

Estudio cualitativo del Programa DiabetIMSS en una Unidad de Medicina Familiar de San Luis Potosí

DiabetIMSS Program qualitative study in a Family Medicine Unit in San Luis Potosí

Ma. Isidra Morales-Pérez,¹ Beatriz Adriana Urbina-Aguilar,² Gad Gamed Zavala-Cruz,³ Carlos Vicente Rodríguez-Pérez⁴

¹Servicios de Salud de San Luis Potosí, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, Servicio de Urgencias; ²Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, Unidad de Docencia e Investigación; ³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 47, Curso de Especialización en Medicina Familiar; ⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 47, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Palabras clave:

Análisis cualitativo
Prevención de enfermedades
Diabetes mellitus

Resumen

Introducción: las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues cobran más vidas que la combinación de los fallecimientos por otras patologías. El IMSS diseñó un programa preventivo en el año 2008 y titulado: DiabetIMSS.

Objetivo: analizar las perspectivas de los actores directos e indirectos del equipo multidisciplinario de salud involucrado en el programa DiabetIMSS en una Unidad de Medicina Familiar.

Metodología: estudio cualitativo con modelización sistémica, interpretativo de investigación-acción para evaluar la implementación del Programa DiabetIMSS. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS de la Ciudad de San Luis Potosí, México. Se utilizó una cedula de datos sociodemográficos, observación participante, diario de campo, entrevista semiestructurada y grupo focal.

Resultados: los resultados del presente estudio permitieron identificar y describir cómo se implementa el Programa DiabetIMSS desde las perspectivas de los actores que lo operan tomando como referencia cinco categorías: 1) Contexto, 2) Estructura, 3) Actividades y funciones, 4) Roles y relaciones y 5) Áreas de oportunidad.

Conclusiones: el Programa DiabetIMSS continúa siendo una intervención educativa con énfasis en la atención médica integral; es decir, es el medio para un adecuado control de la diabetes a través de diversas acciones fundamentales, como una valoración y exploración física de los pacientes.

Keywords:

Qualitative study analysis
Disease prevention
Diabetes mellitus

Abstract

Introduction: Non communicable diseases are the leading cause of death worldwide, claim more lives because the combination of deaths from other diseases. In response to this phenomenon the Mexican Social Security Institute (IMSS) design a preventive program that was launched and implemented in 2008 and titled; DiabetIMSS.

Objective: Conduct a qualitative study of the DiabetIMSS program of a Family Medicine Unit in San Luis Potosí based on the analysis of the perspectives of the direct and indirect actors involved in the multidisciplinary health team.

Methods: Qualitative study with systemic, interpretative modeling of action research to evaluate the implementation of the DiabetIMSS Program. This is a qualitative study, carried out at the Family Medicine Unit No. 47 of the IMSS of the City of San Luis Potosí, Mexico.

Results: The results of this study allowed us to identify and describe how it implements the DiabetIMSS program from the perspectives of the actors who operate by reference to five categories: 1) Background, 2) Structure, 3) Activities and Functions, 4) Roles and Relationships and 5) Areas of opportunity.

Conclusions: The DiabetIMSS program remains an educational intervention with emphasis on comprehensive health care, is the means for adequate control of diabetes through various key actions.

Correspondencia:

Gad Gamed Zavala-Cruz

Correo electrónico:

drgamed2015@yahoo.com.mx

Fecha de recepción:

02/05/2016

Fecha de dictamen:

01/09/2016

Fecha de aceptación:

30/11/2016

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues cobran más vidas que la combinación de fallecimientos por otras patologías,¹ de tal modo, que la carga mundial de estas enfermedades es una amenaza que constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico del mundo^{2,3} y más aún, cuando el 80% de las muertes por este tipo de enfermedades son las más comunes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre ellas se encuentra, por supuesto, la diabetes, que se ubica entre las primeras causas de muerte por enfermedades crónico-degenerativas a nivel mundial.⁴

En lo que respecta a México y en la mayoría de los países de habla hispana, la prevalencia de diabetes se ha reportado entre el 8 y el 10% en los últimos años, afectando a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica; elevando, por ende, la morbilidad y mortalidad e incrementando los costos en las instituciones de salud.⁵

De tal suerte que, en México, la diabetes es la segunda causa de muerte en la población mexicana según cifras preliminares emitidas por el INEGI para el año 2012 y corroboradas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de este mismo año, en donde se identificaron a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes (9.2% de prevalencia nacional de adultos diagnosticados).⁶ En lo que respecta a San Luis Potosí, este padecimiento ocupa el primer lugar de mortalidad, obteniendo como entidad federativa entre un 9.3 y 10.1%⁷ de prevalencia, estando ligeramente por encima de la media nacional.⁶ Ante tal problemática, la OMS¹ ha propuesto estrategias con el objetivo de definir soluciones certeras y eficientes que contribuyan a disminuir este problema de salud pública a nivel mundial.

En razón a México, uno de los países con mayor número de casos de diabetes,^{5,8} no había trascendido la magnitud de esta patología hasta el año 2001, tras reconocerse este padecimiento como un problema de salud pública y convertirse en un tema prioritario. En respuesta a este fenómeno el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) diseñó un programa preventivo que fue inaugurado e implementado en el año 2008 y titulado DiabetIMSS. A partir de ello, se empezaron a obtener datos muy valiosos en los primeros años, por ejemplo: en 2010, el 13% de los dictámenes que corres-

pondieron a este padecimiento tuvieron una relación hombre-mujer de 8 a 1,⁷ existió un incremento en el presupuesto operativo del IMSS para la atención de sus derechohabientes entre el 25 y el 35% del total, solo para la atención de la misma y sus complicaciones,⁹ y se identificaron 3 240 827 pacientes y 21 096 defunciones por esta causa en 2011, por lo cual, para el 2025 se estimó que existirán 11 millones de derechohabientes con diabetes que se atiendan en el Instituto.⁹

Referente al programa DiabetIMSS es importante señalar que la piedra angular consiste en capacitar a equipos multidisciplinarios en el modelo de atención médico asistencial y de educación grupal que se centra en la atención del paciente y de su familia. Su objetivo es enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico a través de los parámetros normales de glucosa, lípidos y presión arterial; así como identificar de manera temprana las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus, aspectos que sin duda, han modificado cuantitativamente parámetros metabólicos en un sentido de cambios favorable con seguimiento a un año y modificaciones en el riesgo cardiovascular del mismo. Sin embargo, existen muchas áreas de oportunidad, quizás inexplicadas que giran alrededor del cumplimiento de objetivos y metas del programa DiabetIMSS desde una metodología cuantitativa, por lo que es necesario identificar los factores que influyen en los resultados a través de la evaluación cualitativa a dicho programa, enfocados en los múltiples actores que lo operan, identificando lo que estos últimos hacen, piensan y saben acerca del programa mediante la incorporación de las “voces”, lo cual, sin lugar a dudas, es útil para entender tanto los procesos, como los resultados y los fenómenos que se presentan, a fin de tomar decisiones para su mejora.^{10,11,12}

Por lo tanto, el propósito del presente estudio es abordar, conocer y analizar las perspectivas de los actores directos e indirectos que implementan el programa DiabetIMSS e identificar el impacto que estas tienen en el logro de objetivos y metas del mismo, documentándolas como evidencia para diseñar líneas estratégicas de mejora relevantes para el derechohabiente, permitiendo, a su vez, complementar desde otros referentes cualitativos, y no solo cuantitativos, al modelo de gestión de calidad en el mismo.

Este estudio tomó como referente teórico a Jean Luis Le Moigne,¹³ quien define a un sistema complejo (en este caso el programa DiabetIMSS) como un modelo de un fenómeno percibido como tal, que se construye mediante la

modelización sistémica, es decir, la comprensión del funcionamiento y alcances del módulo DiabetIMSS por quien lo opera (actores directos e indirectos), permitiéndoles tener una representación cognitiva y procedimental razonada, para anticipar las consecuencias que pudiesen tener sus acciones y percepciones en su vida activa laboral en el módulo. Por lo tanto, partimos en que la modelización sistémica en este estudio es la base metodológica para reconocer que la estructura de cualquier sistema es, a menudo, tan importante para determinar su comportamiento como los componentes individuales, como es el caso de las ideas y percepciones de los actores involucrados.

Dicha modelización muestra la forma sobre cómo los sistemas o programas deben funcionar, las técnicas a utilizar para estudiar y la forma en cómo se combinan los distintos componentes del mismo y así producir un resultado.¹⁴ También respeta la inseparabilidad de los cuatro conceptos que caracterizan al sistema como: un contexto activo, un conjunto de funciones, una serie de transformaciones y las finalidades perseguidas.

La modelización sistémica, por lo tanto, establece cuatro situaciones básicas para una forma estable de estructuración, como la regulación, para lograrla se requiere de una retroalimentación entre las entradas y salidas. La segunda situación es la adaptación por programas o de aprendizaje; la tercera es cuando surge la modificación, actividad principal de los sistemas abiertos que continuamente requieren una adaptación estructural continua como es el caso del Sistema de Salud y sus diversos programas, y finalmente la equilibración,¹⁴ considerando que el entorno y los proyectos son cambiantes, se alcanza la estabilidad a través de una completa evolución.

Finalmente, los objetivos del proyecto se resumieron en los siguientes puntos: a) Identificación del contexto en el que se implementa el programa DiabetIMSS; b) Descripción de la estructura en la que se implementó el programa; c) Identificación de las actividades y funciones que se realizan en el módulo del DiabetIMSS; d) Identificación de los roles y relaciones de los diferentes actores con los que se implementa el programa; e) Descripción de las áreas de oportunidad para la implementación del programa desde las perspectivas de cada uno de los actores.

Metodología

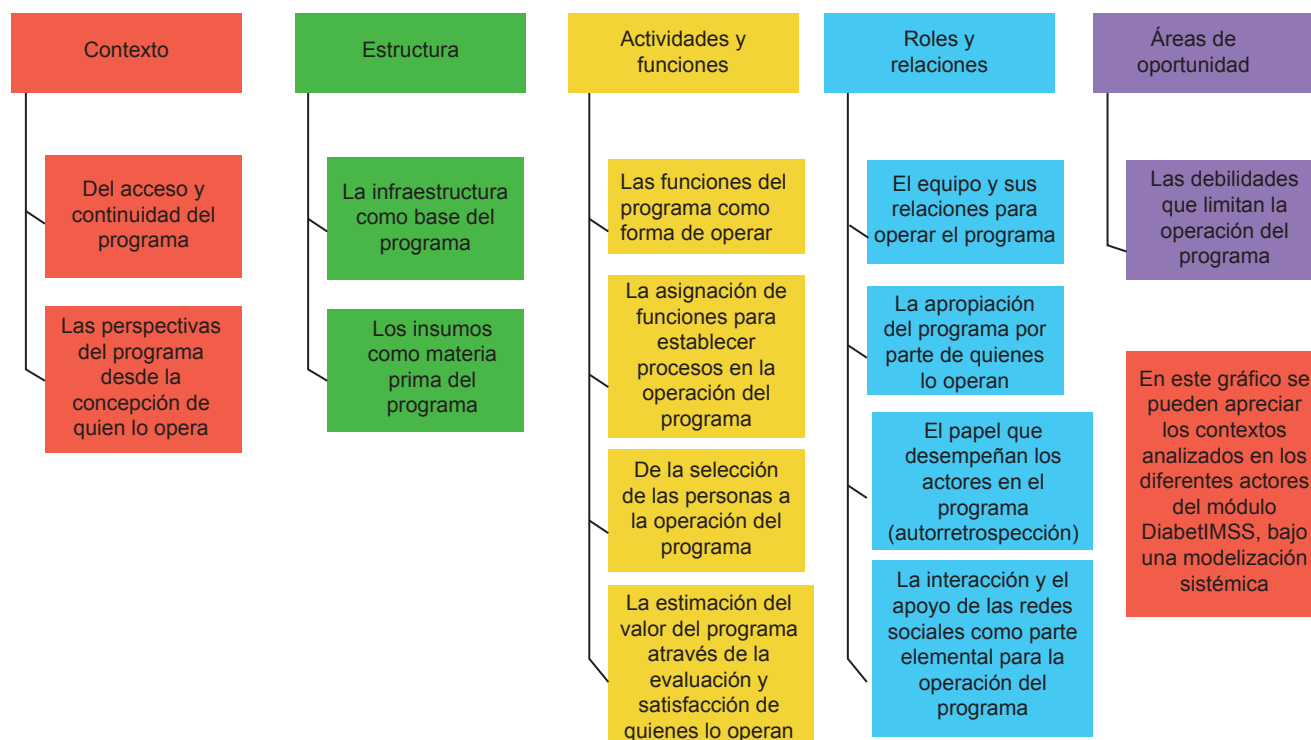
Se trata de un estudio de tipo cualitativo, interpretativo de investigación-acción realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social

de la Ciudad de San Luis Potosí, México. Bajo un marco teórico fundamentado en la modelización de sistemas complejos, es decir, sistemas no descomponibles, en donde la distinción de niveles con características dinámicas requiere comenzar por un análisis de tipo cualitativo que excluye la práctica corriente de empezar por poner juntas “todas” las variables y entrecruzarlas, cuya confiabilidad y validez se basa explícitamente en una epistemología constructivista. Hay que señalar que los actores directos fueron representados como personal profesional operativo del programa DiabetIMSS, e indirectos como mandos medios y altos de la unidad ya mencionada, así como los especialistas en Medicina familiar de la misma. Los criterios de inclusión, previo consentimiento informado, fueron: personal que participa en la implementación o funcionamiento del programa, que tuviese la disponibilidad necesaria para colaborar en el estudio y que laborara en el turno matutino y/o vespertino en el módulo del DiabetIMSS. Se excluyó al personal con incapacidad y periodo vacacional durante el proyecto. De igual modo, es importante señalar que los distintos actores directos e indirectos del módulo, a pesar de tener ciertas diferencias cognitivas y académicas entre los mismos, bajo el paradigma epistemológico constructivista plasmada en el análisis de sistemas complejos, permite tener presente las distintas perspectivas del módulo e indudablemente juegan un papel crucial en el comportamiento del mismo. El análisis de la investigación realizada, se realizó bajo una tradición sociológica la cual incluyó: textos libres, narrativas, discursos y las respuestas a entrevistas no estructuradas o semi-estructuradas, todo ello mediante técnicas para analizar textos “crudos”, método de palabras claves en contexto, análisis de redes semánticas, las cuales fueron separadas y priorizadas de la información a través de la organización por categorías (de las entrevistas) mediante la elaboración de una red hermenéutica de estudio (figura 1).

Las técnicas de recolección de la información fueron a través de:

1. Cédula de datos sociodemográficos que incluyó: sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral.
2. Observación participante: Se llevó a cabo con una guía previamente elaborada por los investigadores, cuya finalidad fue describir la situación y las características del contexto, incluyendo la percepción del observador acerca de la participación de cada uno de los actores. Se complementó de manera simultánea con la observación de las funciones, actividades de cada ac-

Figura 1. Red hermenéutica (sistema de modelización de Jean Luis Le Moigne) Módulo DiabetIMSS



- tor y la dinámica de trabajo del módulo DiabetIMSS. La duración del estudio fue de 6 meses de estancia en el módulo, analizando el turno matutino y vespertino con una duración de 6 a 7 horas por turno y considerando diez consultorios de medicina familiar de la unidad con el fin de observar el proceso de envío de los pacientes al módulo, consultorios elegidos al azar y estableciéndose, como mínimo, la observación de tres procesos de cada uno de los actores. Además, se observó la consulta médica del personal asignado a DiabetIMSS y la consulta de los nutriólogos a pacientes que correspondían al programa en ambos turnos.
3. Diario de campo: Se llevó de forma simultánea con el resto de las técnicas implementadas, se elaboraron notas en un diario de campo por día, redactando inmediatamente los elementos más relevantes del proceso, la ejecución del programa, así como el desempeño eficaz y eficiente del mismo con la infraestructura presente.
 4. Entrevista semiestructurada: Se realizaron 21 entrevistas a los diferentes actores de manera individual; 6 a directivos y mandos medios, 11 a personal operativo y 4 a personal pasante de apoyo para el programa, los cuales fueron audiograbados, previo consentimiento informado. Dichas entrevistas se efectuaron en el horario y lugar establecidos por los participantes, teniendo

una duración de 40 minutos, aproximadamente. Finalmente, las entrevistas grabadas fueron transcritas en un procesador de textos, por parte de los investigadores.

5. Grupo focal: Se realizó una entrevista grupal en cada turno, previo análisis de las entrevistas semiestructuradas, con el fin de rescatar, o bien, confirmar y ampliar la información clave para los objetivos del estudio. Esta entrevista grupal se sustentó en una guía previamente elaborada con preguntas detonadoras y orientadoras como base para la discusión y debate de los actores, audiograbándose estos ejercicios comunicacionales y transcribiéndose el equipo investigador de igual forma por el propio investigador.

Finalmente, se presentaron los resultados a los informantes y autoridades correspondientes de la unidad de estudio, con el fin de retroalimentar y confirmar los hallazgos.

Resultados

Caracterización de la población

Los actores que colaboraron en el presente estudio estuvieron conformados por 21 personas de ambos sexos, en un

rango de edad de 20 a 60 años, el grado de escolaridad fue variado, desde un nivel técnico, hasta posgrado; se consideraron actores de los distintos puestos jerárquicos de la unidad con relación directa en el programa. La antigüedad laboral de los actores en el Instituto fue de los 3 meses hasta los 27 años; de igual modo, el tiempo promedio de labor de los actores en DiabetIMSS fue de 2 meses hasta 6 años.

La integración de la red hermenéutica fue tomando como premisa un sistema de modelización de Jean Luis Le Moigne,¹³ (figura 1) originando la estructura del análisis de la información obtenida de los distintos actores a través de una entrevista semiestructurada y grupal.

Contexto

Del acceso y continuidad al programa

El proceso para el acceso y la continuidad del programa DiabetIMSS, según los discursos de los diferentes participantes, está influido por quienes derivan a los pacientes y su resistencia a la transferencia, por el número de pacientes derivados, el nivel de permanencia de los mismos, así como los distintos controles de calidad para dar seguimiento a la atención de los derechohabientes en el programa. En lo que respecta a los pacientes derivados de otros servicios, según los participantes, existe un moderado interés para la referencia de pacientes por parte de los médicos de los distintos consultorios de Medicina familiar de la unidad, tomando como premisa que estos actores son los principales proveedores de pacientes al programa como lo menciona el actor 20:

“Existe una falta de derivación de pacientes, en varias ocasiones por parte de Medicina familiar, el envío de pacientes diabéticos es importante ya que no son poquitos y ¿quiénes tienen esa población?, son los médicos familiares, entonces yo creo que se puede incrementar la derivación de esos pacientes al programa...”

Además, los actores consideran que en lo referente al acceso y continuidad del programa, es necesario contar con un sistema de referencia eficiente y oportuno para los derechohabientes, así como un sistema de seguimiento para evaluar la asistencia de los pacientes al mismo, como lo menciona el actor 13:

“Respecto al área de nutrición, es conveniente que todos los colegas nos manden a los pacientes y corroboren su asistencia, ya que no todos llegan a pesar de haber generado el trámite de referencia, un monitoreo de asistencia a sus citas, estaría muy bien,

porque los derechohabientes a veces lo toman a la ligera... no llevan a veces los seguimientos en cuanto a nutrición...”

Además, mencionan como limitantes la disposición y apertura del propio paciente para la aceptación del Programa como lo menciona el actor 8:

“El tipo de población que está adscrita a esta unidad es de clase media y, a veces, por los propios trabajos es difícil su asistencia, la disponibilidad del equipo de trabajo en la unidad es muy buena, sin embargo, la accesibilidad por el propio paciente es difícil en muchas ocasiones, porque la mayoría de los pacientes son trabajadores, tienen diferentes horarios y muchas veces incompatibles con el horario que nosotros podemos ofrecerle. Otra limitante dentro del programa y que hemos visto, es que la mayoría de la población femenina adulta y adultos mayores son cuidadores de nietos e hijos, por lo cual este aspecto familiar les genera una limitante... la organización de la familia del paciente muchas veces es un factor que hace que una paciente a veces desista o no tenga acceso al programa...”

Perspectivas del programa desde la concepción de quien lo opera

En este tópico, los entrevistados coinciden que dicho programa es pertinente, consideran que brinda una atención holística como lo menciona el actor 13:

“Es una orientación integral [el programa] no nada más es por parte de nutrición, sino que entra el área médica, entra un psicólogo, entra enfermería y cada una de las áreas de la unidad aportan aspectos valiosos para orientar al paciente, siempre buscando que al terminar su sesión se lleve, asimile y afronte la enfermedad...”

A su vez, los actores mencionaron que el programa DiabetIMSS está plenamente estructurado, sin embargo, aún tiene áreas de oportunidad como son: reajustes de algunos criterios de inclusión, número y temática de las sesiones educativas, así como los procesos terapéuticos, aspectos que en muchas ocasiones se perciben como principales limitantes generando variadas restricciones en el acceso de los pacientes al programa institucional y en el tratamiento del mismo, como lo menciona el actor 8:

“El proyecto, a mí, en varias ocasiones me limita, ya que el médico de DiabetIMSS no puede dar un tratamiento completo, por lo cual el paciente tiene que ser derivado otra vez con el especialista en Medicina familiar para que reciba el resto del tratamiento... este proceso invariablemente genera una limitante; el no poder prescribir otro tipo de medicamentos fuera de la Diabetes, a su vez, creo que se podrían ampliar las sesiones educativas para beneficio de mis pacientes...”

Estructura

La infraestructura como base del programa

Siendo la infraestructura de vital importancia para la implementación de un programa de gran alcance como se pretende que sea DiabetIMSS, todos los actores coinciden en que el espacio es inadecuado e incómodo y con algunos distractores, por lo que no siempre es apta para que en ella se opere el programa, aunado al hecho de lo disperso que está el equipo de salud, físicamente hablando, en la unidad, como lo refieren los siguientes actores:

Actor 2: “Creo que son muy pequeñas [las instalaciones], en varias ocasiones son demasiadas personas en un lugar muy pequeño... el espacio es insuficiente...”

Actor 4: “No las considero muy adecuadas ahorita [las instalaciones]... incluso yo de repente no hallo dónde acomodarme o en dónde pararme para que realmente pudiera tener a todo el grupo concentrado en la sesión... a su vez, esto reduce el espacio del consultorio que está ahí al lado...”

Insumos como materia prima del programa

En razón a este criterio, los actores, de manera global, refieren una gran diversidad de opiniones, mientras algunos consideran al programa insuficiente de insumos, otra parte menciona que es adecuado; de igual modo, mencionan que existen algunos insumos, lo cual permite modificarlo y/o ampliarlo, por ejemplo, para las sesiones educativas, como lo mencionan los siguientes actores:

Actor 11: Se me hace bueno el material que ellos proporcionan [la Institución], a mí también me proporcionan un material... yo le he agregado otras cosas que he considerado también importantes mencionar al paciente, pero en general yo considero que el material que ellos disponen me parece que está bien, que es bueno...”

Actor 18: “Con lo que contamos es más que suficiente, lo necesario para llegar al paciente...”

Actividades y funciones

Las funciones del programa como forma de operar

En esta dimensión, algunos de los actores califican las actividades como excesivas para el tiempo operativo frente

al paciente, consideran que esto es un aspecto que pudiese influir en la calidad de atención que se le brinda al paciente como lo menciona los siguientes actores:

Actor 15: “Las actividades que nos corresponden están limitadas por el tiempo, yo creo que nos sobrepasamos de actividades para el tiempo que tenemos, en ocasiones no resolvemos algunas dudas que el paciente tiene, por este factor.”

A su vez, mencionan que las actividades que realizan son adecuadas y que favorecen la interacción con el resto del equipo. De igual modo, consideran que es necesaria la distribución de funciones para cumplir con las tareas que el programa exige, lo cual es una variable que puede influir en la dispersión de estas últimas, generando desmotivación y pérdida del sentido de pertenencia del personal profesional de la salud ante el programa, lo cual puede condicionar modificación del clima laboral en el área, tal y como lo comenta el actor 1:

“Mi participación [en el programa] creo que es buena, pero también muy pesada, hay días muy tensos... trato de aportar lo mejor que pueda para que los pacientes realmente les ayude... la dificultad por el tiempo es precisamente en la plática educativa, ya sea que la pueda dar yo como personal de base o en su defecto el pasante...”

La asignación de funciones para establecer procesos en la operación del programa

En cuanto a la inducción al programa, los actores expresan que es insuficiente y que a la mayoría de los que se les otorgó una inducción, esta fue de tipo práctica y no teórica como lo mencionan los siguientes actores:

Actor 17: “[Sobre la inducción] No, propiamente fui desarrollando el programa y despejando dudas conforme avanzaba en mi actuar laboral, lo cual fue mi inducción, aspectos como: sesiones, normativa, etc., yo tuve que entenderlos y desarrollarlos...”

Actor 15: “[De la inducción] ...hay mucho por mejorar, tenemos los libros y manuales, nos explican la operación, pero no los manuales teóricos...”

De la selección de personas para la operacionalización el programa

Los actores perciben que la selección de personal no es sistematizada, que es un tanto autocrática, basada en roles

elaborados en el departamento al que corresponden, tal y como lo mencionan los siguientes actores:

Actor 1: “Aún no tengo claro cómo fui seleccionado, en este período no me queda más que estar ahí.”

Actor 9: “[En cuanto a la selección] Nosotros manejamos un rol cada año... no hay planta en DiabetIMSS, no hay plantilla, no hay de base...”

Los actores consideran necesario contar con un perfil de puesto establecido para operar el programa, lo que evidencia el desconocimiento de los actores sobre su existencia en la guía técnica para otorgar la atención médica en el módulo de DiabetIMSS.

La estimación del valor del programa a través de la evaluación y satisfacción por quienes lo operan

Los actores coinciden en que el programa es evaluado de forma indirecta, principalmente a través de la entrega y revisión de informes de productividad de manera mensual por cada uno de los involucrados, como lo mencionan los siguientes actores:

Actor 15: “Cada mes se maneja un informe en donde deben de estar plasmados los pacientes... es la única forma en que me supervisan...”

También, en lo que se refiere a la satisfacción, esta es dada por los resultados y el impacto que se logra en el paciente, como lo menciona el actor 16:

“Me gusta, pero no me siento satisfecha al 100%, yo quisiera que todos los pacientes que estén ahí regresen por lo menos bien controlados, porque no todos los pacientes egresan controlados...”

Por último, algunos actores mencionan que su participación en el programa les provoca crecimiento personal y aprendizaje; aquí el comentario del actor 12:

“He aprendido también del programa, he aprendido de los pacientes; la coordinación que tenemos con la gente ha sido muy agradable para mi experiencia...”

Roles y relaciones

El equipo y sus relaciones para operar el programa

En cuanto a las relaciones, la mayoría de los actores de dicho programa mencionan que existe coordinación y co-

laboración en el equipo, aunque se pudo observar que esta es parcial, es decir, no con todos los miembros involucrados con el módulo de DiabetIMSS, como lo menciona el actor 9:

“En cuanto a coordinación y organización, hay más con la enfermera, la coordinación con ella es todos los días y cada ratito, tengo más coordinación con enfermería y ella más con el especialista en Medicina familiar... es necesario que nos unan como equipo.”

Además, comentan que existe rotación continua del personal, lo que afecta para la implementación del programa, tal como lo menciona el actor 10:

“La otra situación que hemos estado viviendo es la rotación constante de las enfermeras, tampoco tenemos a una persona que esté expofeso para DiabetIMSS, actualmente tengo a la enfermera, pero cuando se va de vacaciones se suele improvisar y eso también limita el proceso, [respecto a la cantidad de rotaciones de dicho personal] han sido como unas 5 yo creo...”

La apropiación del programa por quienes lo operan

Existe una gran diversidad de percepciones por los distintos actores implicados en el programa y que tienen un rol específico en el mismo, tal es el caso de la percepción del actor 15:

“[Respecto a la identidad con el programa] Parcial, será porque en ese programa solamente participamos en 2 sesiones, ahí yo digo que, para identificarse bien, tendríamos que participar al 100% con los pacientes, para tener un panorama desde el inicio hasta final de la estrategia en el paciente...”

Esta percepción contrasta con la de otros actores implicados en el programa DiabetIMSS, en donde el sentido de pertenencia al programa está dado por las múltiples experiencias de cada uno de los actores con el padecimiento de los derechohabientes, como lo documenta el actor 9:

“Sí me identifico porque yo tengo familia diabética, entonces muchas veces aplicamos los ejemplos personales y también los ejemplos de los pacientes los llevamos a la vida personal.”

El papel que desempeñan los actores en el programa una auto retrospección

Los actores manifestaron el rol que desempeñan aunado a las funciones y actividades que realizan en el módulo, algunas impresiones fueron:

Actor 3: “De proveedor, porque de manera de que me llegan a mí [los pacientes], yo los distribuyo...”

Actor 10: “Holístico, yo creo... hacemos muchas actividades en beneficio del paciente...”

La interacción y apoyo de las redes sociales como parte elemental para la operacionalización del programa

Los actores entrevistados mencionaron al respecto que existe la comunicación directa e indirecta, formal e informal, y que son continuas y constantes entre algunos miembros, aunque prevalece más la verbal y directa, lo que consideran que es de gran apoyo para el equipo, y mencionan que existe un buen clima laboral entre el equipo de salud del programa, por lo que califican las relaciones interpersonales como armoniosas, así lo menciona el actor 9:

“Cada quien hace lo suyo y nos apoyamos, no existe ningún conflicto... la comunicación sí es directa, si necesitamos algo vamos y lo decimos...”

Áreas de oportunidad

Las debilidades a fortalecer en la operación del programa

Respecto a las áreas de oportunidad, los actores del equipo de salud perciben diversas debilidades en la operacionalización del programa, que van desde la estructura y diseño, el cual consideran que es limitado para proporcionar la atención integral que se pretende, algunos actores consideran que se pueden fortalecer las temáticas de algunas sesiones y el número de pacientes asignados para la consulta médica en el módulo DiabetIMSS, ya que el tiempo, consideran, es un factor que les juega en contra. De igual modo, los actores refieren que la infraestructura del área puede mejorar, principalmente y en razón al espacio donde se lleva el programa. Finalmente, se discutió que la falta de equipo multidisciplinario completo puede mejorarse para operar el programa como lo refiere el siguiente actor:

Actor 9: “La falta del equipo completo, tanto humano como material, es una debilidad, la cual puede mejorarse...”

También, mencionan que existen factores propios del paciente para participar en el programa, como deserción

y falta de apego al tratamiento, como lo menciona el actor 15:

“Falta de asistencia de los pacientes... los pacientes no ponen mucho de su parte en cuestión de apegarse también...”

Por último, mencionan como debilidad la falta de difusión del programa como parte importante para la participación del paciente en él, como lo menciona el actor 19: “Mayor comunicación en todos los pacientes, difusión... para que el paciente sepa que existe un programa...”

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar y describir cómo se implementa el programa DiabetIMSS desde las perspectivas de los actores que lo operan, producto de la realidad que ellos piensan, conciben y viven día a día, y que influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo del programa.

La evaluación del contexto del programa DiabetIMSS, en relación a este estudio, es que existe poca participación por parte del resto del personal para la referencia de pacientes, esto, quizás, a causa del poco involucramiento con el programa, por lo que se puede inferir que no se ha logrado un empoderamiento de los distintos profesionales de la salud involucrados con el programa, empoderamiento que puede ser definido como la práctica de una organización que considera a sus trabajadores como sus colaboradores o socios y les faculta para que participen en la toma de decisiones, de manera que valoren la importancia de lo que hacen y les hace ver el papel que juegan para ser una pieza clave en el programa, para favorecer el aprendizaje institucional de algún proceso,¹⁵ lo que se percibe como área de oportunidad en el estudio.

Por otro lado, en lo que respecta a la población, es importante mencionar que los actores perciben como una limitante para el programa, la apertura de los pacientes desde el punto de vista comunicacional, en razón a su entorno familiar y social, para ser un agente activo en el programa, los cual coincide con los resultados obtenidos en el 2012 por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en donde se encontró, como principal dato en este rubro, que el 14.2% de los pacientes diabéticos no acudió a su control médico en los últimos 12 meses previos a ser encuestados,⁶ es decir, no se refleja el compromiso de participar por parte de los usuarios al programa DiabetIMSS, a pesar de los esfuerzos desde el inicio de este último.

Asimismo, otro factor es la inversión de tiempo que le implica al derechohabiente asistir a un programa de esta índole, ya que los actores perciben que esto dificulta el acceso, situación que contrasta con el estudio de Ramírez Ribera,¹⁶ en donde los usuarios no consideran esta limitante, ya que tienen todas las sesiones educativas durante el tiempo de espera para su consulta médica, sin embargo, lo trascendente para los actores de este estudio es que les otorguen los medicamentos en tiempo y forma, aspecto no referido por nuestra población de estudio.

De igual modo, en relación al acceso a los programas de salud (DiabetIMSS) el presente estudio contrasta con los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Salud Pública en su Evaluación al Programa Oportunidades y la calidad de la atención en Salud, en este estudio se plantea para el caso de la diabetes,¹⁷ que existe un ligero impacto en la mejoría del acceso a los servicios y en la actitud de los pacientes hacia su enfermedad y su control, independientemente a la disponibilidad y acceso a dicho programa, aspecto no encontrado en nuestro estudio y en donde se refuerza la trascendencia de dicho programa.

Cabe señalar que el programa DiabetIMSS recurre a la llamada “caja de herramientas”, lo cual permite que a través de una serie de técnicas y estrategias se logre favorecer la conducta y empoderamiento que se refleja en lograr que las personas sean capaces de tomar sus propias decisiones, fomentando la reflexión de los pacientes mediante un acto mayéutico de preguntar y, por lo tanto, conocer las distintas ideas, emociones, expectativas y efectos de la enfermedad y tratamiento, toma de decisiones, preferencias, hábitos y prioridades del paciente,¹⁸ con la finalidad de indagar sobre las expectativas y el grado de participación con que se contará por parte de los usuarios, y así buscar la implementación de distintas estrategias por parte del profesional de la salud para fomentar una mayor participación de la población, aspecto que, sin duda, le da un valor agregado y, por supuesto, ventajas competitivas respecto a otros programas de la misma índole a nivel nacional e internacional.

Respecto a la concepciones de los actores de nuestro estudio manifestaron, existe discrepancia en razón a los resultados obtenidos por Ramírez Ribera,¹⁶ ya que en nuestro estudio, los actores que implementan el programa conocen en buena medida los componentes principales del programa y su objetivo, a pesar de haber documentado propuestas y, por ende, áreas de oportunidad para mejorar el proceso de inducción.

En razón a los estilos de vida, definidos según la Organización Mundial de Salud como una manera general de vivir,

que se basa en la interacción, entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, que están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, nuestro estudio obtuvo resultados similares a los reportados por Figueroa Suárez,¹⁹ en donde su modificación, según la percepción de los actores, es notablemente satisfactoria al concluir el paciente su paso por el programa DiabetIMSS.

A su vez, analizando el tópico referente a la infraestructura e insumos, los actores perciben grandes áreas de oportunidad del módulo DiabetIMSS, más aún si se toma como predilección el marco normativo de la Guía Técnica para otorgar Atención Médica en el Módulo de DiabetIMSS²⁰ y la Norma Oficial Mexicana 178-SSA-1998, en donde debiese existir un modelo continuo de equipamiento y espacios físicos con capacidad para 20 a 35 personas.

En lo que concierne a las actividades y funciones de los profesionales de la salud en este programa, las percepciones se mueven alrededor del factor tiempo como principal limitante y la debilidad en el proceso de selección de personal para desempeñarse en el mismo.

Dentro de nuestras reflexiones finales, es razonable puntualizar la gran importancia de la modelización sistémica, la cual contempla la estructura y no solo la actividad, pues esta modelización es analizada a través de una serie de pasos de observaciones temporales de entradas salidas a lo cual llamamos estados, estos últimos son situaciones susceptibles de ser reconocidas de nuevo que pueden ser sustentados cuando es posible establecer una secuencia de entradas,²¹ de tal suerte que para conocer los procesos (en este caso del programa DiabetIMSS) es necesario disponer de un óptimo sistema de evaluación con el fin de retroalimentarlos; al respecto, es importante mencionar que existe una gran área de oportunidad que es, sin duda, el mejoramiento de los sistemas de supervisión de las actividades que se realizan en el programa.

Es importante señalar que por la metodología cualitativa planteada, de carácter único y en una población pequeña bajo un contexto muy particular, no nos es posible afirmar con seguridad el descubrimiento de los aspectos claves que conduzcan a un conocimiento generalizable, para un contexto nacional, sin embargo, los resultados valiosos obtenidos pueden ser la base para extender, reforzar y difundir los estudios cualitativos en enfermería y su equipo multidisciplinario en un programa trascendente para el Instituto, como lo es DiabetIMSS, con la finalidad de sumar análisis y obtener resultados con un diseño nivel 2 (metaestudios interpretativos), o nivel 1 (estudios

secundarios), en la búsqueda de generalización de resultados y complementación de estudios cuantitativos.

Conclusiones

Finalmente, el programa DiabetIMSS continúa siendo una intervención educativa con énfasis en la atención médica integral, la cual se define según Ramírez Ribera,¹⁶ como el medio para un adecuado control de la diabetes a través de diversas acciones fundamentales; como una valoración y exploración física completa de los pacientes, la

detección de manera temprana y oportuna de complicaciones”, aspectos que no solo trascienden en el paciente y/o derechohabiente, sino también en los distintos profesionales (actores) que intervienen en el programa, generando satisfacción, sentido de identidad y pertenencia, así como una oportunidad para mejorar sus lazos comunicacionales adecuados y directos con sus colegas; todo ello, generando un clima laboral agradable para quienes operan el programa, sin olvidar por supuesto, las múltiples áreas que esta tiene para mejorar, buscando siempre la repercusión positiva en los usuarios.

Referencias

1. Mendis y colaboradores. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Organización Mundial de la Salud, 2014.
2. Wagner KH, Brath H. A global view on the development of non communicable diseases. *Prev Med.* 2012;54(Suppl):S38-41.
3. Zavala-Cruz GG. Ejercicio físico y riesgo cardiovascular en adolescentes con sobrepeso y obesidad de San Luis Potosí. *Salud pública Méx.* 2014;56(6).
4. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P et al. Priority Actions for the Non-communicable Disease Crisis. *The Lancet.* 2011;377(9775):1438-1447.
5. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes Mellitus en México. *Salud Pública de México.* 2013;55(Supl 2):S129-S136.
6. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
7. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Aguilar-Sánchez L, Echevarría-Zuno S, Michaus-Romero F, Torres-Arreola LP. Perspectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2013;51(1):58-67.
8. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care.* 1998;21:1414-31.
9. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012.
10. León-Mazón M, Araujo-Mendoza GJ, Linos-Vázquez ZZ. DiabetIMSS. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012;51(1):74-9.
11. Zuñiga-Ramírez M. Perfil de uso de los servicios del módulo DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013;21(2):79-84.
12. Romero-Valenzuela E, Zonana-Nacach A, Colín-García MA. Control de glucosa en pacientes que asistieron al programa de educación DiabetIMSS en Tecate, Baja California. *Med Int Méx.* 2014;30:554-561.
13. Rojas-Crotte IR. Hermenéutica para las técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales: una propuesta. *Espacios Públicos.* 2011;14(31):176-189.
14. Tarride M. Complexity and complex systems. *Historia, Ciencias, Saude.* 1995;(1):46-66.
15. Solano-Solano G, Pace AE, García-Reza C, Del Castillo-Arredá A. Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. *Cienc Enferm.* 2013;19(1):83-93.
16. Ramírez RM. Gestión de la calidad técnica de la atención a pacientes diabéticos(as) del Centro de Salud de Huitzilac de febrero a mayo de 2008 [Tesis de maestría]. México: 2008: Cuernavaca Morelos. Disponible en: www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php
17. López-Ridaura R. Oportunidades y la calidad de la atención en salud: el caso de la diabetes. *Salud Pública de México.* 2007;49:205-207.
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Atención al Paciente diabético, Manual del Aplicador del Módulo DIABETIMSS. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
19. Figueroa-Suárez ME, Cruz-Toledo JE, Ortiz-Aguirre AR, Lagunes-Espinoza AL, Jiménez-Luna J, Rodríguez-Moctezuma JR. Estilo de vida en diabetes. *Gaceta Médica de México.* 2014;150:29-34.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica para otorgar Atención Médica en el Módulo DiabetIMSS a Derechohabientes con diagnóstico de diabetes mellitus en Unidades de Medicina Familiar México. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012.
21. Jiménez-Narváez ML. Modelización sistémica de la innovación y del aprendizaje Tecnológico. *Innovar. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales.* 2005;25(1):81-89.

Cómo citar este artículo:

Morales-Pérez MI, Urbina-Aguilar BA, Zavala-Cruz GG, Rodríguez-Pérez CV. Estudio cualitativo del Programa DiabetIMSS en una Unidad de Medicina Familiar de San Luis Potosí. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(2):101-10