



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas

E. Tambo-Lizalde^{a,*}, J.M. Carrasco-Gimeno^b, S. Mayoral-Blasco^c,
M.J. Rabanaque-Hernández^{c,d} y J.M. Abad-Díez^{c,d}

^a Unidad de Cirugía Otorrinolaringológica y Cirugía Maxilofacial, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Profesional independiente, Sector Salud y Bienestar Social, Madrid, España

^c Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^d Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

Recibido el 18 de abril de 2012; aceptado el 19 de julio de 2012

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial;
Continuidad
de cuidados;
Diabetes mellitus;
Investigación
cualitativa

Resumen

Objetivo: Describir la percepción y el conocimiento de pacientes y profesionales sanitarios (PS) sobre los factores que influyen en la calidad y continuidad asistencial de los cuidados prestados en atención primaria a personas diabéticas.

Material y métodos: Estudio cualitativo de trayectoria fenomenológica. Participantes: profesionales médicos y de enfermería que trabajan en diferentes centros de atención primaria de Zaragoza y pacientes con diabetes atendidos en esos centros. Entre febrero y marzo de 2010 se realizaron 2 entrevistas grupales (grupos de discusión) y 6 individuales. Se siguió un guión preestablecido con las variables a explorar.

Resultados: Los pacientes y profesionales entrevistados identificaron dificultades para asumir la diabetes como una enfermedad crónica. Se observaron como factores relacionados con problemas en el cambio de hábitos y estilos de vida el sexo (las mujeres mostraron mayores dificultades para el cambio), el tipo de trabajo y la situación de actividad laboral. Por parte de los profesionales entrevistados, se identificaron como factores favorecedores la existencia de guías y protocolos y la motivación personal, y como factores que dificultan la asistencia, la falta de tiempo y los sistemas de información existentes. Hay discrepancias entre los profesionales respecto al papel de grupos de pacientes y asociaciones.

Conclusiones: En el diseño de intervenciones para la modificación de estilos de vida de los pacientes diabéticos se deben tener en cuenta las dificultades para el cambio ligadas al sexo y la situación laboral de los pacientes.

© 2012 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena_tambo@hotmail.com (E. Tambo-Lizalde).

KEYWORDS

Quality of health care;
Continuity of patient care;
Diabetes mellitus;
Qualitative research

Patient and health professional perceptions on the quality of care provided to diabetic patients**Abstract**

Objective: To describe the knowledge and perceptions of patients and health professionals on the factors that influence the quality and continuity of care of diabetic patients provided in Primary Care.

Material and methods: A qualitative study using a phenomenological perspective.

Participants: Medical and nursing professionals working in Primary Care Centres in the city of Zaragoza, and patients with diabetes mellitus attended in the same centres. Two group (focus group) and 6 individual interviews were carried out in February and March 2010. A predetermined script, with the variables to explore, was used.

Results: The patients and health professionals interviewed identified problems in assuming diabetes as a chronic disease. Among the factors related to success in changing habits and lifestyles, were gender (women showed greater difficulties to change), type of job and work situation. Health professionals identified the availability of guidelines and protocols, and personal motivation as factors that work in favour; and lack of time and current information systems as factors that hamper the provision of good quality care. There were discrepancies among health professionals as regards the role played by patient groups and associations.

Conclusions: It is important to take into account the factors that make changes in habits and lifestyles difficult, such as gender and the employment situation, when designing actions aimed at modifying risk factors in diabetic patients.

© 2012 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de alta prevalencia, tiene un elevado coste social y un gran impacto sanitario¹⁻³ y reduce significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 había 171 millones de personas en el mundo con DM y se prevé que este número se incremente hasta los 366 millones en el año 2030⁴. En España, la prevalencia estimada de DM es del 6,06% en mujeres y del 6,34% en hombres según la Encuesta Nacional de Salud⁵. La prevalencia se incrementa con la edad hasta alcanzar valores del 18,72% en mayores de 75 años. La OMS indica que la DM es la octava causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en los países industrializados (3,6 millones, 3% del total).

En los estudios publicados sobre la calidad de la atención prestada a pacientes diabéticos⁶⁻⁹, se identifican la falta de apoyo emocional y psicológico y la condición socioeconómica baja como factores asociados a una peor calidad de la atención de la diabetes en atención primaria (AP)¹⁰. Otros estudios se centran en las percepciones de pacientes diabéticos sobre la satisfacción con los cuidados recibidos, e identifican los recursos y las características de la organización adecuadas para una asistencia de calidad¹¹.

La metodología cualitativa^{12,13} permite profundizar en el conocimiento de las motivaciones y valores desde los que los individuos y los grupos actúan, permitiendo identificar posibles puntos de acuerdo y desacuerdo entre profesionales sanitarios (PS) y pacientes. Es necesario identificar las dificultades que presentan tanto el personal sanitario como los pacientes en cada fase de la enfermedad (fase de diagnóstico, fase de tratamiento, incluyendo los cambios de hábitos

y estilo de vida que conllevan, y fase de seguimiento), así como conocer los aspectos ligados a la percepción sobre la calidad asistencial de PS y pacientes.

El objetivo de este estudio es describir la percepción y el conocimiento que pacientes y PS tienen sobre los factores que influyen en la calidad y continuidad asistencial de cuidados prestados en AP a personas diabéticas, con el fin de identificar factores a tener en cuenta en el diseño de estrategias de mejora asistencial.

Material y métodos

Los participantes del estudio fueron PS, del colectivo médico y de enfermería y pacientes con DM de diferentes centros de AP de los 3 sectores de la provincia de Zaragoza, todos ellos urbanos y que atienden una población de clase social media y media-baja. Se realizó un muestreo intencional no probabilístico configurándose las unidades muestrales con criterios de representatividad de discursos sociales predominantes.

Se seleccionaron participantes con 2 perfiles preestablecidos. Por un lado, pacientes diagnosticados de diabetes atendidos en los centros de salud urbanos de Zaragoza incluidos en el estudio, mujeres y varones mayores de 39 años (se considera que la prevalencia de diabetes en personas con menos de 40 es baja), con tarjeta sanitaria y con asignación de un médico de familia en uno de los centros de salud incluidos en el estudio. Por otro, PS de AP que atienden a estos pacientes (médicos/as, enfermeras/os).

Entre los meses de febrero y marzo de 2010 se realizaron 2 entrevistas grupales (grupos de discusión) y 6 individuales con el objeto de recabar información y datos primarios cualitativos.

Tabla 1 Factores que influyen en la atención sanitaria en atención primaria a pacientes diabéticos explorados en los grupos de discusión

Factores relacionados con los pacientes

Factores socioeconómicos y culturales

Clase social

Sexo

Factores asociados con el diagnóstico

Asunción o no de la cronicidad de la enfermedad

Factores relacionados con el tratamiento

Cambios en la dieta

Cambios en la realización de ejercicio físico

Toma o no de la medicación

Polimedicación

Factores relacionados con el sistema sanitario

Factores relacionados con el tratamiento

Tiempo de consulta por paciente

Realización o no de actividades de apoyo para el cambio de hábitos (grupos de pacientes)

Derivación o no a asociaciones de diabéticos como actividad de apoyo para cambios en los hábitos

Grado de coordinación entre atención primaria y atención especializada

Grado de coordinación entre atención primaria y servicios sociales

Factores relacionados con el seguimiento

Tiempo de consulta por paciente

Asistencia o no asistencia a las citas programadas

Los grupos de discusión, atendiendo a criterios de homogeneidad y heterogeneidad discursiva, quedaron configurados del siguiente modo: uno de ellos por 6 personas del colectivo médico, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 33 y los 58 años; el otro, por 6 personas de ambos sexos del colectivo de enfermería, con edades comprendidas entre los 29 y los 56 años. Las sesiones de los grupos de discusión fueron realizadas en un centro de salud de AP. El objetivo fue captar los significados y representaciones del grupo investigado. Se decidió separar al colectivo de médicos/as y el de enfermeros/as puesto que podrían tener experiencias y posicionamientos diferentes respecto a la organización y funcionamiento del sistema, dificultando la fluidez del discurso. En los grupos de discusión se siguió un guión pre-establecido que fue el mismo en los 2 grupos (tabla 1). Las variables del guión fueron identificadas a partir de los resultados de una investigación preliminar mediante entrevistas individuales a profesionales médicos y de enfermería de atención primaria.

En cuanto a los pacientes, con edades comprendidas entre los 58 y los 80 años, se consideró apropiado realizar 6 entrevistas individuales en profundidad para explorar el discurso de los diferentes perfiles de colectivos de personas diabéticas.

La selección de los y las pacientes se realizó atendiendo a los siguientes criterios: grados de gravedad de la enfermedad, cumplimiento del tratamiento y cumplimiento de las citas de seguimiento. Las entrevistas fueron realizadas en los centros de AP al que pertenecían los participantes, salvo

en el caso de pacientes con un grado de enfermedad severo, quienes fueron entrevistados en su domicilio. En todas ellas se siguió el mismo guión que en los grupos de discusión (tabla 1).

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. El análisis de los datos cualitativos recogidos se realizó tomando como marco teórico el análisis social del discurso, llevándose a cabo un análisis de las posiciones discursivas y de las configuraciones narrativas del corpus textual^{14,15}. Los participantes fueron informados previamente de los objetivos del estudio y se solicitaron consentimientos informados por escrito, asegurando la confidencialidad de la información y el anonimato.

Resultados

En este apartado se presentan los factores identificados, estructurados en los relacionados con los pacientes y los relacionados con el sistema sanitario.

Factores relacionados con los pacientes

Asumir la DM como una enfermedad crónica (tabla 2, verbatim 1-4). En varios casos los pacientes expresaron que no seguían las recomendaciones de los PS por no creer que estaban enfermos. Los PS de ambos colectivos estuvieron de acuerdo en que la mayor dificultad estriba en que los pacientes entiendan que es un problema de salud y que es «su» problema de salud. No se identificó una relación clara entre este aspecto y algunas variables exploradas como el sexo o la clase social.

Cambios de hábitos y cambios en el estilo de vida (tabla 2, verbatim 5-12). Los pacientes prestaron más atención a las dificultades que interfieren en los cambios de la dieta y la realización de ejercicio como son: la falta de tiempo, el tipo de trabajo al que se dedican y las relaciones sociales. Una variable que se muestra asociada con las dificultades en el control de la dieta es el sexo, siendo las mujeres las que mayores dificultades expresan. Respecto al ejercicio físico, parece ser un problema mayor para las personas de 40-50 años, que están laboralmente en activo. Para los pacientes mayores de 60 años, independientemente del sexo, el hacer ejercicio de forma moderada es el hábito que menos cuesta cambiar. Los PS señalan dificultades entre los pacientes para asumir la importancia de los consejos.

Autocontrol y toma de medicación (tabla 2, verbatim 13-15). Los pacientes indicaron que acuden a las revisiones periódicas y que se encargan de llevar un autocontrol del nivel de azúcar en su domicilio. En aquellos pacientes que demuestran ser muy malos cumplidores el control es asumido en su totalidad por parte de los profesionales médicos.

La demora en la asistencia es un factor que desanima a algunos pacientes a acudir a las citas de seguimiento. Otra de las razones puede ser que no gusten las pruebas diagnósticas realizadas en esas citas.

Los profesionales de enfermería argumentaron que se trata de un tipo de paciente demandante que en su mayor parte acude a las citas. No se identificaron problemas con la toma adecuada de la medicación.

Tabla 2 Factores relacionados con los pacientes que influyen en la atención sanitaria

1. Fase de diagnóstico	<i>Dificultad de que los pacientes asuman que es una enfermedad crónica:</i> (1) «Los diabéticos, si tienes la glucemia alta y no te duele nada, no molesta nada. Entonces, a veces, un problema es que no tienen sensación de estar enfermo y entonces no son conscientes de que son unos enfermos» (G.E.) (2) «Me dijeron que si no me cuidaba me tendría que pinchar y ponerme insulina. Y entonces dije: fuera, nada de nada. Tiré la casa por la ventana. Me quité las medicaciones y me quité todo. Y he sido muy mal enfermo, muy muy mal enfermo y no he hecho caso a los médicos» (paciente) (3) «Entonces yo creo que aquí el quid de la cuestión es que entiendan que es un problema de salud, pero que es su problema de salud» (G.M.) (4) «El problema con la diabetes es que te encuentras bien y entonces no te das cuenta» (paciente)
2. Fase de tratamiento	<i>Dificultad en el cambio de hábitos y cambio en el estilo de vida:</i> (5) «Toda la carga de la enfermedad te la pasan a ti, y te dicen: “pues deme algo”. Y les dices: “pues si ya le estoy dando algo”; y lo que pasa es que ese algo pasa por una serie de cambios de hábitos, que no están asumiendo» (G.M.) (6) «Si te dicen que tendrías que comer como mucho 2 o 3 frutas, pues me como a lo largo del día 7 u 8, como cerezas, como higos... o a lo mejor un trozo de chorizo que no debería, pues sí me lo como, la verdad» (paciente) (7) «Y los sábados y domingos por la tarde, que no voy a trabajar, es cuando empiezo a picotear, y entonces sí que como todo lo que cojo» (paciente) (8) «Se controlan mejor los hombres que las mujeres. Los hombres generalmente son cuidados por las mujeres, y las mujeres se tienen que cuidar ellas y tienen que cuidar a todo el mundo» (G.M.) (9) «Las mujeres se cuidan menos ellas. Se cuidan menos, entonces, comen de cualquier manera. Come levantada, pica 4 veces, “ella no cuenta” en general, por lo que observamos. Ella se cuida menos en general» (G.M.) (10) «En realidad piensan que su cuidado (cuidarse ellas) es como egoísta... o sea, no tienen como prioridad cuidarse ellas. La prioridad es cuidar al marido, a los hijos, a los padres» (G.M.) (11) «Sí, me animo a dar un paseo por las mañanas. Pero me animo un día o dos y lo dejo» (paciente) (12) «Yo no tengo tiempo de pasear. Voy a trabajar a las siete y media, estoy hasta las tres, me voy a comer a casa y a las cinco y media ya estoy otra vez en el taller, y muchos días me dan las nueve y media o las diez de la noche. Entonces, ¿cuándo voy a andar? No tengo tiempo» (paciente)
3. Fase de seguimiento	<i>Dificultad para realizar el seguimiento de los pacientes:</i> (13) «Tienes que comprobar cada vez que viene, cada vez que no da los resultados que tendría que dar. Entonces es estar sobre la persona, y esto lleva tiempo» (G.M.) (14) «Entonces, lo mejor es aprovechar, cuando vienen a por recetas, para mirarles las cosas. Porque si los citas para ver cómo van con la glucosa, si hacen la dieta, tal y tal... no vienen. Pero como tienen que venir a por las recetas, que a por las recetas sí que vienen, pues aprovechas, y les haces una revisión» (G.E.) (15) «Los diabéticos son muy demandadores, o sea, vienen mucho, porque tú les citas y suelen venir, salvo que se hayan “pasado” esos días y entonces no vienen porque no les saques que les haya subido» (G.E.)
4. Valoración de la calidad asistencial	(16) «Ahora tengo una doctora que es muy maja, que me cambié que tenía otra que no me gustaba» (paciente) (17) «Considero que la doctora te da todo el tiempo que haga falta, eso sí es verdad. Por eso no me sabe mal a mí lo que hay que esperar, porque te miran bien, eso es verdad, es una mujer que le gusta dedicarle tiempo al paciente» (paciente) (18) «Hay veces que como no me gusta esperar hora y media o dos horas, llamo y digo: “dame para la semana que viene, cualquier día, pero que sea a las nueve y media. Y como estoy el primero, tardaré diez minutos o un cuarto de hora, pero como esté el cuarto, igual ya te vas a la hora de espera» (paciente)

Los PS señalan que hay un subgrupo de pacientes malos cumplidores que no acuden a las visitas de seguimiento ni asumen su autocontrol.

Valoración de la calidad asistencial (tabla 2, verbatim 16-18). Los pacientes no valoran la calidad de la asistencia en función de criterios técnicos, sino que se basan en la relación con los profesionales. Cuando el paciente considera que no está siendo bien atendido, cambia de médico. Otro parámetro para valorar la calidad de la asistencia por parte de los pacientes es que el paciente tenga la percepción de que se toman el tiempo necesario para explorarle, escucharle y también la demora asistencial.

Factores relacionados con el sistema sanitario

Coordinación con especializada (tabla 3, verbatim 1-3). Los PS destacaron la dificultad que supone la falta de coordinación de atención primaria con atención especializada.

Falta de tiempo (tabla 3, verbatim 4). Uno de los factores más señalados por los PS es el escaso tiempo de consulta por paciente, que dificulta un seguimiento adecuado.

Protocolos (tabla 3, verbatim 5-6). El colectivo de médicos refirió que son los protocolos para diabéticos lo que les permiten llevar un control con revisiones periódicas. Estas actuaciones no suponen problemas y encajan bien en las rutinas de los centros de salud.

Grupos de pacientes (tabla 3, verbatim 7-11). Los grupos de pacientes como instrumento de apoyo a los cambios en los estilos de vida no se encuentran en funcionamiento en todos los centros. La decisión sobre poner en marcha o no grupos de pacientes depende de la carga de trabajo de los profesionales, de las prioridades marcadas y, sobre todo, de la voluntariedad de los profesionales. La recomendación de acudir a asociaciones de pacientes diabéticos como instrumento de apoyo es desigual en los distintos centros, pero aquellos profesionales que derivan a estas asociaciones perciben que tienen un efecto beneficioso en el comportamiento de los pacientes respecto a la enfermedad.

Organización asistencial (tabla 3, verbatim 12). Como factores que dificultan la calidad de la asistencia se encuentran los problemas con las aplicaciones informáticas, y la utilización de indicadores de calidad asistencial para evaluar individualmente a los profesionales, especialmente en el caso de los profesionales de enfermería. También se señala por parte de los profesionales de enfermería la falta de especialización.

Motivación (tabla 3, verbatim 13-15). La motivación para mejorar es el principal factor referido por los profesionales para una asistencia de calidad, y entre los factores que producen motivación identifican la formación, la capacidad de control sobre las actuaciones, el trabajo en equipo y la existencia de apoyo por parte de la dirección.

Discusión

A pesar de la evidencia sobre la existencia de un porcentaje importante de diabetes «desconocida» en la población española^{16,17}, en nuestro estudio no se identificaron problemas con el diagnóstico en fases precoces, antes de que origine deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, sí se identifican problemas para el control de la enfermedad, sobre todo la dificultad por parte del paciente para asumir la diabetes como una enfermedad crónica, en la cual el objetivo del tratamiento es mantener el nivel de salud dada la imposibilidad de curación. Otros estudios reflejan cómo los pacientes sienten culpa, frustración o decepción cuando no alcanzan las metas, puesto que no acaban de entender las consecuencias de la diabetes, lo que dificulta alcanzar los objetivos del tratamiento mediante una relación efectiva¹⁸.

Entre las variables asociadas a los pacientes, sobre las que se exploró su influencia en el control de la enfermedad, destacamos la relación entre las diferencias de sexo y dieta: en general, parece que se controlan mejor los hombres que las mujeres. Este resultado, contrario a nuestras hipótesis previas, parece relacionarse con el papel de las mujeres como cuidadoras: el componente de género de anteponer las necesidades de los demás a las propias perjudica la salud de la mujer. Otros estudios relacionan el género con la calidad de vida evidenciando que el impacto de la diabetes tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes que la presentan afectaría en mayor medida a pacientes del sexo femenino¹⁹.

En cuanto al nivel económico²⁰, es identificado en algunos casos como un obstáculo para seguir la dieta, como se deduce de la importancia dada a este factor por los pacientes residentes en barrios más deprimidos. El hecho de tener un menor nivel educativo también dificulta la capacidad de innovar, de desarrollar habilidades personales para cambiar pautas.

La situación familiar y laboral de los pacientes también influye: los pacientes en edad laboral, con obligaciones familiares y laborales, encuentran mayores dificultades para seguir las recomendaciones, tanto sobre dieta como sobre ejercicio físico.

Los pacientes no valoran la calidad asistencial con criterios técnicos, lo que valoran son otros aspectos de la relación médico-paciente²¹, como que el paciente perciba que les dedican el tiempo necesario, y la demora en la asistencia. En otros estudios se destacan como elementos que definen la calidad del servicio la información clara y adaptada, la accesibilidad, la prevención y la continuidad en la calidad del servicio²², la existencia de un contexto de confianza, el apoyo para el cambio y considerar sus perspectivas y circunstancias existenciales^{23,24}.

Respecto a los grupos de pacientes, hay diferentes opiniones entre los profesionales sobre la utilidad de los grupos como medio para conseguir una modificación en los hábitos o estilo de vida de los pacientes. Así, hay profesionales que opinan que es más efectivo el grupo y otros que opinan que es más efectivo que el médico insista en el cambio de hábitos en la consulta individual. Las intervenciones centradas en la formación y competencia cultural también ayudan a mejorar la relación médico-paciente²⁵. Esta diferencia de opiniones se basa en la dificultad de evaluar los resultados en la modificación de hábitos de los pacientes. Es llamativa esta falta de interés sobre los grupos de pacientes, que se han mostrado como herramientas efectivas²⁶.

En general, la percepción que tienen los PS sobre la calidad de la asistencia a los pacientes diabéticos es buena, aunque muy centrada en las pautas de actuación marcadas

Tabla 3 Factores relacionados con el sistema sanitario

1. Coordinación con atención especializada	(1) «Yo echo de menos, entre nosotros, lo que es la comunicación primaria-especializada, muchísimo» (G.M.) (2) «Cuando los diabéticos están muy cronificados y además van al endocrino. Entonces, con personas concretas de endocrino sí, pero es casi algo personal, pues en general, no tenemos una historia única» (G.M.) (3) «Ese es un problema, trabajar más con especializada, que no se hace. Nosotros trabajamos, les mandamos informes, pero jamás nos contestan» (G.M.)
2. Falta de tiempo	(4) «Si tuviera dos horas para dedicarle a cada uno de ellos, pues igual se podría influir más en su estilo de vida. Y aquí sí que invertiría mucho el sistema, porque son pacientes en los cuales merece la pena invertir tiempo, e intentar ver por qué narices no se quiere controlar bien esta mujer. Porque eso sí que se lo explicamos claramente a todos» (G.M.)
3. Protocolos	(5) «La verdad es que eso ya está muy estructurado en guías y en cosas. Nosotros nos solemos guiar por las guías de práctica clínica, pero lo primero es tener un diagnóstico confirmado y bien hecho y empezar el seguimiento» (G.M.) (6) «Por lo general, tienen una revisión programada, y se les cita. Suele ser, pues depende, cada tres meses, cada dos, dependiendo» (G.E.)
4. Grupos de pacientes	(7) «Está demostrado que los grupos de diabéticos son efectivos, pero yo hay cosas que veo difíciles de evaluar. Yo con el paciente diabético, en su tratamiento individual intento establecer un vínculo personal y creo que es más rentable, porque lo tengo delante y me tiene que escuchar» (G.M.) (8) «Requiere de las personas que lo dan una flexibilidad y una entrega muy grande, y eso supone tiempo, y volvemos a lo mismo» (G.M.) (9) «No te cabe en el horario de consultas. Entonces claro, hacerlo de forma altruista, tiene sus días contados, y es lo que pasa. Y de forma institucionalizada, si se hace en el tiempo de mañana, que es durante el trabajo, interfiere» (G.M.) (10) «Los pacientes que van a la asociación de diabéticos tienen un nivel más alto de conocimientos y de conciencia de la enfermedad, y entonces luego es más fácil para ti todo el tratamiento, mucho más fácil, sí. Sí que se nota, sí. No tengo dudas» (G.M.) (11) «Se les aconseja a todos ir a la asociación de diabéticos, porque ahí dan charlas, y lo que son las lancetas las dan más baratas. Entonces yo a todos los mando a la asociación, porque además nos mandan información. Yo a los que veo que tienen interés, los mando» (G.E.)
5. Organización asistencial	(12) «Cualquiera que quiera hacer un trabajo de mejora en un centro, o en su propia consulta, antes tú entrabas en el sistema informático y buscabas lo que fuese y te salían tantos pacientes. Podías hacerlos por los cupos. Ahora eso ya no lo puedes hacer tú, tienes que pedirlo. Y entre que lo pedimos, no contestan, pues ya hemos desistido, ya no se va a hacer» (G.E.)
6. Motivación	(13) «Porque yo no me muevo, si no es por algo, y cada vez me muevo menos, si no es por algo, porque claro, llega un momento en que ya estás de vuelta de todo» (G.M.) (14) «Un medio de que se sigan los protocolos es motivar, y una manera de motivar es volver a formar cada cierto tiempo» (G.M.) (15) «Si buscas un cambio, lo primero será convencer de que esto merece la pena, y que vamos a conseguir un resultado de verdad» (G.M.)

por los protocolos y guías de atención. En los últimos años han aparecido importantes estudios en España que han evaluado la calidad de la asistencia a diabéticos a partir de indicadores basados en los mismos²⁷⁻³³.

Los PS destacan la presión asistencial, que se traduce en un escaso tiempo de consulta por paciente, y en la imposibilidad de preparar las actividades preventivas durante el horario de trabajo, como el principal factor que dificulta la asistencia de calidad.

En cuanto al papel de los sistemas de información, los PS señalan que dificultan paradójicamente la disponibilidad de información para orientar tanto los programas de mejora como la propia asistencia individual. Otros trabajos publicados indican que los sistemas de registro son de vital importancia en la mejora de la calidad asistencial³⁴.

También se señala que los sistemas de evaluación por indicadores se centran en determinadas actuaciones, pero no proporcionan instrumentos para el cambio, lo que no es suficiente para la mejora de la calidad asistencial. Aparece cierta ambivalencia en la valoración de los indicadores, que parece que se centran en evaluaciones individuales como si la mejora de la atención al paciente dependiera solo de la actuación individual de cada médico o médica con su cupo de pacientes. Este tipo de evaluación parece ignorar que hay mejoras en la calidad asistencial que pasan ineludiblemente por una reorganización del trabajo en el centro.

Los profesionales dan mucha importancia a la motivación, que ligan al propio convencimiento intrínseco sobre la utilidad de las actuaciones, al trabajo en equipo y capacidad de autonomía y a la formación. Los programas de apoyo por

parte de la dirección, al igual que la existencia de «redes» de experiencias, facilitan el éxito de estos programas de mejora.

A la hora de interpretar correctamente los resultados es necesario tomar en consideración las características propias de las técnicas de investigación cualitativas. La riqueza de sus datos y la profundidad de los análisis que permiten, contrastan con la limitada representatividad poblacional y los condicionantes del contexto en el que se realizan. Por otro lado, aunque las entrevistas se realizaron en un entorno no neutral ni para PS ni para pacientes, ni en el desarrollo de las entrevistas ni en los verbatim se identificaron posiciones significativas que pudieran condicionar los discursos.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de este estudio proporcionan un entendimiento en profundidad de la experiencia vivida de pacientes diabéticos y PS encargados de prestar cuidados de atención primaria a personas diabéticas. En conclusión, en el diseño de intervenciones para la modificación de estilos de vida de los pacientes diabéticos se deben tener en cuenta los factores identificados en el estudio y sobre todo las dificultades para el cambio ligadas a las diferencias de sexo y a la situación laboral de los pacientes. Respecto a los PS las estrategias de mejora de la calidad deben contemplar el grado de implicación y motivación de los mismos. Un diseño adecuado de los sistemas de información y el apoyo a los programas de mejora surgidos del interés de los profesionales son herramientas que pueden aumentar la motivación de los profesionales, principal factor para el impulso de la calidad asistencial.

Financiación

El estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI 07/1239).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los profesionales médicos y de enfermería y a los pacientes que han participado en el estudio.

Bibliografía

- Clarke PM, Glasziou P, Patel A, Chalmers J, Woodward M, Harrap SB, et al. Event rates, hospital utilization, and costs associated with major complications of diabetes: A multicountry comparative analysis. *PLoS Med*. 2010;7:1–10.
- Selby JV, Ray GT, Zhang D, Colby CJ. Excess cost of medical care for patients with diabetes in a managed care population. *Diabetes Care*. 1997;20:1396–402.
- Rubin R, Altman WM, Mendelson DN. Health care expenditures for people with diabetes mellitus, 1992. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994;78:809A–F.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047–53.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta nacional de Salud de España 2006 [consultada 20 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. *QRB*. 1989;180–4.
- Biderman A, Noff E, Harris SB, Friedman N, Levy A. Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors? *Fam Pract*. 2009;26:102–8.
- Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Eschwège E, Gönder-Frederick L, Simon D. PANORAMA: a European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type-2 diabetes mellitus-study design. *Prim Care Diabetes*. 2011;5:231–9.
- Gill JM, Mainous AG, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of provider continuity on quality of care for persons with diabetes mellitus. *Ann Fam Med*. 2003;1:162–70.
- Bäz L, Müller N, Beluchin E, Kloos C, Lehmann T, Wolf G, et al. Differences in the quality of diabetes care caused by social inequalities disappear after treatment and education in a tertiary care centre. *Diabet Med*. 2011;14:1464–5491.
- McDowell JR, McPhail K, Halyburton G, Brown M, Lindsay G. Perceptions of a service redesign by adults living with type 2 diabetes. *J Adv Nurs*. 2009;65:1432–41.
- Pope C, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative research. *BMJ*. 2009;339:737–9.
- Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to Reading and appraising qualitative research. *BMJ*. 2008;337:404–7.
- Black N. Why we need qualitative research. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:425–6.
- Pope C, Mays N. Researching the parts other methods cannot research: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *BMJ*. 1995;311:342–5.
- Costa B, Martín F, Donado A, Parera F, Piñol JL, Basora J, et al. Diabetes ignorada y otras alteraciones del metabolismo glucídico en la población española de alto riesgo. El estudio ITG. *Med Clin*. 2000;114:601–8.
- Birules M, Fernández I. Criterios de cribado y diagnóstico de diabetes mellitus. *Aten Primaria*. 2003;31:334–6.
- Beverly EA, Ritholz MD, Brooks KM, Hultgren BA, Lee Y, Abrahamson MJ, et al. A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1180–7.
- Mata M, Roset M, Badia X, Antoñanzas F, Ragel J. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2003;31:493–9.
- Regidor E, Gutiérrez JL, Banegas JR, Vicente D, Rodríguez-Artalejo F. Life socioeconomic circumstances, physical inactivity and obesity influences on metabolic syndrome. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81:25–31.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999;3:25–30.
- Benford M, Milligan G, Pike J, Anderson P, Piercy J, Fermer S. Fixed-dose combination antidiabetic therapy: Real-world factors associated with prescribing choices and relationship with patient satisfaction and compliance. *Adv Ther*. 2012;29:26–40.
- Bolaños E, Sarria A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003;32:195–202.
- Tabrizi JS, O'Rourke PK, Wilson AJ, Coyne ET. Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. *Diabet Med*. 2008;25:612–7.
- Bhattacharyya OK, Estey EA, Rasooly IR, Harris S, Zwarenstein M, Barnsley J. Providers' perceptions of barriers to the management of type 2 diabetes in remote Aboriginal settings. *Int J Circumpolar Health*. 2011;70:552–63.

26. Armalé MJ. Educación a diabéticos tipo 2: ¿por qué no en grupos? *Aten Primaria*. 1999;23:485-92.
27. Soriguer F, Ruiz de Adana MS. Quality of healthcare in type 2 diabetes mellitus in Spain. *Med Clin*. 2012;138:522-4.
28. Benito P, García R, Puig M, Mesa J, Pallardo LF, Faure E, et al. Perfil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la atención primaria española. *Rev Clin Esp*. 2004;204:18-24.
29. Galiana J. Efectividad en el control de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 de la provincia de Ciudad Real. *Rev Clin Esp*. 2005;205:218-22.
30. de la Calle H, Costa A, Díez J, Franch J, Goday A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2: Estudio TranSTAR. *Med Clin*. 2003;120:446-50.
31. Orozco D, Gil V, Quirce F, Navarro J, Pineda M, Gómez A, et al. Control of diabetes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care. The gap between guidelines and reality in Spain. *Int J Clin Pract*. 2007;61:909-15.
32. Franch J, Artola S, Díez J, Mata M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin*. 2010;135:600-7.
33. Mata M, Roura P, Berengué M, Birulés M, Mundet X, Franch J, et al. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 2012;66:289-98.
34. Artola S, Rovira A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin*. 2010;135:27-32.