

Guía para evaluar el programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud

Guide to Evaluating Diabetes Education Program in Primary Health Care

MSc. María de la Caridad Casanova Moreno^I, DrSc. Héctor Demetrio Bayarre Vea^{II}, DraSc. Daisy Antonia Navarro Despaigne^{III}, DraSc. Giselda Sanabria Ramos^I, MSc. Maricela Trasancos Delgado^{IV}

^I Departamento Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Pinar del Río, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III} Instituto de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{IV} Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la evaluación permanente de las acciones y resultados de los sistemas de salud es una de las principales expresiones de la rectoría del Estado y una de las mejores formas para alcanzar sus objetivos estratégicos.

Objetivo: brindar una herramienta para la evaluación del programa de educación en diabetes a nivel de la Atención Primaria de Salud.

Métodos: se realizó una investigación de desarrollo, que permitió la creación de una guía para expresar juicios de valor a partir de la comparación de los resultados alcanzados con estándares establecidos. Se estudiaron la disponibilidad del programa a nivel del consultorio y materiales para la educación en diabetes. Para el proceso, se diseñaron guías de observación y entrevistas con el fin de evaluar las principales actividades realizadas por el equipo de salud. Para operacionalizar criterios, indicadores y estándares se contó con la colaboración de varios expertos.

Resultados: la guía propuesta constó de 32 criterios e indicadores para evaluar las diferentes dimensiones. En estructura se tuvieron en cuenta los médicos, enfermeras, licenciados en Cultura Física, psicólogos, podólogos y nutricionistas disponibles para ejecutar el programa y la capacitación de estos. Para este resultado se valoró la opinión de trabajadores y pacientes por los servicios recibidos y algunos indicadores como mortalidad, complicaciones, control glucémico adecuado, deseable o aceptable, cumplimiento del tratamiento e incorporación a los círculos de diabéticos.

Conclusiones: esta guía contribuirá a evaluar la ejecución del programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud y, por tanto, a identificar las brechas entre lo deseado y lo observado, así como a orientar adecuadamente la distribución de los recursos humanos y materiales.

Palabras clave: evaluación, calidad de la atención médica, programa de educación en diabetes.

ABSTRACT

Introduction: ongoing evaluation of actions and outcomes of health systems is one of the main expressions of a state guidance and one of the best ways to achieve strategic objectives.

Objective: provide a tool for assessing diabetes education program at Primary Health Care.

Methods: a development research was conducted. It allowed the creation of a guide to express value judgments based on comparing the results obtained with established standards. Program availability at the office, and materials for education in diabetes were studied. Program availability at the medical practice office, and materials for education in diabetes were studied. For the process, observation and interview guides were designed to evaluate the main activities of the health team; in order to operationalize criteria, indicators and standards with the collaboration of several experts.

Results: the proposed guide consisted of 32 criteria and indicators to assess different dimensions. In structure, available doctors, nurses, Physical Culture graduates, psychologists, podiatrists, and nutritionists were taken into account to run the program and training them. For this result, workers and patient's opinion on the services was assessed, as well as some indicators such as mortality, complications, appropriate, desirable or acceptable glycemic control, treatment compliance and incorporation into diabetics support groups.

Conclusions: this guide will help assessing the implementation of diabetes education program in primary health care and, therefore, to identify gaps between what is desired and observed, as well as to properly guide the distribution of human and material resources.

Keywords: evaluation, quality of care, diabetes education program.

INTRODUCCIÓN

La evaluación permanente de las acciones y resultados alcanzados por los sistemas de salud es una de las principales expresiones de la rectoría del Estado y una de las mejores formas de garantizar que sus objetivos estratégicos se puedan alcanzar. Estas acciones tienen una tendencia creciente en el mundo y, actualmente, no existe ningún país que pueda organizar seriamente su sistema de salud sin llevarlas a cabo.¹

Es necesario distinguir la evaluación de programas de la investigación evaluativa y de la básica. La investigación evaluativa es la aplicación de métodos de investigación a la

evaluación de programas para llegar a conclusiones sobre la eficacia de un programa. La evaluación de estos es el proceso por el cual se genera información sobre las operaciones y el impacto de la aplicación de ellos o políticas. La investigación básica es un requisito para muchos procesos de investigación evaluativa en el sentido de proporcionar el sustrato sobre el cual se diseñan los programas.²

Históricamente, la evaluación de los programas de salud ha presentado dificultades en aspectos políticos, económicos, metodológicos y sociales para medir el resultado de las acciones realizadas. Esta situación es más notable en los programas de promoción de la salud que se acercan al concepto de salud integral de la OMS "...es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia", en contraposición a aquellos que poseen una visión reduccionista de la salud enfocada en la enfermedad.³

A nivel internacional, hay un reconocimiento creciente de la importancia de la evaluación de determinados programas aplicados como medida para comprobar la eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia y seguridad, así como el costo-beneficio de una nueva o mejorada tecnología o servicio de salud, además del impacto que llevan implícito en la calidad de los servicios, la satisfacción y el bienestar de los usuarios, cada vez mejor informados, que demandan mejores resultados.⁴

En Cuba se desarrolla un grupo de programas de salud relacionados con las estrategias y prioridades del sector que enmarcan diferentes líneas de investigación, por ejemplo: salud del adulto mayor, del adulto joven y salud ocupacional, discapacidades y desarrollo de aptitudes físicas y mentales en los niños, eficiencia y economía de la salud, gerencia de movilización de recursos, servicios de infraestructuras, introducción y evaluación de tecnologías sanitarias, entre otros, con el fin de lograr la excelencia en los servicios del sector de la salud.⁴

En los últimos años, la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública en consideración con el enfoque del pensamiento estratégico, elaboró objetivos y estrategias, además de extender el Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica a otras unidades del Sistema Nacional de Salud en particular a la atención primaria de salud (APS) y a un grupo importante de hospitales, con la incorporación de la investigación y la innovación a su accionar como actores sociales del Sistema. La propia dirección ha planteado que en algunos de estos programas implementados existe un desconocimiento del impacto real de estas introducciones en el sistema nacional de salud, tanto a nivel individual como colectivo de usuarios, prestadores y directivos de la gestión en salud, así como de la metodología para la evaluación de este impacto, tanto en el tiempo como en su clasificación.⁴

La evaluación de un programa supone la colección sistemática de datos y el análisis e interpretación de los mismos, con el propósito de determinar su validez e impacto (el efecto general sobre la población diana). La evaluación servirá también para tomar decisiones sobre el programa a medida que este se va desarrollando "*feed back*". La evaluación servirá para poner de manifiesto la relación coste-beneficio del programa. Asimismo, servirá como sistema de control de calidad frente al usuario; en este caso, el grupo poblacional sobre el que se intenta incidir.⁵

El objetivo principal de una evaluación es ayudar en el proceso de toma de decisiones. Los tomadores de decisiones están cada vez más convencidos de la importancia de las evaluaciones como un instrumento útil que va a permitir cambios o ajustes en las políticas de implementación de los programas.

Una de las maneras de hacer salud pública es la basada en evidencias, a través de la evaluación de programas. Pero, de manera más simple, la evaluación de un programa

sirve para determinar su continuidad, mejorar su desempeño, añadir o suprimir algunas actividades, asignar recursos, generar conocimiento y replicar el programa en otros lugares y contextos.²

Existen varios objetivos en los estudios de evaluación, entre ellos: determinar si las metas son alcanzadas y medir tanto el nivel del logro como la forma en que se ejecutó; comparar la eficiencia y adecuación de varios programas y métodos que tienen iguales objetivos o, en otras palabras, emplear controles para comparar, proporcionar controles de calidad, examinar la efectividad de diferentes estructuras organizativas y sistemas de prestación de servicios, proporcionar conocimiento científico y proponer hipótesis para estudios futuros y desarrollar nuevos abordajes y estrategias para futuros programas.²

En este trabajo, el objetivo es brindar una herramienta para la evaluación del programa de educación en diabetes a nivel de la Atención Primaria de Salud.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, que permitió la creación de una guía para expresar juicios de valor a partir de la comparación de los resultados alcanzados con los estándares establecidos. Para la confección de la guía se revisaron el programa cubano de diabetes mellitus y el programa de educación en diabetes (PED) como un subprograma del mismo. Para la obtención de la información, además de aplicar guías de observación para corroborar alguna de las informaciones obtenidas se realizaron entrevistas no estructuradas a los integrantes del equipo básico de salud (EBS), así como a psicólogos, podólogos, licenciados en Cultura Física, jefes de grupo básico de trabajo (GBT), y a la Vicedirectora Docente del área de salud " Hermanos Cruz " en el policlínico de este mismo nombre. Se ejecutó, además, una entrevista de satisfacción al personal de salud y a los pacientes para medir la percepción de la calidad de la atención médica brindada. Se establecieron cinco discusiones grupales, sobre la base de los criterios de ocho expertos, para la confección de los criterios, indicadores y estándares de las diferentes dimensiones.

A través de la revisión documental se seleccionaron los criterios normativos del programa cubano de diabetes mellitus y el PED. Se consideraron como expertos: 3 médicos especialistas de II grado en Medicina General Integral (MGI), con más de 10 años de experiencia a nivel primario de salud, y de ellos dos diplomados en manejo de la DM; 2 epidemiólogos con 10 y 23 años de experiencia en el trabajo y ejecución de programas a nivel primario de salud, así como el trabajo con enfermedades no transmisibles (ENT) donde se incluye la diabetes mellitus (DM); 1 endocrinólogo con 13 años experiencia en el programa de DM; 1 licenciada en enfermería del equipo de atención al diabético y 1 licenciado en Cultura Física con experiencia en la atención al diabético en el nivel primario de atención.

Posteriormente, para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos, se elaboraron los criterios, indicadores y estándares a cada una de las dimensiones, basados en la clasificación para el control de la calidad, en 3 grupos que desde el año 1966 propuso *Donabedian*:⁶

- Métodos de análisis de Estructura
- Métodos de análisis del Proceso
- Métodos de análisis de los Resultados

RESULTADOS

Una vez confeccionada la guía se procedió a su validación de forma y contenido con los expertos antes mencionados. La validación del contenido se realizó a través del empleo de los criterios básicos de Moriyama⁷ a cada variable o ítem, medidos a través de una escala cualitativa ordinal con tres categorías: mucho, poco, nada. Estos criterios básicos son (ver tablas 1 y 2):

- *Razonable*: si lo expresado en el ítem se corresponde con el concepto que se desea explorar de acuerdo con la razón y la lógica de manera suficiente en calidad o en cantidad.
- *Comprensible*: se refiere a que se entienda el contenido del mensaje del ítem con relación a la categoría que se pretende medir.
- *Sensible a variaciones en el fenómeno que mide*: si el ítem es capaz de distinguir variaciones de la calidad del proceso en el PED.
- *Con componentes claramente definidos*: si el ítem se expresa con la claridad requerida.
- *Derivable de datos factibles de obtener*: si la información solicitada en el ítem es posible de obtener.

Tabla 1. Contribución absoluta y relativa de la categoría *mucho** en cada ítem del instrumento para la evaluación del cuestionario dirigida a usuarios externos del PED sobre el mismo y su satisfacción, además del cumplimiento terapéutico, por cada criterio de Moriyama

Ítem	Criterio de Moriyama									
	Razonable		Comprensible		Sensible a variaciones		Derivable de datos factibles		Componentes claramente definidos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
2	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
3	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	7	87,5
4	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
5	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
6	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
7	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
8	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
9	7	87,5	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
10	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
11	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
12	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
13	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
14	8	100,0	8	100,0	7	87,5	8	100,0	8	100,0

* Los criterios de Moriyama fueron evaluados por los expertos en tres categorías: mucho, poco y nada

Tabla 2. Contribución absoluta y relativa de la categoría *mucho** en cada ítem del instrumento para la evaluación del cuestionario dirigida a usuarios internos sobre el PED y su satisfacción con el mismo, por cada criterio de Moriyama

Ítem	Criterio de Moriyama									
	Razonable		Comprensible		Sensible a variaciones		Derivado de datos factibles		Componentes claramente definidos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
2	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
3	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
4	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
5	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
6	8	100,0	8	100,0	7	87,5	8	100,0	8	100,0
7	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
8	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
9	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
10	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0	8	100,0
11	8	100,0	8	100,0	7	87,5	8	100,0	8	100,0

* Los criterios de Moriyama fueron evaluados por los expertos en tres categorías: mucho, poco y nada.

DISCUSIÓN

Se consideró aceptable si el ítem era consignado en la categoría *mucho* por al menos 70 % de los expertos.

Para la confección del instrumento de evaluación del componente *estructura*, se confeccionaron diez criterios, seis de ellos correspondientes a recursos humanos, dos a recursos materiales y dos a capacitación (tabla 3).

Para la evaluación general de este componente por criterio de expertos se seleccionaron los siguientes indicadores esenciales:

- Bien: 80 % o más de los indicadores evaluados de Bien.
- Regular: entre el 60 - 79 % de los indicadores evaluados de Bien.
- Mal: menos del 60 % de los indicadores evaluados de Bien.

Para medir la evaluación del componente *proceso*, se confeccionaron once criterios, indicadores y estándares de la dimensión (tabla 4).

Se recomendó a cada experto la confección de varias guías de observación para verificar la información obtenida.

Tabla 3. Dimensión estructura

Criterio	Indicador	Estándar
CMF con médicos disponibles para el PED	Índice de CMF con médicos disponibles para el PED	100 %
CMF con enfermeras disponibles para el PED	Índice de CMF con enfermeras disponibles para el PED	100 %
CMF con licenciados en Cultura Física disponibles para el PED	Índice de CMF con licenciados en Cultura Física disponibles para el PED	50 %
Psicólogos de Grupo Básico de trabajo disponibles para el PED	Índice de GBT con psicólogos disponibles para el PED	100 %
Podólogos de Grupo Básico de Trabajo disponibles para el PED	Índice de GBT con podólogos disponibles para el PED	100 %
Nutricionistas de Grupo Básico de Trabajo disponibles para el PED	Índice de GBT con nutricionistas disponibles para el PED	100 %
CMF con disponibilidad de materiales para la educación en diabetes	Porcentaje de CMF con disponibilidad de materiales para la educación en diabetes	100 %
CMF con disponibilidad del PED	Porcentaje de CMF con disponibilidad del PED	100 %
Médicos de CMF capacitados en el PED	Índice de MF capacitados en el PED	100 %
Enfermeras de CMF capacitados en el PED	Índice de EF capacitados en el PED	100 %

Evaluación general de la dimensión *proceso*:

- Bien: 80 % y más de los indicadores evaluados de Bien.
- Regular: entre el 60 - 79 % de los indicadores evaluados de Bien.
- Mal: menos del 60 % de los indicadores evaluados de Bien.

Para la evaluación del componente *resultado* se confeccionaron once criterios, tres de ellos fundamentales, seleccionados por expertos (tabla 5). La obtención de esta información se planteó a través de las siguientes actividades:

Para medir los indicadores de resultado se realizó una revisión documental, en los consultorios del médico y la enfermera de la familia CMEF, de las historias de salud familiar, los registros de mortalidad y el análisis de la situación de salud (ASIS) del año 2012, verificado todo ello con los registros estadísticos establecidos en el policlínico Hermanos Cruz.

El indicador referente al control glucémico se midió a través de la glucemia en ayunas y los criterios se establecieron según lo referido en el Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud.⁸

Tabla 4. Dimensión *proceso*

Criterio	Indicador	Estándar
Ejecución del PED a nivel de CMF	Porcentaje de CMF con PED ejecutado	100 %
Diagnóstico situacional de diabetes a nivel de CMF	Porcentaje de CMF con diagnóstico situacional de la diabetes en el ASIS	90 %
Actividades sistemáticas y continuas para educación interpersonal en CMF	Porcentaje de CMF con actividades sistemáticas y continuas para educación interpersonal	100 %
Remisión de pacientes del CMF a consulta de nutrición del policlínico	Porcentaje de diabéticos remitidos a consulta de nutrición	100 %
Remisión de pacientes del CMF a consulta integral de atención al diabético del policlínico	Porcentaje de diabéticos remitidos a consulta integral de atención al diabético	100 %
Remisión de pacientes del CMF al Centro de Atención al Diabético(CAD)	Porcentaje de diabéticos remitidos al CAD	100 %
Contrarreferencia de consulta de nutrición al CMF	Porcentaje de diabéticos atendidos en consulta de nutrición, con referencia para el CMF	100 %
Contrarreferencia de consulta de atención integral de atención al diabético al CMF	Porcentaje de diabéticos atendidos en consulta integral de atención al diabético con referencia para el CMF	100 %
Contrarreferencia del CAD al diabético al CMF	Porcentaje de diabéticos atendidos en el CAD con referencia para el CMF	100 %
Realización de evaluaciones periódicas del PED en CMF	Porcentaje de evaluación periódica en CMF	100 %
Realización de evaluaciones periódicas del PED en GBT	Porcentaje de evaluación periódica en GBT	100 %

En esta dimensión la evaluación se consideró de la siguiente forma:

- Bien: 80 % y más de los indicadores evaluados de Bien.
 - Regular: entre el 60 -79 % de los indicadores evaluados de Bien.
 - Mal: menos del 60 % de los indicadores evaluados de Bien.

Tabla 5. Dimensión resultado

Criterio	Indicador	Estándar
Disminución de la mortalidad por diabetes en CMF	Porcentaje de CMF con mortalidad reducida en un 10 % respecto al año 2000	80 %
Disminución de complicaciones por diabetes en CMF	Porcentaje de CMF con disminución de complicaciones en un 20 % respecto al año 2000	80 %
Diabéticos con control glucémico adecuado, deseable o aceptable	Porcentaje de diabéticos con control glucémico adecuado, deseable o aceptable	100 %
Pacientes con cumplimiento del tratamiento	Porcentaje de pacientes que cumplen el tratamiento	90 %
Pacientes incorporados a los círculos de diabéticos	Porcentaje de pacientes incorporados a los círculos de diabéticos	100 %
Diabéticos con curso de información básica	Porcentaje de diabéticos con curso de información básica	100 %
Familiares allegados de diabéticos con curso de información básica	Porcentaje de familiares allegados de diabéticos con curso de información básica	50 %
Informes o publicaciones de los logros del programa en CMF	Porcentaje de informes o publicaciones de los logros del PED en CMF	100 %
Informes o publicaciones de los logros del programa en GBT	Porcentaje de informes o publicaciones de los logros del PED en GBT	100 %
Satisfacción de usuarios internos del PED	Porcentaje de usuarios internos del PED con satisfacción del mismo	80 %
Satisfacción de usuarios externos del PED	Porcentaje de usuarios externos del PED con satisfacción del mismo	80 %

Finalmente, se elaboró una guía final para evaluar el programa de educación en diabetes en el nivel primario de salud, donde se consideró por el criterio de expertos:

- Bien: si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de Bien y ninguna evaluada de Mal.
- Regular: si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de Regular y ninguna evaluada de Mal. Si dos de sus dimensiones fueron evaluadas de Bien y una de Mal.
- Mal: si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de Mal.

Para concluir, con la presente investigación se ofrece una guía que permite evaluar la ejecución del programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud, creado desde el año 1975. Esto contribuirá a identificar las brechas entre lo deseado y lo observado, así como a orientar adecuadamente la distribución de los recursos humanos y materiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Evaluación de los programas y servicios de salud en México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011 [citado 2013 Nov 04];53(suppl 4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011001000002&lng=es
2. Tenorio Gnecco A, Victoria Plaza R. Evaluación de programas de salud. *Facultad de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2008 [citado 2013 Nov 04];10(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF%5C2008%5C100206200806.pdf>
3. Zanini A. Evaluación de programas de promoción de salud. Propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorías de programas de promoción de salud. *Revista de la Maestría en Salud Pública* [Internet]. Dic 2009 [citado 2013 Nov 04];7(14):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/014zanini14.pdf>
4. Mirabal Nápoles M, Rodríguez Sánchez J, Guerrero Ramírez M, Álvarez Muñoz M. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2012 [citado 2013 Nov 04];12(2):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/114/120>
5. Guía general para la evaluación de programas. Plan de Salud de la Ciudad de Huelva – 395 [Internet]. 1996 [citado 2013 Sep 7];[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.huelva.es/opencms/export/sites/default/ayunhuelva/galerias/atencion_ciudadano/salud/documentos/Guia_general_para_la_Evaluacion_de_programas.pdf
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206.
7. Moriyama IM. Indicators of social change problems in the measurements of health status. New york: Editorial Rusell; 1968.
8. Díaz Díaz O, González Nedardo O. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud. Cuba: OPS/OMS; 2011.

Recibido: Agosto, 2014.

Aprobado: Noviembre, 2014.

Dra.MSc. Maria de la Caridad Casanova Moreno : Especialista de II grado en MGI y Endocrinología. Máster en Longevidad Satisfactoria y Promoción de Salud. Profesora auxiliar e Investigadora Agregada. Departamento Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Pinar del Río. Cuba. E-mail: mcasanovamoreno@infomed.sld.cu