".



Selección y tamaño de la muestra:

Usuarios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

Usuarios mayores de 65 años, que padecen diabetes y se asisten en las Policlínicas del sector público, los cuales accedieron a responder la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que se nieguen a contestar la encuesta por motivos personales.
- Usuarios menores de 65 años
- Usuarios que no padezcan enfermedad diabética
- Usuarios que no se asisten en las Policlínicas del sector público.
- Usuarios que padecen patología psiquiátrica y/o no se encuentran orientados en tiempo y espacio.

Instrumentos de Investigación:

Se realizó una encuesta semiestructurada a los usuarios.

El instrumento consta de 16 preguntas, las primeras 5 caracterizan a la población, las 10 siguientes permiten abordar la variable compleja en estudio.

La última pregunta es de carácter informativo, para conocer que profesionales integran el equipo de salud que asiste a los usuarios.

Ver Anexo 2.



Procedimientos para la recolección de datos:

Como primera instancia se planificó y realizó la detección de la muestra asistiendo a los campos seleccionados los días que se reunieron los grupos de diabéticos y los días de policlínicas de endocrinología, Diabetología y medicina general.

Previo a concurrir a los centros a conocer la población y recabar los datos se solicitaron las autorizaciones correspondientes, luego se coordinó fecha y hora para la recolección de los mismos. Anexo 3.

Con el objetivo de testear el instrumento realizado, a fin de asegurar que las preguntas se comprendan adecuadamente, y que las respuestas aporten a la investigación, se realizó una prueba piloto en uno de los servicios de salud; los datos recabados en la validación no son parte de los resultados de la muestra total, es decir, los usuarios encuestados en primer instancia no formaron parte de la muestra.

Previo a la realización de la encuesta, se solicitó el consentimiento a cada uno de los usuarios para ser partícipes de esta investigación. Ver anexo 4

Los datos se manejaron en forma anónima y los resultados fueron utilizados solo con fines académicos.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario que indagó acerca de características de los usuarios y su relación con los profesionales que lo asisten.

Para la realización de la recolección de datos se contó con cinco recursos humanos, estudiantes de Licenciatura en Enfermería, con la supervisión directa de dos tutoras del Trabajo Final de Investigación.



Se debe tener en cuenta que la recolección de datos se realizó en un ambiente tranquilo y confortable, para facilitar así el entendimiento de la información que le fue brindada al usuario.

Cada estudiante fue responsable de corroborar que el usuario comprendiera la pregunta formulada. Posteriormente los estudiantes registraron la respuesta obtenida, basándose en un instructivo para completar el cuestionario. Anexo 5

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	CATEGORÍAS
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta un momento determinado.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido en años, hasta el día de la entrevista.	Cuantitativa; discreta.	65 – 70 años 71 – 76 años > = 77 años
Sexo	Status biológico de una persona en cuanto hombre, mujer.	Presencia de caracteres secundarios femeninos o masculinos.	Cualitativa, nominal	Femenino. Masculino.
Nivel de instrucción	Máximo nivel de enseñanza formal que alcanzó el individuo.	Último nivel alcanzado al momento de la entrevista.	Cualitativa; nominal.	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



				completa Nivel terciario completo Nivel terciario incompleto UTU incompleta UTU completa
Residencia.	Distancia aproximada desde la policlinica hasta su hogar.	Cantidad estimada de cuadras.	Cuantitativa discreta.	0-4 cuadras 5- 10 cuadras >11 cuadras
Tiempo de diagnóstico de la patología.	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la patología hasta un momento determinado.	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la patología el momento de la entrevista, en años.	Cuantitativa discreta.	0-4 años 5- 10 años >11 años
VARIABLE COMPLEJA: Continuidad de relación.	Perspectiva del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más profesionales del equipo de salud.			
Comprensión del usuario.	El usuario considera que la información* brindada por el equipo de salud es clara.	Captación de la información clara.	Cualitativa nominal.	Si. No.
Interés.	El usuario considera que el equipo de salud se interesa por él.	Sentimiento de importancia.	Cualitativa Nominal.	Si No No se
Información necesaria.	El usuario considera que la información* brindada por el equipo de salud es acorde a	El usuario considera que la información que recibe es la que	Cualitativa nominal.	Si No No se



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



	sus necesidades	necesita		
Confianza en el equipo	Sentimiento de seguridad en la relación con el equipo	El usuario tiene la creencia que el equipo actuará brindando la atención que necesita	Cualitativa. nominal	Si No No se
Tiempo de consulta	Tiempo que dura la consulta	Tiempo estimado que transcurre entre el inicio de la consulta y el término de la misma	Cuantitativa ordinal	< a 20 minutos >= 20 minutos
Concurrencia a grupo de diabéticos	Participación en un grupo de usuarios diabéticos, guiado por un equipo de salud multidisciplinario.	El usuario concurre al grupo.	Cualitativa. Nominal	Si No
*Tiempo de permanencia en el grupo	Tiempo transcurrido desde que comenzó a concurrir al grupo de diabéticos hasta un momento determinado.	Tiempo transcurrido desde que comenzó a participar en el grupo de diabéticos, hasta la fecha de la entrevista en años.	Cuantitativa discreta	0-4 años 5- 10 años >11 años
*Interés del usuario	Disposición del usuario para concurrir a un grupo de diabéticos.	El usuario manifiesta voluntad de concurrir a un grupo.	Cualitativa nominal	Si No No se



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Aporte de información	Suministro de información a los usuarios pertenecientes al grupo.	El usuario manifiesta que la concurrencia al grupo aportaría información	Cualitativa nominal	Si No
Relación con el equipo	Vínculo entre el usuario y los profesionales que lo asisten.	El usuario manifiesta que la concurrencia al grupo contribuiría a la relación con el equipo de salud.	Cualitativa nominal	Si No

* Información: higiene, alimentación, ejercicio, medicación, vestimenta, signos y síntomas de alarma.

Procesamiento de datos

En primera instancia se plantearon cada una de las variables de estudio, destacando la continuidad de relación como una variable compleja de donde se desprendieron una serie de variables dependientes, las cuales se estudiaron de forma individual y posteriormente se analizaron.

Para la recolección de los datos se utilizaron definiciones, descripción y categorías de las variables ya vistas.

El análisis se expresó a través de tablas y gráficos de frecuencias absolutas y porcentuales. Anexo 6.



Tabla Nº 3 Caracterización de la Población según NIVEL DE INSTRUCCIÓN

RESULTADOS Y ANÁLISIS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla Nº 1: Distribución de la población según EDAD

EDAD	FA	FR%
65 a 70 años	38	56
71 a 76 años	16	23
>= 77 años	14	21
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: Predomina la franja etaria de 65 a 70 años.

Tabla Nº 2 Distribución de la población según SEXO

SEXO	FA	FR%
Femenino	44	65
Masculino	24	35
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: El mayor porcentaje de la población encuestada corresponde al sexo femenino.



Tabla N° 3 Distribución de la población según NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Analfabeto	4	6
Primaria Incompleta	49	72
Primaria Completa	11	16
Secundaria Incompleta	3	4
Secundaria Completa	1	2
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: El 72% de los usuarios posee primaria incompleta.

Tabla N° 4 Distribución de la población según RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR%
0 a 4 cuadras	14	21
5 a 10 cuadras	36	53
>= 11 cuadras	18	26
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: Se destaca que el 53% de los usuarios residen a una distancia de entre 5 y 10 cuadras.



SUBVARIABLES DE LA VARIABLE COMPLEJA CONTINUIDAD DE RELACION ASISTENCIAL

Tabla N° 5 Distribución de la población según TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA	FA	FR%
0 A 4 años	8	12
5 A 10 años	34	50
>= 11 años	26	38
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentarios: La mitad de la población hace más de 5 y menos de 10 años que fue diagnosticada con diabetes.

Tabla N° 6 Distribución de la población según COMPRENSIÓN DEL USUARIO

COMPRENSION DEL USUARIO	FA	FR%
SI	59	87
NO	9	17
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: La mayoría de los usuarios comprenden la información.



Tabla N°8 Distribución de la población según INFORMACIÓN NECESARIA

INFORMACION NECESARIA	FA	FR%
SI	43	63
NO	10	15
NO SE	15	22
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: El 63% de los usuarios considera que la información que recibe es la que necesita.

Tabla N°9 Distribución de la población según CONFIANZA EN EL EQUIPO

CONFIANZA EN EL EQUIPO	FA	FR%
SI	49	72
NO	13	19
NO SE	6	9
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: La mayor parte de la población encuestada refiere que confía en el equipo que lo asiste.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Tabla N°11 Distribución de la población según PERTENENCIA A UN GRUPO DE DIABÉTICOS

PERTENENCIA A UN GRUPO	FA	FR%
SI	16	24
NO	52	76
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

Comentario: El 76% de los usuarios no concurre a un grupo de diabéticos.

Para analizar los resultados obtenidos se realizaron tablas bivariadas con las sub-variables de la variable compleja, para poder visualizar la relación entre dichas variables.

Tabla bivariada N° 12 - NIVEL DE INSTRUCCIÓN – COMPRENSION

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	COMPRENSIÓN					
	1. SI		2. NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1. ANALFABETO	2	3	2	3	4	6
2. PRIMARIA INCOMPLETA	44	65	5	8	49	73
3. PRIMARIA COMPLETA	9	13	2	3	11	16
4. SECUNDARIA INCOMPLETA	3	4	0	0	3	4
5. SECUNDARIA COMPLETA	1	1	0	0	1	1
TOTAL	59	86%	9	14%	68	100%

Fuente: Propia (encuesta realizada a los usuarios)

Comentario: Es de destacar que los usuarios con menor nivel de instrucción formal son los que manifestaron no comprender los mensajes del equipo.



Tabla bivariada N° 13 - TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA - CONFIANZA

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA	CONFIANZA							
	1. SI		2. NO		3. NO SE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1. 0 A 4 AÑOS	5	8	2	3	1	1	8	12
2. 5 A 10 AÑOS	28	41	4	6	2	3	34	50
3. > 11 AÑOS	16	24	7	10	3	4	26	38
TOTAL	49	73%	13	19%	6	8%	68	100%

Fuente: Propia (encuesta realizada a los usuarios)

Comentario: De los usuarios con diagnóstico menor a 4 años la mayoría tiene confianza en el equipo, la misma aumenta y tiene su pico entre los 5 y 10 años de diagnosticado; luego la misma disminuye.

Tabla bivariada N° 14 - INFORMACION NECESARIA - COMPRENSION

COMPRENSION	INFORMACION NECESARIA							
	1. SI		2. NO		3. NO SE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1. SI	43	64	10	14	6	9	59	87
2. NO	0	0	0	0	9	13	9	13
TOTAL	43	64%	10	14%	15	22%	68	100%

Fuente: Propia (encuesta realizada a los usuarios)

Comentario: de los usuarios que comprenden la información recibida, se destaca que el 14% considera que dicha información no es la que necesita.



Tabla bivariada N° 15 - DURACION DE LA CONSULTA - CONFIANZA

DURACION DE LA CONSULTA	CONFIANZA							
	1. SI		2. NO		3. NO SE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1. < 20 MINUTOS	40	59	8	12	4	6	52	77
2. > 20 MINUTOS	9	13	5	7	2	3	16	23
TOTAL	49	72%	13	19%	6	9%	68	100%

Fuente: Propia (encuesta realizada a los usuarios)

Comentario: Según esta tabla la confianza no tiene relación con el tiempo de la consulta que el profesional brinda al usuario, mostrando que el 59% tiene confianza aunque el tiempo de la consulta no es el estimado teóricamente para este tipo de usuario.

Tabla bivariada N° 16 - TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA – PERTENENCIA A UN GRUPO

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA	PERTENENCIA A UN GRUPO					
	1. SI		2. NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1. 0 A 4 AÑOS	5	7	3	4	8	11
2. 5 A 10 AÑOS	8	12	26	38	34	50
3. > 11 AÑOS	3	4	23	35	26	39
TOTAL	16	23%	52	77%	68	100%

Fuente: Propia (encuesta realizada a los usuarios)

Comentario: De los usuarios con diagnostico menor a 4 años la mayoría concurre a un grupo de diabéticos, sin embargo, de los diabéticos diagnosticados hace más de 5 años el 73% no concurre a grupos. De los datos obtenidos se evidencia que disminuye la adhesión de los usuarios a los grupos al aumentar el tiempo de diagnóstico de la patología.



Antes de iniciar el análisis es importante destacar que en este estudio se llamará "equipo de atención" a aquel que según la respuesta de los usuarios está compuesto por médico general, médico endocrinólogo, médico diabetólogo, licenciado en enfermería, licenciado en nutrición, y auxiliar de enfermería.

En base a la recolección de datos se obtuvo que de una muestra de 68 usuarios, la mayoría corresponde a la franja etaria de 65 a 70 años de edad (ver tabla N°1). Como parte de la caracterización de los usuarios cabe mencionar que predomina el sexo femenino, coincidiendo este valor con la realidad demográfica nacional (ver tabla N°2).

En cuanto al máximo nivel de instrucción alcanzado, predominan aquellos usuarios que poseen primaria incompleta (49 usuarios) (ver tabla N°3), de los cuales el 90% refirió comprender la información brindada por los profesionales (ver tabla bivariada N°12).

Los datos obtenidos reflejan que el equipo de salud transmite la información brindando contenidos claros y concretos teniendo en cuenta la formación educativa de los usuarios, así como se evidencia que los mismos comprenden la información recibida (ver tabla N°6).

En relación al tiempo de diagnóstico de la patología se obtuvo que de los usuarios con diagnóstico menor a 4 años la mayoría tiene confianza en el equipo de atención. De los que refirieron estar en conocimiento de su enfermedad hace más de 5 años (60 usuarios) el 90% manifestó confiar en el equipo (ver tabla bivariada N°13).

El vínculo entre paciente-profesional se basa en la confianza y seguridad construida en el tiempo, siendo esto un pilar fundamental en la continuidad de relación asistencial.



Además más de la mitad de los encuestados cree que el equipo de salud se interesa por ellos, considerándolos referentes, lo cual contribuye también a la confianza en el equipo (ver tabla N°7).

Respecto al lugar de residencia se observó que 53% viven a una distancia de entre 5 y 10 cuadras. Para que se dé una adecuada continuidad de relación, se debe contar con un fácil acceso al centro de salud (ver tabla N°4).

Del 87% de los usuarios que refieren comprender la información que se les brinda (ver tabla N°6).

El paciente debe recibir información clara y precisa sobre la calidad de asistencia donde el profesional le explique el tratamiento a seguir. A partir de las variables comprensión del usuario e información necesaria se desprende de la tabla que los usuarios entienden la información que le brinda el equipo de salud, la cual manifestaron es la que necesitan para mantener el bienestar y comprender su patología, sin embargo un 14% considera que dicha información no es la que necesita (ver tabla bivariada N°14).

El 77 % de los usuarios responde que la duración de la consulta es menor a 20 minutos (ver tabla N°10). Según los datos obtenidos la confianza no tiene relación con el tiempo de la consulta que el profesional brinda al usuario, mostrando que el 59% tiene confianza aunque el tiempo de la consulta no es el estimado teóricamente para este tipo de usuario (ver tabla bivariada N°15). Basándonos en el marco teórico encontramos que se considera como óptima una consulta de 20 minutos o más, lo cual no coincide con los resultados obtenidos. Cabe destacar la importancia del tiempo que el profesional dedica a la consulta, siendo este significativo para favorecer el vínculo y la comunicación entre el equipo de salud y el usuario.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



De la totalidad de los encuestados un 23% refirió que concurre a un grupo de diabéticos dentro del centro en el cual se asiste (ver tabla N°11). En los datos se observa que la mayoría de los usuarios concurre hace más de 5 años al grupo, lo cual coincide con el tiempo de diagnóstico de la patología (ver tabla bivariada N°16).

Lo mencionado anteriormente refleja que una vez diagnosticado, el usuario comenzó a concurrir al grupo, lo que demuestra que se sienten motivados por los programas de salud implementados, destacándose que el equipo de profesionales responsables del grupo de diabéticos ha permanecido desde el inicio del mismo.

De los usuarios que respondieron que no concurren a un grupo de diabéticos, más de la mitad refiere estar interesados en ser partícipes de uno, debido a que consideran que aportaría información acerca de su patología y que contribuiría a la relación con el equipo de salud (ver tablas N°13, N°14, N°15).



CONCLUSIÓN

La investigación llevada a cabo permitió cumplir con los objetivos planteados.

En relación al vínculo con el equipo de salud concluimos que los usuarios que participaron en esta investigación confían en los profesionales que los asisten, sienten que estos se interesan por ellos y mantienen una relación de continuidad con los mismos.

De los datos obtenidos se evidencia que disminuye la adhesión de los usuarios a los grupos al aumentar el tiempo de diagnóstico de la patología.

Los usuarios que no concurren a un grupo manifestaron su interés de participar en uno, considerando que les aportaría información y contribuiría a la relación con el equipo que lo asiste.

En cuanto a la información recibida la misma es clara, sin embargo el 14% consideran que no es la que necesitan.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Letelier Ruiz MJ. Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios [Tesina] [Internet]. Barcelona. Universidad Pompeu Fabra, Universitat Autònoma de Barcelona; 2008. Disponible en: http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documentssepps/Maria%20Jose%20Letelier_2008_Instrumento%20medida%20continuidad%20asistencial%20-Master.pdf [consulta: 04 abr 2013].
2. Diabetes. Ley 14.032 de 6 de octubre de 1971. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=14032&Anchor=> [consulta: 10 abr 2013].
3. Federación Internacional de Diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf> [consulta: 10 abr 2013].
4. Gómez Rodríguez O. La Comisión Europea financia el nuevo proyecto Equity-LA II. [Internet] 2013. Disponible en: <http://ops.opimec.org/actuales/noticias/420/la-comision-europea-financia-el-nuevo-proyecto-equity-la-ii/> [consulta: 22 abr 2013].
5. Paz Bautista JC, Suárez Lugo N. Calidad y gestión de servicios de salud: satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los servicios de salud del Estado de Hidalgo, México, 2005 [Tesis] [Internet]. Pachuca de Soto: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_mayo_agosto/5satisfaccion_percepcion.pdf [consulta: 10 mar 2013].
6. Zanetti M, Miyar L, Voltolini M, Dos Santos M, Siqueira D, Pontin de Mattos F. Satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación en diabetes. Rev. Latino-am Enfermagem [Internet] 2007; 15(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a10.pdf [consulta: 10 mar 2013].
7. Pérez V. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2010; 26(2).



Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200011 [consulta: 10 mar 2013].

8. Fernández A, Ollero M. Percepción de la continuidad asistencial: conocer para actuar. Rev. Esp. Salud Pública [Internet] 2010; 84(4): 349-51.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400001&script=sci_arttext [consulta: 10 mar 2013].

9. Sangiovanni R. Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de enfermería: centros de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública [Tesis de maestría] [Internet]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2005.

Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art03_atencion.pdf [consulta: 13 abr 2013].

10. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. Disponible en:

http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250 [consulta: 03 may 2013].

11. Uruguay. Presidencia. Sistema Nacional Integrado de Salud: no cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera. [Internet] 2006.

Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> [consulta: 03 may 2013].

12. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley N° 18.211 de 13 de diciembre de 2007. Uruguay.

Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [consulta: 03 may 2013].

13. Fernández A, Ollero M. Percepción de la continuidad asistencial: conocer para actuar. Rev. Esp. Salud Pública [Internet] 2010; 84(4): 349-51.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400001&script=sci_arttext [consulta: 10 mar 2013].

14. Barcelo A, Luciani S, Agurto I, Orduñez P, Tasca R, et al. Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud. [Internet]. 2012.

Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid= [consulta: 05 may 2013].

15. Clínica Ciudad del Mar. Duración óptima de una consulta médica ambulatoria. [Internet]. 2013.



Disponible en: <http://www.ccdm.cl/duracion-optima-de-una-consulta-medica-ambulatoria/> [consulta: 12 jul 2013].

16. Sánchez A (coord). Protocolos diabetes mellitus tipo II. [Internet] 2010.
Disponible en:
<http://www.fesemi.org/documentos/publicaciones/protocolos/protocolos-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf> [consulta: 12 jul 2013]
17. Thevenet N. Cuidados en personas adultas mayores: análisis descriptivo de los datos del censo 2011. [Internet]. 2013.
Disponible en:
http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf [consulta: 10 feb 2013].
18. BD. Guía para el cuidado de la diabetes en adultos mayores. [Internet]. 2014.
Disponible en:
<http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=31324> [consulta: 10 feb 2013].
19. Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco M, De León B, Ureta C, et al. Trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental. Rev Psiquiatr Urug [Internet] 2007; 71(2): 135-52.
Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06_asm.pdf [consulta: 12 jul 2013].
20. García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol [Internet] 2007; 18(1).
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end05107.htm [consulta: 12 jul 2013].
21. Diabetes. Ley 14.032 de 6 de octubre de 1971. Uruguay.
Disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=14032&Anchor=> [consulta: 10 abr 2013].



ANEXO N°1

LEY DE DIABETES EN URUGUAY

La Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) promueve una campaña para los diabéticos que otorgue más conciencia y nuevas oportunidades para los pacientes de alta dependencia. El objetivo principal de la institución es generar una conciencia pública sobre la diabetes y brindar educación al diabético y a su familia.

El mundo vive la diabetes afecta al 8,2% de la población, vive con aproximadamente unas 270 mil personas. De estas el 20% son no lo sabe y además, hay que 1% de personas que pueden llegar a ser diabéticas. Nos informamos que en la actualidad el Uruguay no se encuentra con ningún tipo de ley que ayude a las personas con diabetes con respecto a su salud no con respecto a su vida.

ANEXOS

Además, la institución realiza programas para modificar la actual Ley de Diabetes, que se promulgó según consta el año 1971. La propuesta de la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) es trabajar con los organismos involucrados en la gestión de las convenciones que se aplican, que se establece que la persona con diabetes debe estar a cargo en su trabajo durante 2 años cuando hay sus 3 meses, además, la ley establece que los funcionarios diabéticos no pueden tener a cargo un cargo de confianza, como también, cuando se trata de un funcionario de confianza.

El objetivo de la institución es trabajar en conjunto con los organismos a la diabetes un buen tratamiento, a través del equipo médico de la Institución. El trabajo mira a promover el acceso a la salud pública y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes que se ha producido en el tratamiento.



ANEXO N°1

LEY DE DIABETES EN URUGUAY

La Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) promueve una nueva ley para los diabéticos, que otorgue más derechos y nuevas obligaciones para los pacientes de esta enfermedad. El objetivo principal de la institución es generar más concientización pública sobre la diabetes y brindar educación al diabético y a su familia.

En nuestro país, la diabetes afecta al 8,2% de la población, vale decir, aproximadamente unas 270 mil personas. De éstos, el 20% aún no lo sabe y además, hay otro 8% de personas que pueden llegar a ser diabéticos. Nos informaban que, en la actualidad, el diabético no es catalogado como enfermo sino como una persona con diabetes, porque en los hechos, la diabetes bien tratada no constituye una enfermedad.

Actualmente, la institución realiza gestiones para modificar la actual Ley de Diabetes, que se encuentra vigente desde el año 1971. La propuesta de la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU), es terminar con las discriminaciones establecidas en la vigente ley. Nos comentaban, que por ejemplo, que se establece que la persona con diabetes deberá estar a prueba en su trabajo durante 2 años, cuando hoy son 3 meses. Además, la ley establece que las personas con diabetes no podrán manejar ningún tipo de transporte, camión, ómnibus u operar maquinaria de cualquier índole.

El objetivo de la institución es lograr que se otorguen libretas profesionales que demuestren un buen tratamiento, a través del estudio médico llamado Hemoglobina Glucosilada. El estudio mide un promedio de azúcar en la sangre durante 3 meses. Un buen resultado de este estudio demuestra que la persona se ha preocupado en el tratamiento.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



La obtención de derechos para diabéticos debe complementarse con el cumplimiento de controles y cuidados médicos. Otra de las propuestas, es lograr que los diabéticos puedan acceder a todo tratamiento y producto que evite el desarrollo de complicaciones. En la institución también se puede acceder a otros servicios, tales como venta de insumos, nutrición, podología, sicología, enfermería, servicio para diabéticos tipo 1 y 2, descarga de glucómetro, etc.

En síntesis, ser diabético no significa sólo tomar pastillas o inyectarse insulina, es mucho más que eso. La educación le otorgará libertad e independencia y lo transforma en un protagonista activo de su realidad.

Alcides Fernández

<http://www.avisador.com.uy/actualidad/opinion/449-asociacion-de-diabeticos-del-uruguay-impulsa-nueva-ley-.html>

Ley N° 14.032

DIABETES

SE DICTAN NORMAS ESTRUCTURANDO MEDIDAS SANITARIAS, SOCIALES Y LABORALES, CON RESPECTO A LOS ENFERMOS.

Artículo 1°.

En función de la incidencia de la diabetes sobre la población y su repercusión sanitaria, económica y social, se determinan las siguientes medidas destinadas a contemplar la situación de las personas que padezcan esta afección.

Medidas Sanitarias

Artículo 2°.

El Ministerio de Salud Pública creará servicios especializados de diabetes en los hospitales de Montevideo y en los Centros Departamentales de Salud Pública del interior del país que puedan requerirlo.



Artículo 3°.

Esos servicios tendrán a su cargo:

- A) Realizar el diagnóstico clínico-humoral en forma gratuita.
- B) Realizar tratamiento y control de la enfermedad en los diabéticos que carezcan de recursos o que paguen los aranceles que en forma especial y reducida, se fijen.
- C) Suministrar instrucción dietética y los elementos y conocimientos adecuados para el manejo de la insulina y reactivos, por los pacientes.
- D) Prestar asistencia social a los diabéticos.

Artículo 4°.

El Ministerio de Salud Pública si no dispone de suficientes médicos diabetólogos podrá transformar cargos vacantes en número necesario para atender los servicios hospitalarios.

Artículo 5°.

Los servicios de diabetes contarán con personal auxiliar capacitado: dietistas, enfermeras y asistentes sociales.

Artículo 6°.

El Ministerio de Salud Pública dotará a la Comisión Honoraria Asesora de Diabetes del Ministerio de Salud Pública, de los elementos necesarios para la detección de la diabetes en todo el país y para el estudio de su prevalencia por medio de encuestas o censos.

Disposiciones Sociales y Laborales



Artículo 7°.

La diabetes no constituirá, por sí sola, causal de inhabilitación para el ingreso o desempeño de tareas en organismos estatales, paraestatales o privados, salvo el caso de que se presenten complicaciones graves que afecten la capacidad laboral.

Artículo 8°.

El Ministerio de Salud Pública reglamentará los trabajos que no podrán ser realizados por diabéticos.

Las Oficinas del Carnet de Salud de dicha Secretaría de Estado, expedirán la correspondiente constancia, cuando se den las circunstancias señaladas anteriormente.

Artículo 9°.

Las personas diabéticas que han sido declaradas aptas para trabajar, no serán confirmadas en el cargo hasta dos años después de su designación. Se someterán al tratamiento indicado por su médico tratante, debiendo acreditar esa circunstancia en la forma y condiciones que se establezcan en la reglamentación.

Artículo 10.

A los efectos de usufructuar de los beneficios que establece la presente ley, la persona diabética deberá comprobar su calidad de tal, por intermedio del Carnet de Diabético expedido por el Ministerio de Salud Pública y sujeto en su forma y datos a lo que disponga la reglamentación pertinente.



Artículo 11.

El Instituto Nacional de Alimentación habilitará, en sus comedores, sectores para personas diabéticas con dietas especiales.

Artículo 12.

Las sociedades médicas de asistencia colectivizada, reglamentadas en su funcionamiento por el decreto ley N°10.384, de 13 de febrero de 1943, no podrá desafiliar a enfermos de diabetes, cualquiera sea la gravedad de su afección y ellos deberán gozar de todos los que brindan esas sociedades. A los efectos del contralor de lo dispuesto y de las sanciones por su incumplimiento, se estará a lo que disponen los artículos 5°, 6°, 7°, y 8° concordantes del decreto- ley antes mencionado.

Artículo 13.

Durante los períodos de racionamiento, veda, escasez o carencia de alimentos considerados indispensables en el régimen dietético de los enfermos de diabetes, según informe del Ministerio de Salud Pública tendrán prioridad en la adquisición de los mismos ante los organismos oficiales destinados a proporcionarlos, previa presentación, del Carnet a que se hace referencia en el artículo 10 de la presente ley.

Artículo 14.

El Ministerio de Salud Pública apoyará la labor de la "Asociación de Diabéticos del Uruguay" y coordinará con ella la difusión de conocimientos y las medidas de lucha contra la diabetes.

Artículo 15.

El Ministerio de Salud Pública, con sus recursos propios contribuirá a los gastos que demande el funcionamiento de la Comisión Honoraria Asesora de



Diabetes.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Artículo 16.

La reglamentación de esta ley será hecha por el Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Comisión Honoraria Asesora de Diabetes, dependiente de dicha Secretaría de Estado.

Artículo 17.

Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 6 de octubre de 1971.

ALBERTO E. ABDALA.

Presidente José Pastor Salvañach.

Secretario

Ministerio de Salud Pública.

Montevideo, 8 de octubre de 1971.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

PACHECO ARECO.

WALTER RAVENNA



ANEXO N°2

ENCUESTA

ENCUESTA A REALIZAR A USUARIOS ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS
ACERCA DE SU PERCEPCIÓN EN CUANTO A LA RELACIÓN CON LOS
PROFESIONALES QUE LO ASISTEN.

1) EDAD

- 65 - 70 AÑOS
- 71 - 76 AÑOS
- > = 77 AÑOS

2) SEXO

- FEMENINO
- MASCULINO

3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- ANALFABETO
- PRIMARIA INCOMPLETA
- PRIMARIA COMPLETA
- SECUNDARIA INCOMPLETA
- SECUNDARIA COMPLETA
- UTU INCOMPLETA
- UTU COMPLETA
- Terciaria Incompleta
- Terciaria Completa

4) RESIDENCIA

- 0 - 4 CUADRAS
- 5 - 10 CUADRAS
- > = 11 CUADRAS

5) TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA

- 0 - 4 AÑOS
- 5 - 10 AÑOS
- > = 11 AÑOS

6) COMPRENSION DEL USUARIO

- SI
- NO



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



7) INTERES

- SI
- NO
- NO SE

8) INFORMACION NECESARIA

- SI
- NO
- NO SE

9) CONFIANZA EN EL EQUIPO

- SI
- NO
- NO SE

10) TIEMPO DE CONSULTA

- < 20 MINUTOS
- > = 20 MINUTOS

11) CONCURRENCIA A UN GRUPO DE DIABETICOS

- SI
- NO

12) TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL GRUPO

- 0 - 4 AÑOS
- 5 - 10 AÑOS
- > = 11 AÑOS

13) INTERES DEL USUARIO

- SI
- NO
- NO SE

14) APOORTE DE INFORMACION

- SI
- NO

15) RELACION CON EL EQUIPO

- SI
- NO

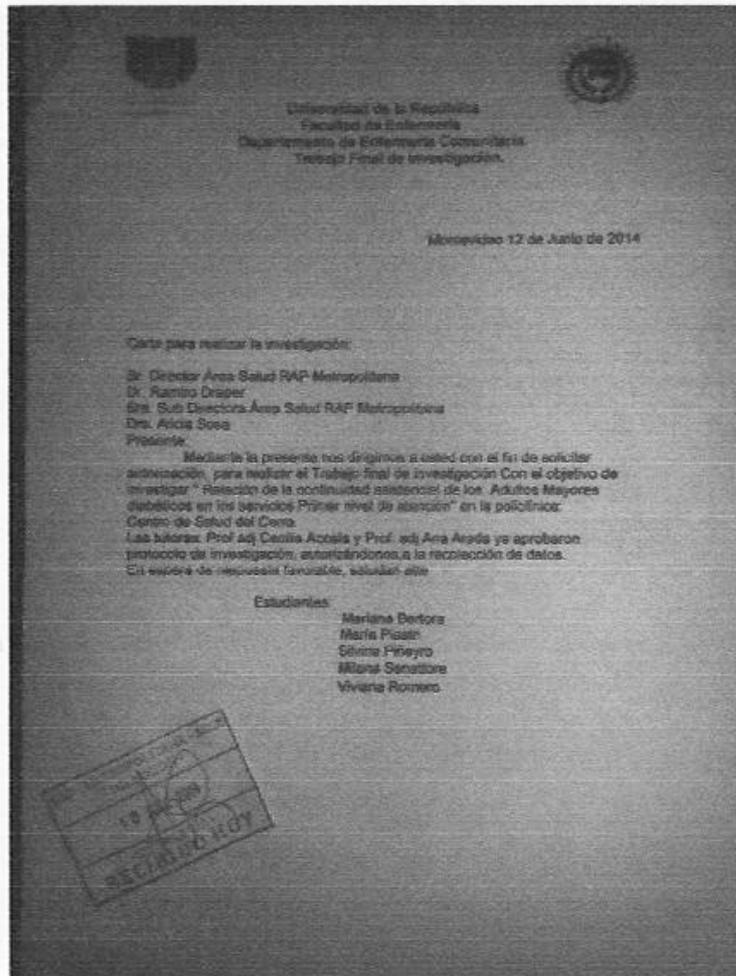
16) PROFESIONALES QUE LO ASISTEN



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



ANEXO N°3
CARTA DE AUTORIZACIÓN





UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



ANEXO N°4

COMUNICACIÓN INFORMAL

Montevideo 12 de Junio de 2014

Universidad de la República.
 Facultad de Enfermería
 Departamento de Enfermería Comunitaria.
 Trabajo Final de investigación.

Carta para realizar la investigación:

Sra Directora Área Salud .I.M.M
 Lic enf esp Alicia Guerra
 Presente.

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización, para realizar el Trabajo final de investigación Con el objetivo de investigar " Relación de la continuidad asistencial de los Adultos Mayores diabéticos en los servicios Primer nivel de atención" en las policlinas : Casaballe y Los Angeles.
 Las tutoras: Prof adj Cecilia Acosta y Prof. adj Ana Arada ya aprobaron protocolo de investigación, autorizándonos, a la recolección de datos.
 En espera de respuesta favorable, saludan atte

Estudiantes

Mañana Bertora
 María Piasiri
 Silvina Piñeyro
 Milena Senattore
 Viviana Romero

18/6/2014

Autorizada

Alicia Guerra



ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le informa a usted que somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, de la Universidad de la Republica, que desarrollan un trabajo de investigación en la policlínica, acerca de la percepción de los pacientes que concurren al grupo de diabéticos en cuanto al vínculo con el equipo de salud en el primer nivel de atención, es por ello que usted:

1. Consiente libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido su vínculo con el equipo de salud del grupo.
2. Permite que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información con el fin que postula en su investigación.



ANEXO N° 5

INSTRUCTIVO DE LA ENCUESTA

VARIABLE	PREGUNTA	LLENADO
1	¿Cuántos años tiene?	Se tilda la opción correcta.
2	Se observan caracteres secundarios	Se tilda la opción correcta.
3	¿Cuál es el máximo nivel de estudio alcanzado?	Se tilda la opción correcta.
4	¿A cuantas cuadras vive de la policlínica?	Se tilda la opción correcta.
5	¿Cuántos años hace que tiene diabetes?	Se tilda la opción correcta.
6	¿Entiende la información que le da el equipo de salud?	Se tilda la opción correcta.
7	¿Cree que el equipo de salud se interesa en usted?	Se tilda la opción correcta.
8	¿Considera que la información que recibe es la que necesita?	Se tilda la opción correcta.
9	¿Cree que el equipo de salud brinda la atención que usted necesita?	Se tilda la opción correcta.
10	¿Cuánto tiempo aproximado le dedican a la consulta los profesionales que lo asisten?	Se tilda la opción correcta.
11	¿Usted pertenece a un grupo de diabéticos?	Se tilda la opción correcta. (Respuesta: SI, se realiza pregunta N°12; respuesta: NO se realiza pregunta 13).
12	¿Cuánto hace que usted concurre a ese grupo?	Se tilda la opción correcta.
13	¿Le interesaría concurrir a un grupo de diabéticos?	Se tilda la opción correcta. (Respuesta: NO fin de la encuesta; respuesta: SI se realizan las preguntas N°14 y 15).
14	¿Cree usted que le aportaría información acerca de su patología?	Se tilda la opción correcta.



15	¿Cree usted que contribuiría a la relación con el equipo de salud?	Se tilda la opción correcta.
16	¿Qué profesionales lo asisten?	Pregunta abierta.

ANEXO 6

Al comenzar la encuesta el estudiante se presenta ante el usuario y explica la razón por la cual se realiza la misma. Se procede a leer cada pregunta según el instructivo y a proporcionar las opciones correspondientes a cada una, marcando la opción que el usuario seleccione.

En la pregunta N°11, en el caso en que el usuario responda afirmativamente se le realiza la pregunta N°12; de lo contrario se le efectúa la pregunta N°13.

En la pregunta N°13, en el caso en que el usuario responda afirmativamente se le realizan las preguntas N°14 y N°15, si el usuario responde NO finaliza la encuesta.

La pregunta N° 16 no se toma como variable al momento de tabular y graficar, es relevante para conocer los profesionales que conforman el equipo de salud.



ANEXO 6

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Distribución de la población según EDAD

EDAD	FA	FR%
65 a 70 años	38	56
71 a 76 años	16	23
>= 77 años	14	21
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

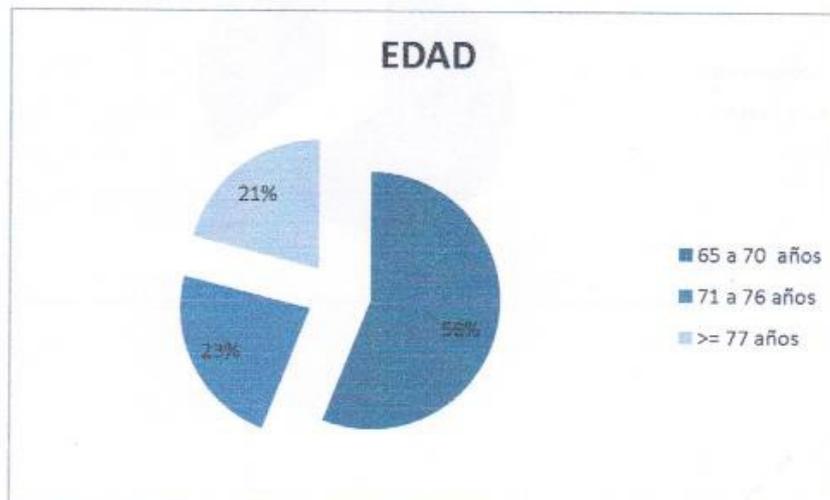




Tabla Nº 2 Distribución de la población según SEXO

SEXO	FA	FR%
Femenino	44	65
Masculino	24	35
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

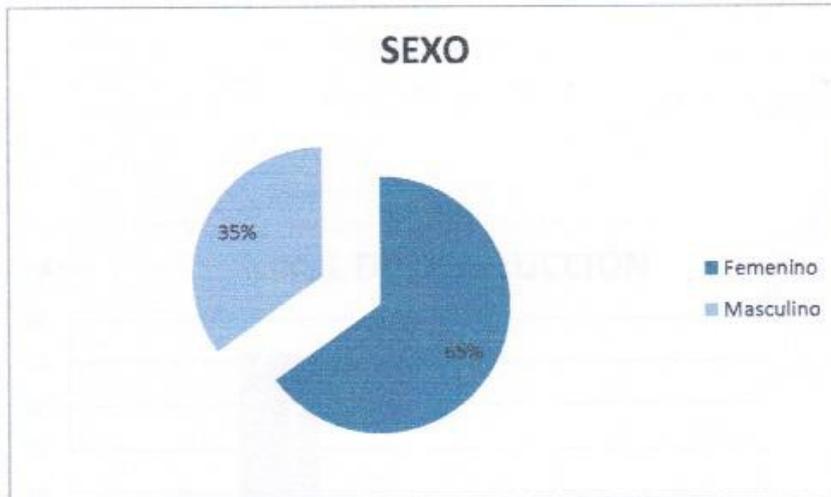


Tabla N° 3 Distribución de la población según NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Analfabeto	4	6
Primaria Incompleta	49	72
Primaria Completa	11	16
Secundaria Incompleta	3	4
Secundaria Completa	1	2
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

RESIDENCIA

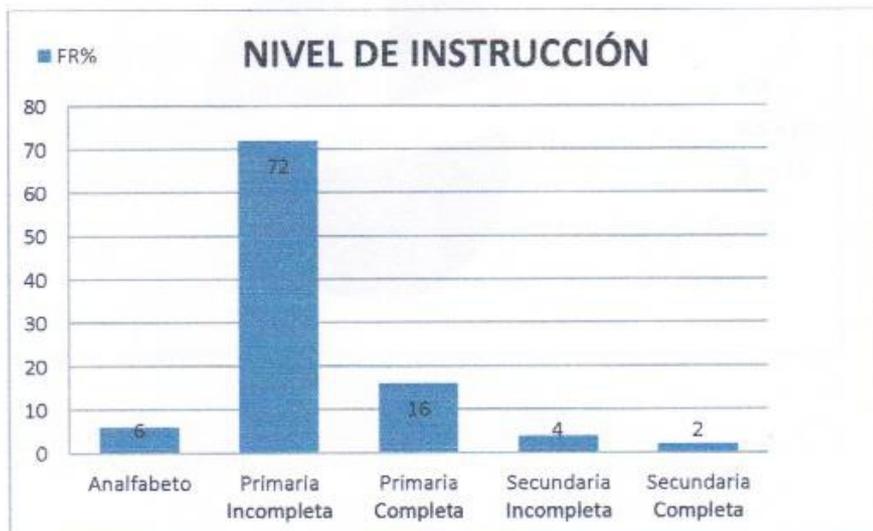


Tabla N° 4 Distribución de la población según RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR%
0 a 4 cuadras	14	21
5 a 10 cuadras	36	53
>= 11 cuadras	18	26
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)



Tabla N° 5 Distribución de la población según TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA	FA	FR%
0 A 4 años	8	12
5 A 10 años	34	50
>= 11 años	26	38
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)



Tabla N° 6 Distribución de la población según COMPRENSIÓN DEL USUARIO

COMPRENSION DEL USUARIO	FA	FR%
SI	59	87
NO	9	17
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

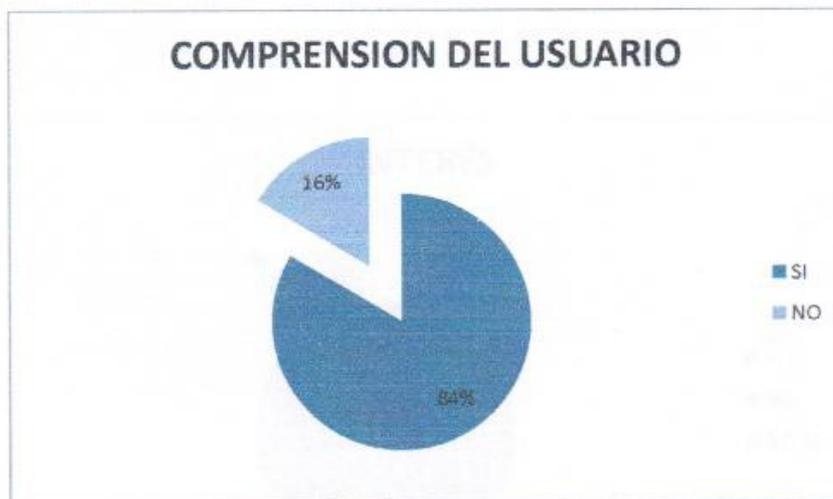


Tabla N°7 Distribución de la población según INTERÉS

INTERÉS	FA	FR%
SI	60	88
NO	2	3
NO SE	6	9
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

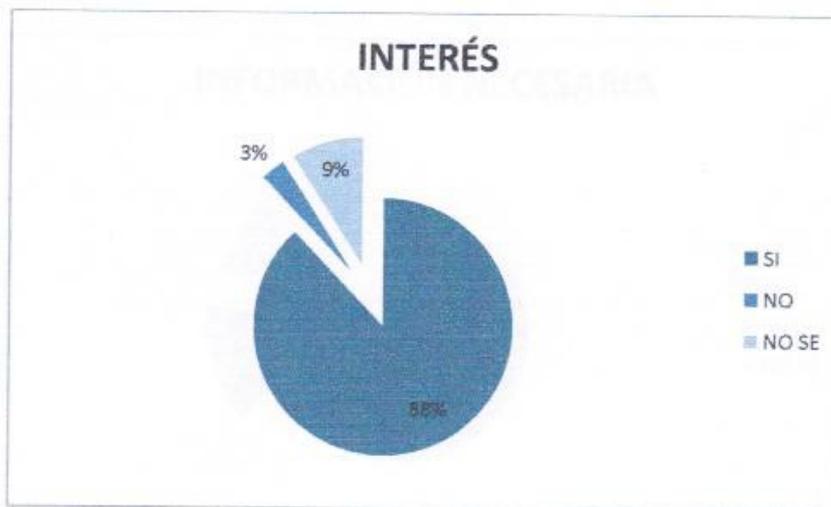


Tabla N°8 Distribución de la población según INFORMACIÓN NECESARIA

INFORMACION NECESARIA	FA	FR%
SI	43	63
NO	10	15
NO SE	15	22
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

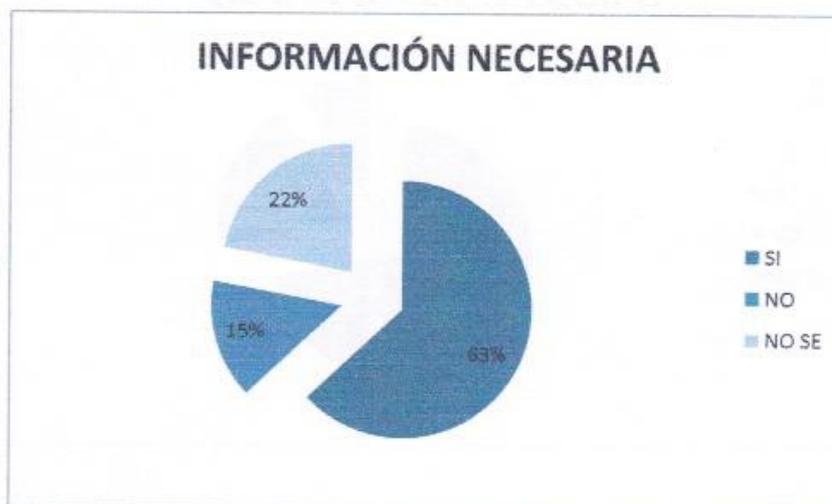


Tabla N°9 Distribución de la población según CONFIANZA EN EL EQUIPO

CONFIANZA EN EL EQUIPO	FA	FR%
SI	49	72
NO	13	19
NO SE	6	9
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

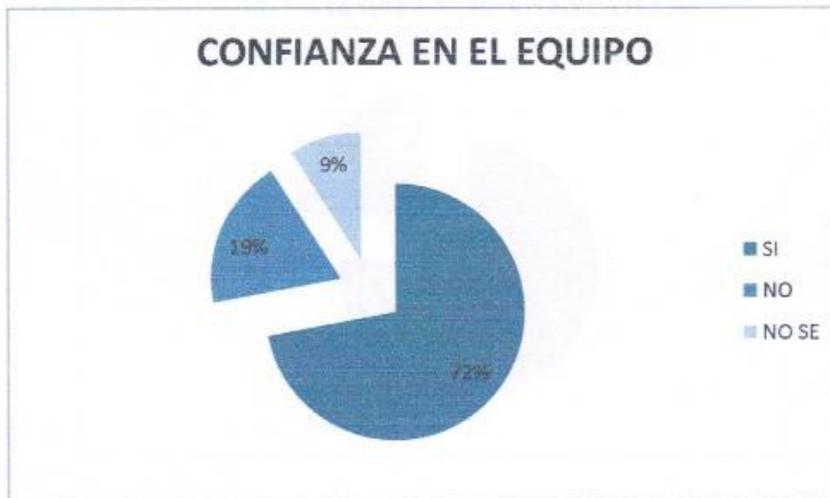


Tabla N°10 Distribución de la población según TIEMPO DE CONSULTA

TIEMPO DE CONSULTA	FA	FR%
< 20	52	76
> =20	16	24
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

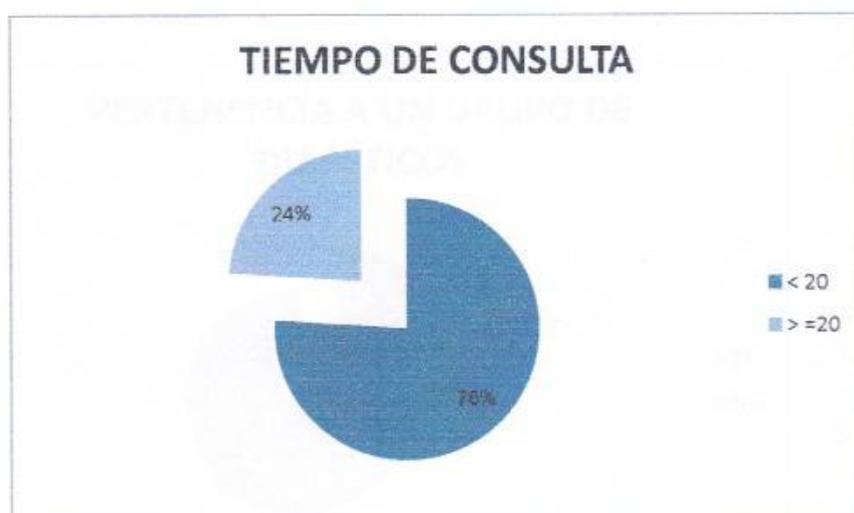


Tabla N°11 Distribución de la población según PERTENENCIA A UN GRUPO DE DIABÉTICOS

PERTENENCIA A UN GRUPO	FA	FR%
SI	16	24
NO	52	76
TOTAL	68	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

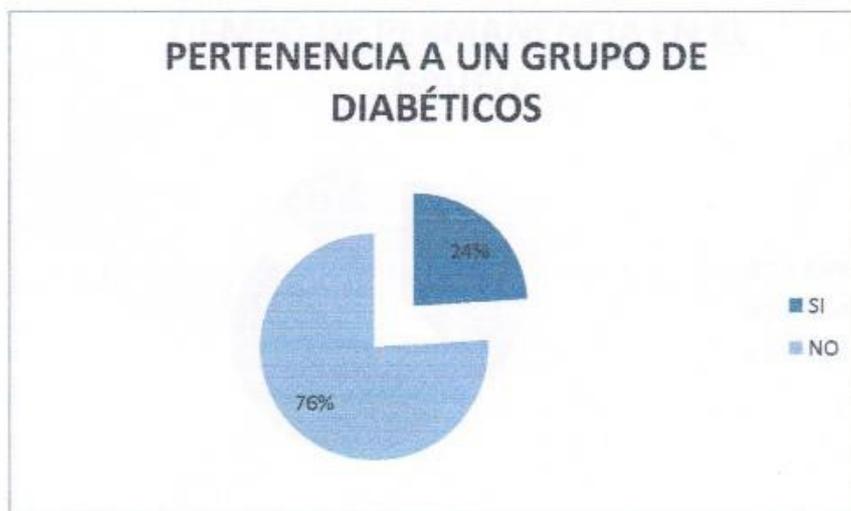


Tabla N°12 Distribución de la población según TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL GRUPO

TIEMPO DE PERMANCIA EN EL GRUPO	FA	FR%
0 A 4 años	6	37
5 A 10 años	8	50
>=11 años	2	13
TOTAL	16	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)



Tabla N°13 Distribución de la población según INTERÉS DEL USUARIO

INTERÉS DEL USUARIO	FA	FR%
SI	28	54
NO	20	38
NO SE	4	8
TOTAL	52	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)



Tabla N° 14 Distribución de la población según APOORTE DE INFORMACIÓN

APOORTE DE INFORMACION	FA	FR%
SI	26	93
NO	2	7
TOTAL	28	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

RELACIÓN CON EL EQUIPO



Tabla N°15 Distribución de la población según RELACION CON EL EQUIPO

RELACION CON EL EQUIPO	FA	FR%
SI	27	96
NO	1	4
TOTAL	28	100

Fuente: propia (encuesta realizada a usuarios)

