

Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo.

María Isabel Avalos García¹, Concepción López Ramón², Heberto Romeo Priego Álvarez³,
Juan Antonio Córdova Hernández⁴, Manuel Higinio Morales García⁵

Resumen

Introducción. La diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia en México y constituye un problema de salud pública en el mundo. La elevada cifra de pacientes descontrolados, la presencia de complicaciones, discapacidades, años de vida perdidos y las defunciones, representan daños de gran magnitud y altos costos para el sistema de salud, la familia y los pacientes. La búsqueda de estrategias para revertir esta situación es un reto que hay que enfrentar. **Objetivo.** Analizar el manejo de la diabetes mellitus desde la perspectiva del personal de salud con énfasis en las barreras que limitan a los pacientes para lograr el control de su enfermedad.

Método. Se realizó una investigación cualitativa basada en teoría fundamentada durante 2013 en tres unidades médicas de la seguridad social del Municipio del Centro, Tabasco. Participaron 34 médicos y 32 enfermeras. Se emplearon 6 grupos focales por disciplina, guías, entrevistas, listas de discusión y dinámica de grupos. La información fue documentada, saturada, categorizada y resumida, se integraron las expresiones más representativas, se evaluaron coincidencias y discrepancias y se derivaron conclusiones. **Resultados.** Los discursos confirman la prevalencia de un tipo de acto médico donde se hace evidente la hegemonía del profesional de la salud sobre el paciente, la frustración del personal por no disponer de tiempo para lograr los resultados que desearía que sus pacientes alcanzaran. **Conclusiones.** El personal de salud tiene una actitud crítica hacia el paciente en el manejo de su enfermedad, consideran que éste no pone de su parte en el tratamiento, no tiene cultura del autocuidado, manifiesta poca disciplina y actúa sin corresponsabilidad.

Palabras clave. Diabetes mellitus, barreras y perspectivas, personal de salud

Summary

Introduction. Diabetes mellitus is a highly-prevalent disease in Mexico and it constitutes a public health problem in the world. The high number of patients with uncontrolled diabetes, the presence of diabetes complications, disabilities, diminished life span and deaths represent all extensive damage and high costs for the health system, families and patients. The search for strategies to reverse this situation is a challenge that needs to be faced. **Objective.** To analyze diabetes mellitus management from the perspective of the health provider with an emphasis on the barriers that limit patients to their successful disease management. **Method.** A grounded theory-based qualitative study was conducted in 2013 in three medical units belonging to the social security of the Centro municipality in Tabasco. 34 doctors and 32 nurses participated. Six focus groups organized by disciplines, guides, interviews, discussion lists and group dynamics were used. Information was recorded, saturated, categorized and summarized. The most representative expressions were integrated; similarities and differences were evaluated and conclusions were made. **Results.** The discourses confirm the prevalence of a type of medical procedure where the health care professional's hegemony on the patient is evident as well as the staff's frustration due to the lack of time to achieve the results they would like their patients to reach. **Conclusions.** Health care personnel are overly critical towards their patients in the management of their disease, thinking that they do not get involved in their treatment, have no culture of self-care, little discipline and they act irresponsibly.

Keywords. Diabetes mellitus, barriers and perspectives, health care staff.

(1) Profesor-Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

(2) Instituto Mexicano del Seguro Social

(3) Profesor-Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

(4) Profesor-Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

(5) Profesor-Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 01 de agosto de 2013 **Fecha de aceptación:** 25 de octubre de 2013

Dirección para recibir correspondencia:

1ª Cerrada de Avenida Ramón Mendoza 107 C Col. José María Pino Suárez, Villahermosa, Tabasco, México. CP 86029

Número telefónico: 9932 073609, E mail: isaavalos67@hotmail.com

Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que ocupa los primeros lugares como causa de mortalidad en varios países del mundo.

El número de personas con diabetes tipo 2 está en crecimiento acelerado en todo el mundo. Existen 382 millones de personas con diabetes en 2013; en 2035 esa cifra aumentará a 592 millones. Este aumento va asociado al desarrollo económico, al envejecimiento de la población, al incremento de la urbanización, a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida.

El 80% de las personas con diabetes viven en países de bajos y medianos ingresos, el mayor número de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad.

En Latinoamérica, al año 2011 existían alrededor de 15 millones de personas con esta enfermedad y según proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) esta cifra alcanzará los 20 millones en los próximos 10 años, la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030.

La diabetes plantea un reto para los gobiernos del mundo, por las repercusiones de gran magnitud en la salud de las personas y el incremento de los gastos en la atención médica.

En casi todos los países de ingresos altos, la diabetes mellitus es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, ceguera, insuficiencia renal y amputación de extremidades inferiores. Mantener los niveles de glucemia, de tensión arterial y de colesterol cercanos a lo normal puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones diabéticas.¹

En México 6.4 millones de personas padecen esta enfermedad, La proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%.

Las complicaciones derivadas de un mal control metabólico en los pacientes constituyen altos costos a los sistemas de salud, así como daños a la calidad de vida de las personas. En México sólo el 25% de los pacientes presentó evidencia de un buen control y se calcula un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones.³

La carga de la enfermedad por defunciones es elevada, sin embargo también hay una gran carga debido a la pérdida de años de vida productiva, sobre todo

entre los grupos de edad más jóvenes. Algunas de las complicaciones microvasculares de la diabetes, como la retinopatía, neuropatía y pie diabético, han contribuido considerablemente a los años de vida ajustados por discapacidad en México.

La diabetes mellitus es temible por el desarrollo de complicaciones agudas dentro de las que se encuentran cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar no cetósico; complicaciones crónicas microvasculares como la nefropatía, retinopatía y neuropatía; y complicaciones crónicas macrovasculares tales como el infarto al miocardio y evento cerebral vascular.

La carga de la enfermedad se incrementará sustancialmente en las próximas décadas. Por lo tanto, es preciso tomar medidas urgentes para hacer frente a los desafíos que plantea al sistema de salud y a la sociedad en general. El abordaje tradicional al padecimiento, ha demostrado su incapacidad en el control adecuado de los pacientes, ahora más que nunca se requiere de estrategias donde prime un enfoque social que considere la perspectiva de los principales actores para dar solución a esta problemática.

Objetivo

Analizar el manejo de la diabetes mellitus desde la perspectiva del personal de salud con énfasis en las barreras que limitan a los pacientes para lograr el control de su enfermedad.

Material y métodos

Para la selección de las unidades de salud de la seguridad social en las cuales se realizó el estudio, se tomaron en cuenta tres en las que se da regularmente atención médica directa a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de todo el estado de Tabasco. La institución A correspondió a la más grande institución de seguridad social del país de financiamiento tripartita; la institución B presta servicios médicos a trabajadores federales, y la institución C atiende a derechohabientes de una empresa paraestatal.

Cuadro no.1 Composición de Grupos Focales de médicos por Institución estudiada

Variables	Institución A	Institución B	Institución C
Unidad de salud	2 grupos de 5 personas por turno.	2 grupos de 6 personas por turno.	2 grupos de 6 personas por turno.
Sexo	3 hombres 7 mujeres	6 hombres 6 mujeres	7 hombres 5 mujeres
Edad	Entre 33 a 57 años	Entre 32 a 59 años.	Entre 37 a 56 años.
Ámbito geográfico	10 de área urbana	12 de área urbana	12 de área urbana
Nivel de estudios	9 especialidad 1 posgrado	4 licenciatura 8 especialidad	8 licenciatura 4 de especialidad
Promedio de Antigüedad laboral	Media de antigüedad por grupo 18 años	Media de antigüedad por grupo 16 años	Media de antigüedad por grupo 18 años

En primer término, se diseñaron guías de tema y preguntas para el desarrollo de grupos focales.

Se trabajó exclusivamente con la participación voluntaria de los informantes, sin la presencia de autoridades, pacientes, trabajadores sociales o algún tipo de persona que pudiera limitar la expresión espontánea de los sentimientos, perspectivas, modo de pensar y barreras tal como lo ven los prestadores.

Para el proceso de obtención de la información de los grupos, fue necesario crear condiciones ambientales y psicológicas abiertas, bajo un clima de confianza, lo que permitió la expresión abierta y sincera del personal de salud, tomando en cuenta las características cualitativas del estudio, donde entran en juego las emociones, sentimientos y opiniones de los informantes acerca del manejo del padecimiento.

Dado la mayor dificultad para reunir a este tipo de personal, además de los grupos focales, se intercambiaron opiniones con ellos empleando el correo electrónico y las listas de discusión.

Se preparó una base de datos donde se guardó la evidencia de los resultados de cada grupo focal y se caracterizó cada una con las expresiones más representativas. Toda la documentación quedó archivada a manera de evidencia.

Cuadro no. 2 Composición de Grupos Focales del personal de enfermería por Institución estudiada

Variables	Institución A	Institución B	Institución C
Unidad de salud	2 grupos de 5 personas por turno.	2 grupos de 6 personas por turno.	2 grupos de 5 personas por turno.
Sexo	10 mujeres	5 hombres 7 mujeres	4 hombres 6 mujeres
Edad	Entre 30 a 53 años	Entre 32 y 50 años	Entre 34 y 47 años
Ámbito geográfico	10 de área urbana	12 de área urbana	10 de área urbana
Nivel de estudios	2 técnica 8 licenciatura	6 técnica 6 licenciatura	4 técnica 6 licenciatura
Promedio de Antigüedad laboral	Media de antigüedad por grupo 15 años	Media de antigüedad por grupo 16 años	Media de antigüedad por grupo 18 años

Se realizó trabajo de mesa para integrar las expresiones, determinar frecuencia, apreciar discrepancias y obtener una visión global de los resultados.

Dadas las diferentes características sociales, económicas, etáreas, geográficas, educacionales y laborales del personal de salud, se decidió ir ejecutando grupos focales sin tomarlas en cuenta, e ir incorporando otros nuevos hasta asegurarse que hubiera un alto nivel de saturación de lo informado con independencia de la presencia de las características diferenciadores anteriormente mencionadas.

Se llevó a cabo la selección de las expresiones que se repetían en todas las actividades o al menos en un 80% de ellas, para formar una primera relación de las perspectivas del personal de salud. Donde hubo repetición menor al 80% se utilizaron todas ellas para formar provisionalmente una segunda relación de dichas perspectivas. Con esta, se convocó a un grupo y mediante técnicas de dinámica de grupos, reducción de listado y enfoque a consenso, se seleccionó un grupo adicional de perspectivas suficientemente representativas para el objeto de estudio. Ambas integraron la relación definitiva. Para evaluar su relevancia, aceptabilidad y comprensibilidad, se sometió al análisis de cinco trabajadores médicos y cinco directivos elegidos al azar. El proceso simultáneo de análisis y recopilación de datos se organizó en forma de trabajo de mesa, con la participación de los investigadores y el apoyo de dos expertos en el tema. Dentro del grupo se hizo un trabajo intensivo de comparación para detectar coincidencias, contradicciones e incoherencias, así como elementos que debían tenerse en cuenta en las próximas sesiones. En algunos casos se consultaron otros especialistas con

vistas a obtener una tercera opinión.

Como es habitual en metodologías de corte cualitativo, no se partió de variables o categorías preestablecidas, sino que se fueron construyendo, en un proceso no lineal, a medida que avanzaba la revisión y análisis de lo planteado por los informantes clave. Finalmente, quedaron definidas cuatro categorías, que se combinaron con las perspectivas del personal. A partir de este punto el proceso se desarrolló teniendo esta estructura como guía: (ver cuadro 3)

Cuadro no. 3 Categorías utilizadas para análisis

Categorías	Contenidos Asociados
Roles asignados al prestador	Papel del personal de salud en el acto clínico. Cuestionamiento
Integración de la vida con la enfermedad	Capacidad y criterio acerca de diseñar la atención teniendo en cuenta al paciente y su padecimiento
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.	Cómo considera el personal de salud los mitos, miedos, valores, actitudes, e información acerca de cómo los pacientes aprecian su enfermedad.
El contexto social, organizativo y comercial	Cómo les afecta o beneficia a los pacientes el mundo que los rodea. Sus valoraciones.

Se procedió a confrontar el grupo de perspectivas de los prestadores por cada categoría, se hicieron análisis inter categorías para su integración. Por esta vía se buscaron coincidencias, contradicciones, relaciones de causa-efecto, puntos que requerían comprobaciones adicionales y fallas que se originaban en políticas y sectores diferentes al de salud pública. Se redactaron las conclusiones.

El proceso de saturación de los datos obtenidos con médicos y enfermeros fue muy evidente, el nivel de coincidencias de las expresiones fue muy alto. Se dio particular importancia a las contradicciones. Esto fue objeto de análisis específico.

En el avance con respecto a la categorización, los investigadores decidieron utilizar como categoría base las expresiones de los prestadores de la atención médica, teniéndolos como los sujetos claves.

Finalmente, se procedió al proceso de análisis conjunto de las percepciones de los grupos, para organizar dicho proceso, se construyó el cuadro no. 4 que aparece más adelante y se redactaron los principales conceptos que podían derivarse de este trabajo.

Finalmente se logró un resumen de los resultados obtenidos con respecto a las perspectivas del personal de salud y el criterio de los autores sobre lo encontrado. Se organizaron por categorías, para facilitar el análisis y sistematizar los productos.

Resultados y Discusión

Cuadro no. 4 Discurso del personal de salud de las unidades médicas de la seguridad social, según las categorías de análisis.

Categorías	Perspectivas de prestadores
Roles asignados al paciente y el prestador	"Piensan que los medicamentos son mágicos y que hacen todo el trabajo por ellos" " todo lo politizan y no permiten que se les haga responsable de su enfermedad" "No acuden a la consulta mensual" "Los pacientes mayores acuden solos a la consulta y no entienden bien las indicaciones" "Son renuentes al tratamiento" "No toman correctamente su tratamiento" "Tienen marcada resistencia a su régimen alimentario y al ejercicio" "Algunos acuden solo cuando están descompensados" "los pacientes deben llevar niveles óptimos de glicemia capilar"
Integración de la vida con la enfermedad	"Tienen estilos de vida sin cultura del autocuidado y carecen de disciplina en su tratamiento. "...tienen falta de apego al tratamiento"
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	"...no tienen conciencia de la enfermedad". "todavía tienen tabúes y mitos sobre su enfermedad" "No se comprometen con su salud" "Desconocen acerca de la enfermedad y el tratamiento" "demuestran falta de interés por conocer su enfermedad"
El contexto social organizativo y social	"Los familiares no se involucran en el manejo y en los cambios de actitud y estilos de vida" "...falta de insumo (medicamentos) para la atención en el primer nivel" "uno los envía a medicina especializada pero tardan mucho en darles citas allá" "No siempre hay glucómetros" "Existe un limitado cuadro básico en cuanto al tratamiento farmacológico" "son demasiados pacientes asignados a mi consultorio" "No hay tiempo suficiente para dedicarme a un paciente con diabetes" "La falta de infraestructura, adecuadas instalaciones y material de diagnóstico para el control y detección oportuna en los consultorios." "Falta de personal por consultorio o por grupo de atención de diabéticos, ya que para un control, se requiere de un tratamiento multidisciplinario (médico, enfermera, nutriólogo, trabajador social, psicólogo)...nos dejan solos." "con frecuencia carecemos de medicamentos" "No hay tiempo para atenderlo, educarlo y capacitarlo" "Hay demasiada publicidad engañosa que dificulta el control de los pacientes"

Roles asignados al prestador

El discurso de los prestadores muestra un enfoque en el que predomina el carácter jerárquico clásico de la relación médico-paciente, lo cual no le resulta sorprendente a los autores, pues es lo que han podido percibir en sus años de trabajo como profesionales de la salud. Lo que sucede es que ese tipo de relación asimétrica muy adecuada en otra época, en la actual y con pacientes crónicos contribuye a estimular su papel pasivo y tiende a dificultar el empoderamiento.

También se aprecia una marcada tendencia al regaño y a la crítica y prácticamente ninguna mención sobre el control de los pacientes más allá de los aspectos físicos y de los resultados de laboratorio. Se sienten frustrados ante lo aparentemente inútil de su esfuerzo como profesionales y perciben una relación con el paciente que es fundamentalmente improductiva y confusa. La Dra. Martha Funnel, una autoridad internacional en el tema, señala al respecto:

“Sin embargo, los intentos de funcionar dentro de estos viejos roles son problemáticos en términos de cuidado y educación para la diabetes. Las enfermedades crónicas, como la diabetes, las cuidan principalmente las personas que las sufren, y no los profesionales sanitarios. Cuando no se crean roles más adecuados para las enfermedades de autoatención que requieren un alto nivel de autoatención, tanto los pacientes como los profesionales sanitarios a menudo pueden resultar frustrados y desilusionados con las relaciones negativas y los pobres resultados consiguientes.”

De hecho hay dos visiones y hay dos roles. El problema está que se necesita una visión unificada y para ello ambos roles tienen que ser modificados. “Lo que hace falta que suceda es que los doctores desciendan de su pedestal y que los pacientes se alcen de sus rodillas”

Quedan algunos aspectos relacionados con fallas en la atención médica que no debieran producirse en un ambiente donde predomina el paradigma clásico de la atención médica y por lo tanto no es posible admitir que sucedan.

Integración de la vida con la enfermedad

El problema de integrar la enfermedad dentro de la vida y lograr un balance adecuado entre los enfoques, forma parte de uno de los puntos claves, posiblemente el principal, de todos los que tienen que ver con el control de la Diabetes mellitus tipo 2. La falta de integración entre la vida y la enfermedad, aparece de la misma o parecida

manera en otros estudios realizados, a pesar de referirse a diferentes países, contextos, culturas y personas.

Debe notarse, por otra parte, que las expresiones de los prestadores sólo se refieren al efecto, o sea “Tienen estilos de vida sin cultura del autocuidado y carecen de disciplina en su tratamiento” “...tienen falta de apego al tratamiento”, lo que demuestra que este enfoque de tratar la vida y la enfermedad como entidades independientes parece muy claro en su discurso.

Cuando esto sucede, el cuidado de la enfermedad por parte del paciente se limita a seguir las indicaciones del médico, dado que considera consciente o inconscientemente que no tiene que alterar su vida. Por las características de este padecimiento, si el paciente no logra incorporar su enfermedad a su vida, genera un conflicto donde el control de su avance se va perdiendo, la frustración crece y las complicaciones se agudizan.

Según un estudio realizado por la Danish Health Insurance Foundation Grants, de Dinamarca, lo que sucede es que el paciente en el interior de sí mismo intenta vivir tan bien y tan normal como sea posible, mientras mantiene su enfermedad (piensa él) a cierta distancia, negándose a permitirle ser parte integrante de su vida. Al mismo tiempo, el prestador de salud se enfoca en la enfermedad, empleando todo su conocimiento en evitar las complicaciones, sin que le interese o conozca las barreras o dificultades que esa persona específica enfrenta para interconectar su vida y su enfermedad.

Los resultados de otras investigaciones de los autores son coherentes con estas afirmaciones.¹⁰

Los investigadores consideran que en el objeto estudiado son varios los factores que actúan a favor de no conseguir una integración entre la enfermedad y la vida. Uno de ellos es la propia resistencia del paciente a aceptar la enfermedad, a rebelarse contra ella y acordarse lo menos posible que la tiene, algo así como hacerla invisible ante él y ante los demás. El otro es, una vez más, el carácter paternalista que adopta la atención médica en términos generales, donde el médico es el responsable y el paciente se deja llevar (Talcott Parsons). Un tercer factor es el medio, ante el cual el paciente no quiere ser un enfermo, un problema, alguien diferente, no desea ser desconocido sino miembro de la sociedad a la que pertenece.

Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

Sin duda, para el personal de salud debe ser un factor clave conocer las perspectivas de los pacientes, como aprecian su enfermedad, que creen saber de ella, los mitos que la rodean, las barreras y los miedos que les embargan. Y resulta evidente que no conocen bien a sus propios pacientes. El prestador se mueve dentro de su disciplina y puede que la llegue a dominar perfectamente, pero quedan fuera de su alcance los aspectos sociales, psicológicos, sentimentales o culturales que impiden al paciente con diabetes hacerse cargo de su enfermedad. Al escuchar y posteriormente reproducir sus expresiones, se nota un carencia de cómo los pacientes construyen, interpretan, viven y proyectan su enfermedad. De trascender esas barreras podría descubrir cuantas cosas no sabe su paciente que debiera conocer.

El contexto social, organizativo y comercial

Explorar acerca de los sentimientos, ideas, pensamientos y percepciones de prestadores debe incluir necesariamente cómo ellos aprecian el medio en que se desenvuelven sus pacientes. Se trató de identificar qué pasa con todo lo que tenía relación con ellos; en qué medida contribuían o perjudicaban el manejo de la enfermedad. Esto incluye la relación con el servicio, los planteamientos repetitivos estuvieron muy concentrados y se relacionaron con las carencias de personal, exceso de consultas, fallas en el surtimiento de equipo y medicamentos, capacitación insuficiente y demoras en la remisión a especialistas y lo más impresionante: "no tenemos tiempo para atenderlos, educarlos y capacitarlos". Nótese que ninguna de estas situaciones puede ser resuelta por el prestador actuante.

La perspectiva de los prestadores admite que no dan una atención como el paciente se merece, por problemas de falta de recursos y organización del servicio.

En Tabasco, México, los médicos tienen que cumplir con una productividad asignada en las unidades de salud del primer nivel de atención y el desempeño en la consulta externa se evalúa sobre la base de indicadores. En la Secretaría de Salud un médico debe otorgar en promedio 24 consultas en una jornada de seis horas (Indicador 45), 6,240 consultas en un año. En el IMSS un médico de primer nivel debe atender cuatro consultas por hora, lo que corresponde a la atención a un paciente cada 15 min.

Por otro lado, la calidad en la atención se mide a través del tiempo que espera el paciente para ser atendido, con un estándar promedio de 30 minutos y mediante la satisfacción con el trato recibido durante la consulta y el surtimiento de su receta. Situación que es contradictoria con lo que deben recibir los pacientes y que se establece en la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-2010, en sus numerales 1.2, 11.11 que hace énfasis a la vigilancia médica y prevención de complicaciones, 11.11.1.3 y 1.4, 11.11.2 sobre la importancia del examen de los ojos, 11.11.3 y la revisión de pies para detectar y diagnosticar oportunamente la microangiopatía y neuropatía y los numerales 11.11.5 para detectar nefropatía a través de indicar estudios de laboratorio.

Los prestadores expresan que existen muchos factores que no favorecen el control de los pacientes y reconocen que la publicidad en medios es uno de ellos.

En México aún no está regulado el aparato publicitario que actúa en detrimento de la salud de las personas, a pesar de que por cada diez personas siete presentan obesidad y el país ocupa el primer lugar de obesidad en adultos a nivel mundial y el segundo en obesidad infantil. El consumo de bebidas calóricas en este país es de los más elevados encontrados en el mundo y su aumento no tiene precedente en la historia mundial. Las consecuencias de ese nivel de ingesta se reflejan en los servicios de salud que atienden cada vez más pacientes con diabetes.

En un estudio realizado por Pérez Salgado y colaboradores para evaluar la publicidad relacionada con alimentos de la Ciudad de México, se encontró que los más anunciados fueron las bebidas con azúcar añadida y dulces, así como cereales con azúcar. Los alimentos anunciados en programas infantiles tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos. Las estrategias publicitarias más utilizadas fueron las promociones y asociar productos con emociones positivas.

El investigador Walter Willett, de la Universidad de Harvard, reveló que hasta 60 por ciento del dulce de los refrescos es por fructosa, -también usada por los pacientes con diabetes- esta sustancia, a diferencia del azúcar simple, se va directo al hígado y no estimula la producción de insulina.

Urgen iniciativas y programas en México que busquen mejorar la condición de los pacientes con diabetes mellitus, la creación y aprobación de políticas públicas y leyes gubernamentales que restrinjan la disponibilidad de productos de bajo contenido nutricional y alto valor calórico. El Dr. Pablo Kuri Morales Secretario de

prevención y promoción a la salud señaló que en México se tiene sólo el 25% de los pacientes con diabetes controlados.

Conclusiones

El personal de salud tiene una actitud crítica hacia el paciente en el manejo de su enfermedad, consideran que éste no pone de su parte en el tratamiento, no tiene cultura del autocuidado, manifiesta poca disciplina, actúa sin corresponsabilidad ni compromiso hacia su mejoría. El papel del médico tiene una marcada concepción tradicional, está orientado a atender a un paciente con diabetes siguiendo un patrón conocido de tratamiento y seguimiento, el aseguramiento de sus medicamentos y orientación sobre la enfermedad.

El papel del paciente es el de ser atendido y el del médico tomar las decisiones y responsabilizarse con los resultados. Sin embargo, tal patrón resulta insuficiente para la naturaleza crónica y sistémica de un padecimiento en el cual, el cuidado y las decisiones de cada día están en dependencia del propio enfermo.

El problema radica entonces en la necesidad de desarrollar una responsabilidad personal en el paciente, que no puede ser sustituida por la acción del prestador. No basta que el personal ser un experto en diabetes, hace falta conocer la diabetes de cada paciente y para esto no es suficiente con identificar al enfermo, se requiere sobre todo familiarizarse con la persona, lo cual implica la necesidad de cambiar la concepción de cómo se maneja esta enfermedad por parte de los prestadores.

Por otra parte, si el paciente debiera pasar de sujeto pasivo, a sujeto implicado en el manejo de su enfermedad, habría que empezar por conocer las percepciones, los sentimientos, las barreras, las cosas que les importan y las aspiraciones que tienen. No se trata de estudiar simplemente la satisfacción, dado que se ha demostrado la existencia de pacientes "satisfechos" que sin embargo, no están controlados y carecen de una atención médica adecuada.

Las percepciones de los prestadores, médicos y enfermeras en este estudio, confirman la prevalencia de un tipo de acto médico donde se hace evidente la hegemonía del profesional de la salud sobre el paciente, y un sentimiento de frustración de aquel por no lograr los resultados que desearía que sus pacientes alcanzaran.

El discurso de los prestadores en este estudio evidencia sobre la imposibilidad de hacer lo establecido en las normas oficiales en el poco tiempo de que disponen para

hacerlo, la demora en conseguir que el paciente sea visto por un especialista o las fallas en el surtimiento de los medicamentos. Nada de lo anterior ayuda a mejorar el control de la enfermedad.

El personal de salud considera que no se dispone de regulación que evite la publicidad engañosa en detrimento de la salud de las personas; que no son tomados en cuenta los aspectos nutricionales en las opciones alimenticias disponibles en los servicios de restauración colectiva; no hay articulación entre las iniciativas y programas orientados a mejorar la condición de estos pacientes y, falta en general la priorización suficiente para un problema de la magnitud y trascendencia de la diabetes mellitus.

Bibliografía consultada

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Sixth edition. 2013.

Pan-American Health Organization. [Internet]. Disponible en: www.paho.org. Consultado mayo de 2011.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT. 2012

Escobedo J. Disability-adjusted life-years (DALYs) for diabetes in Mexico in 2005: a cross-sectional burden of disease analysis. *The Lancet*. 2013; Vol. 381 No. p S46.

Mcphee Stephen J. Papadakis Maxime A. Diagnóstico clínico y tratamiento. 49ª Edición. México DF. Editorial Mc Graw Hill. 2010.

Funnel, Martha. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. *Diabetes Voice*. Vol. 46. pp 11-13. p12. Octubre 2001.

Hayes, E., McCahon C., Reeve M. et al. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20, 155-162, 2008.

Jornstone, Robert. International Alliance of Patient Organizations en la First European Conference on Patient Empowerment celebrada en Copenhague, Dinamarca, 11 y 12 de abril 2012.

Zoffmann V., Kirkevold M. Life Versus Disease in Difficult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Professionals in Problem Solving. *Qualitative Health Research*. Vol. 15. No. 6. 750-765, Julio 2005.

Parsons, Talcott. El sistema social, Revista de Occidente, Madrid, 1966.

López Ramón C. Avalos-García MI, Morales-García MH. Barreras y perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. Rev. Salud en Tabasco. Rev. Salud en Tabasco. Vol.19 (3), 2013.

Bolaños, E y Sarría Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria;32(4):195-202. 2003.

Zoffmann, Vibeke y Kirkevold. Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. Qualitative Health Research. 22(1) 102-118, 2012.

SSA-DGIED Boletín de información estadística. Lista de indicadores y valores estándar para la evaluación interinstitucional de los servicios de salud. Volumen I, Recursos y Servicios. México 2010.

Manual metodológico de indicadores médicos, Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

Sistema Nacional de Indicadores de Calidad. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Manual INDICAS II WEB, Versión 2.0.0.0. Noviembre de 2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. DOF: 23/11/2010.

Pérez-Salgado D. Rivera-Márquez J.A. Ortiz-Hernández, L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?. Salud pública Méx. vol.52, n.2, pp. 119-126. 2010.

Janne C. de Ruyter, M.Sc., Margreet R. Olthof, Ph.D., Jacob C. Seidell, Ph.D., and Martijn B. Katan, Ph.DA. Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. The New England Journal of Medicine;367:1397-406. 2012.

Malik, Vasanti S. Willet W. Frank B. "Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk." Circulation 121.11: 1356-1364, 2010.