

**Caracterización del proceso de atención de los
pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de
Salud Nueva Roma I de la ciudad de Casilda (Santa
Fe), y su relación con microáreas del barrio.**

**Carrera de Posgrado de Medicina General y Familiar
Alumna: Sartorio, María Belén
Cohorte 2013
Tutor: De Candia, Lucas
Junio 2017**

Índice

INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
CONTEXTO	6
MARCO TEÓRICO	9
PREGUNTAS PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	35
REFLEXIONES FINALES	39
BIBLIOGRAFÍA	40

Introducción

La Diabetes mellitus tipo II es una de las enfermedades crónicas más frecuentemente encontradas dentro del Centro de Salud Nueva Roma I, lugar en donde realice parte de mi formación práctica como médica residente durante los tres años de la carrera de Medicina General y Familiar. Durante ese período que inicia en el mes de junio del año 2013 y hasta la fecha de análisis en mayo del 2016, no fue posible hallar datos concretos que objetiven y caractericen esta problemática. Desde la perspectiva de la Atención primaria de la Salud y desde la mirada más amplia del médico general y de familia, se observa necesario problematizar el proceso de atención de los pacientes Diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, colocando a este grupo en el centro de la escena, incluyendo sus condiciones de vida, definiendo microáreas dentro del área de referencia del barrio en un intento de construir un diagnóstico del problema de estos sujetos en un su territorio, esperando que el proceso de problematización termine ofreciendo una respuesta sinérgica que integre todos los recursos, aún los de la comunidad y que transforme no sólo las prácticas institucionales sino también las individuales en función de una sociedad mejor donde el Derecho a la Salud no sea sólo un enunciado¹. Asimismo se intenta construir información actualizada y completa para el desarrollo de estrategias de trabajo que favorezcan el acceso, la integralidad y la continuidad de los procesos de atención, enfatizando que las medidas de prevención secundarias posibles de llevar a cabo en el Centro de Salud, son de real y documentada importancia a la hora de evitar la progresión de la diabetes tipo II como así también sus complicaciones crónicas.

¹ Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. “Glosario”. (s/fecha).

Justificación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica progresiva asociada a una alta morbilidad y mortalidad, así como a un elevado costo económico tanto para quien la padece como para los Sistemas de Salud². Según los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, la diabetes es considerada como un problema de Salud Pública creciente que afecta a 347.000.000 personas en el mundo y se calcula que su prevalencia aumentara un 50% los próximos 35 años. En Argentina, se estimaron 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegara a 2.457.000 en el año 2030. Estudios nacionales ubican a la Diabetes como la quinta causa de muerte en mujeres de 45 a 64 años y como cuarta y sexta causa, respectivamente, en hombres y mujeres de 65 años y más. Asimismo se ha atribuido a la Diabetes Mellitus aproximadamente el 5% de las defunciones anuales en Argentina³.

La ciudad de Casilda, y dentro de esta el Centro de Salud Nueva Roma I, no está exenta de esta problemática. A través de los datos obtenidos, durante el período comprendido entre el mes de Junio del año 2013 al mes de Mayo del 2016 (período y lugar en donde fueron realizadas mis prácticas de residencia), por fichero de medicación crónica de farmacia⁴, la Diabetes es la segunda patología crónica más frecuente dentro del Centro de Salud, precedida únicamente por la Hipertensión Arterial. Además, evidenciado a través del Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (S.I.C.A.P)⁵, durante el período comprendido entre el mes de Junio del año 2015 al mes de Mayo del año 2016, en el Centro de Salud se recibieron 109 consultas por diabetes, ubicándose aquí en tercer lugar, luego de la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, superando a las patologías respiratorias crónicas como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el año 1993 se crea en la ciudad de Casilda la Asociación de Diabéticos Caseros (ADIC), institución sin fines de lucro que tiene como objetivo principal la prevención de la diabetes a través de la educación, detección, control y seguimiento de los pacientes diabéticos. Sin embargo, hasta el momento, no se encuentran disponibles datos epidemiológicos para dimensionar el impacto de la diabetes en Casilda ni

²Organización Mundial de la Salud (WHO). "Health topics. Diabetes". 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/

³Organización Mundial de la Salud, OMS. "Diabetes: perfiles de los países en 2016, Argentina". 2016. Disponibles en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/arg_es.pdf

⁴ Fichero de medicación crónica de farmacia: sistema en donde se registran todos los pacientes que retiran medicación para tratamiento de enfermedades crónicas.

⁵ S.I.C.A.P: sistema informático que tiene como objetivo mantener un registro de las consultas médicas y de toda actividad que se desarrolle en los Centros de Atención Primaria, para poder contar con información oportuna, confiable y que sea accesible desde cualquier efector, independientemente de donde se haya registrado.

en el Centro de Salud Nueva Roma I. Los instrumentos utilizados con el objetivo de contemplar el carácter longitudinal de los problemas de salud de los pacientes diabéticos tipo II adscriptos a dicho centro, es decir, aquellos que nos permiten evaluar la continuidad del proceso de atención a través del tiempo, como es el fichero calendario⁶, son solo parcialmente utilizados por el equipo de salud y se encuentran incompletos hasta la fecha. Como lo establece la Dra. Ferrandini, el centro del trabajo en salud es la población misma, pensada desde el propio escenario de su vida cotidiana. Es en este escenario en el que los trabajadores de salud deben intentar integrar su tarea a las necesidades de los verdaderos protagonistas: los miembros de las comunidades⁷. Desde esta concepción del trabajo en salud, surge la necesidad tanto de problematizar el proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I como de relacionar su acceso a los servicios de salud, así como también su relación según pertenencia a microáreas identificadas de acuerdo a una distribución asimétrica e irregular de los problemas de salud dentro del área de influencia del centro.

⁶Fichero calendario: instrumento para llevar registro de los pacientes/familias adscriptas a un equipo de referencia, en donde se contempla básicamente: datos filiatorios, problemas de salud más relevantes y fecha aproximada de la próxima consulta.

⁷Ferrandini D. "Trabajo en atención Primaria de la Salud". Documento de la Dirección de APS, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. (s/fecha)

Contexto

Red de servicios públicos en salud en la ciudad de Casilda

Casilda cuenta con un único Hospital de segundo nivel de atención, el Hospital San Carlos Casilda y cinco Centros de Atención Primaria de Salud periféricos, de dependencia tanto provincial como municipal, que intentan descentralizar la atención acercándose a la población. Se propone que los servicios de estos últimos se adapten al modelo de Atención Primaria de la Salud, sosteniéndolo como la mejor estrategia para organizar el sistema de salud en tanto parta de las necesidades de la población y permita mantener al sistema todo en un diálogo continuo con ella, debiendo ser considerada como la forma más adecuada para garantizar el ejercicio efectivo del Derecho a la Salud, implicando colocar a la población en el centro de la escena, y la red de salud a su servicio⁸. Esta estrategia, según lo establece Débora Ferrandini, orientaría a la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio. Se trata, además, de que los equipos de salud construyan capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas y desarrollar con la gente respuestas peculiares a esas necesidades⁹.

Cuatro son los Centros de Salud de dependencia provincial: “Nueva Roma I”, “Nueva Roma II”, “Alberdi” y “Granaderos a Caballos”, y un Centro municipal: “Barracas-Yapeyu”, funcionando la residencia de Medicina General y Familiar en los Centros “Nueva Roma I”, “Alberdi”, “Granaderos a Caballos” y “Barracas-Yapaeyú”. Reuniones mensuales con los equipos de salud, pertenecientes a los Centros de Atención Primaria y el hospital, son llevadas a cabo con el fin de articular en red los distintos niveles, lográndose esto a través de la gestión de turnos con especialistas, estudios complementarios y prácticas específicas, con las que los Centros de Salud no cuentan. Además se dispone de una ambulancia, perteneciente al hospital provincial, para el traslado de urgencias en forma directa hasta la guardia del hospital y otra para la repartición del recurso material y el traslado de pacientes ambulatorios.

Caracterización del Centro de Salud Nueva Roma I, Casilda.

⁸Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. “Glosario”. (s/fecha).

⁹Ferrandini D. “Trabajo en atención Primaria de la Salud”. Documento de la Dirección de APS, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. (s/fecha)

El Centro de Salud Nueva Roma I estructuralmente, cuenta con una hall de entrada, tres baños de uso público (discapacitados, hombre y mujer) una sala de usos múltiples (SUM), una administración en donde están las historias clínicas familiares, una enfermería que se comunica con el vacunatorio, la farmacia, con medicación otorgada por el programa Remediar¹⁰ del Ministerio de Salud de la Nación, del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado (LIF SE)¹¹ de la Provincia de Santa Fe y muestras médicas de laboratorios privados. Además cuenta con una cocina con baño privado para uso del personal y cinco consultorios. El equipo de salud está constituido por tres administrativas, un personal de limpieza, una enfermera, un auxiliar de farmacia, tres medicas generalistas de planta, tres residentes de medicina general y familiar, una pediatra, una ginecóloga, una otorrinolaringóloga, una dermatóloga, una traumatóloga pediátrica, una nutricionista, una fonoaudióloga, una psicopedagoga, dos psicólogos y un psiquiatra.

Hasta mayo 2016, el Centro de Salud, cuenta con un total de 2.200 historias clínicas familiares y 8.326 pacientes adscriptos. Se utiliza como sistema de registro de pacientes la historia clínica familiar, debiéndose postular así un abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva que considera a la salud-enfermedad como un proceso histórico y social, en el cual la familia representa el ámbito biopsicosocial más próximo en el que se juegan diferentes aspectos de las condiciones de salud de un individuo y una familia, proponiendo de esta manera un desplazamiento del foco o unidad de atención del individuo aislado hacia la familia como unidad de cuidado; entendiendo a la familia, no solo como los lazos de consanguinidad, sino además los convivientes bajo un mismo techo^{12, 19}.

La adscripción de los pacientes a equipos de referencia, no se limita a un área geográfica, y se entiende, según Ferrandini como un contrato entre el Centro de Salud y los ciudadanos que se suscribe a través de todos los trabajadores de la salud, de modo que el equipo de referencia, debería asumir en relación con

¹⁰Programa Remediar: inició sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública. Además, contribuye al fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud sumando el financiamiento de Proyectos Provinciales cuyo objetivo es impulsar y fortalecer Redes de Salud de las Provincias.

Cobertura Universal de Salud. Medicamentos. Programa Remediar. 2016. Disponible en: http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=43

¹¹LIF SE: primer laboratorio público en ser proveedor de la Nación, abasteciendo al Programa REMEDIAR y Farmacias Hospitalarias, dando así respuesta a la demanda por parte del Ministerio de Salud Provincial y Nacional.

Laboratorio Industrial Farmacéutico SE. Reseña histórica. 2016. Disponible en: <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/2/resena-historica.html>

¹²Taretto M., Morín V. “La historia clínica integral del Médico de Familia, La historia clínica integral del Médico de Familia”. *Biomedicina*, 2014, 9 (3) / 36-41 / ISSN 1510-9747

su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actuar como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos, comprometiendo así a los trabajadores del primer nivel con una población definida, y con el resultado de sus prácticas en la salud de esa población¹³.

El Centro de Salud cuenta con diferentes instrumentos de registro de datos, que podrían ser utilizados con el objetivo de contemplar el carácter longitudinal de los problemas de salud de los pacientes adscriptos, como son: Historias clínicas familiares, confeccionadas por administrativos y personal médico y no médico (psicólogos, odontólogos, psicopedagoga, fonoaudióloga); el fichero calendario, confeccionado parcialmente por residentes de medicina general (incompleto hasta la fecha del presente trabajo) planilla de Excel, confeccionada por administrativos y el Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (S.I.C.A.P.).

¹³Ferrandini D. “Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”. Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2004.

Marco teórico

Definición y epidemiología de la Diabetes mellitus.

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Existen dos tipos; la diabetes tipo I (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina y la diabetes tipo II (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física¹⁴.

El curso de la diabetes es progresivo, y se acompaña de lesiones microvasculares (retina, riñón, sistema nervioso periférico) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados¹⁵. Entre el 50 al 80% de las muertes por Diabetes en el mundo son por causas cardiovasculares y el número de muerte podría multiplicarse hacia el año 2050. El aumento de factores predisponentes como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el sobrepeso y la obesidad junto con el envejecimiento poblacional y el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, harán inevitables estas predicciones si no se adoptan intervenciones probadamente efectivas¹⁶.

Abordaje terapéutico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

El abordaje de los pacientes Diabéticos tipo II, según “La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II (DMT2)” y “Guías ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2” se basa en:

- Cambios para reducir la progresión de la enfermedad¹⁷:

¹⁴Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2”, para el primer nivel de atención. Presidencia de la Nación Argentina. 2012.

¹⁵Organización Mundial de la Salud, OMS. “Diabetes: perfiles de los países en 2016, Argentina”. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/arg_es.pdf

¹⁶Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2”, para el primer nivel de atención. Presidencia de la Nación Argentina. 2012.

- El plan de alimentación (ricos en carbohidratos complejos, fibras y micronutrientes) es efectivo para la reducción del peso y mejora los factores de riesgo cardiovasculares asociados a la DMT2 y síndrome metabólico.
- La actividad física moderada durante 30 minutos diarios (ejemplo: caminar enérgicamente; bajar las escaleras; bailar; andar en bicicleta; nadar; jardinería; tareas domésticas, por ejemplo lavar los pisos o ventanas), reduce el riesgo de DMT2 tanto en hombres como en mujeres.
- El control glicémico:
 - Hemoglobina glicosilada (HbA1c) < 7%.
 - La HbA1c se debe determinar cada tres o cuatro meses, especialmente si no está bien controlada. En pacientes con una diabetes estable debe medirse al menos dos veces al año¹⁷.
- El tratamiento farmacológico:
 - Contribuye a lograr un control glicémico estricto, reduciendo el riesgo de desarrollo de complicaciones crónicas.
- La pesquisa y el tratamiento de las complicaciones crónicas (micro y macrovasculares) para reducir su progresión y la mortalidad asociada:
 - La evaluación del riesgo cardiovascular debe hacerse anualmente desde el momento del diagnóstico de DMT2.
 - Pesquisa sistemática para retinopatía a todos los pacientes con DMT2 desde el momento de su diagnóstico. Se debe repetir al menos cada 2 años, pero si existen factores de riesgo, su cantidad y su severidad puede hacer aconsejable un intervalo menor.
 - Pesquisa de la nefropatía diabética: se basa en la medición de la microalbuminuria, de la proteinuria y de la filtración glomerular. Se recomienda su pesquisa anualmente¹⁸.
 - Evaluación del Pie Diabético: Los pacientes deben ser evaluados de rutina con el monofilamento de 10g de Semmes- Weinstein para detectar pérdida de la sensibilidad protectora en el pie. Se debe realizar de rutina de la siguiente manera:
 - en personas sin patología establecida, examen de los pies una vez al año.

¹⁷World Health Organization, Pan American Health Organization. “Guías ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2”. 2006.

¹⁸World Health Organization, Pan American Health Organization. “Guías ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2”. 2006.

- en personas con pies de riesgo pero sin problemas activos al momento actual de la evaluación, examen cada 3 a 6 meses¹⁹.

Marco legal

La Ley N° 26.914, sancionada en el mes de noviembre del año 2013 con adhesión de la provincia de Santa Fe, establece que el Ministerio de Salud de la Nación dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones. Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos, tecnológicos y farmacológicos aprobados, así como su control evolutivo²⁰.

Sobre el concepto de adscripción.

Como lo establece la Dra. Ferrandini, el modelo de atención en los Centros de Salud basados en Atención Primaria concibe un modo específico de relación con el sujeto-enfermo en referencia a la red de atención, en donde esta debería organizarse en base a las necesidades poblacionales. En lo que respecta al termino adscripción, cada equipo técnico, conformado por un enfermero y un médico pertenecientes al Centro de Salud, debería ser el referente responsable de un determinado sujeto/grupo, registrándolo dentro de alguno de los distintos sistemas (historia clínica, planilla de medicación crónica de farmacia) de manera de potencializar el vínculo en función de producir autonomía y responsabilidad tanto en los terapeutas como en el sujeto asistido, facilitando el seguimiento del proceso por el equipo profesional y el compromiso de ambos con los resultados²¹.

Sobre el concepto de territorio

¹⁹Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2”, para el primer nivel de atención. Presidencia de la Nación Argentina. 2012.

²⁰Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Ley 26.914 de Problemática y Prevención de la Diabetes. (Modifica Ley N° 23.753) Del 27/11/2017. Boletín Oficial: 17/12/2013

²¹Ferrandini D. “Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”. Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2004.

Eugenio Vilaça Mendes propone entender al concepto de territorio como un proceso habitado por sujetos y en constante construcción. Utiliza además la idea de distrito sanitario como una herramienta en el abordaje de la heterogeneidad de los problemas en salud y cuyo fin último es la transformación de las prácticas sanitarias en función de producir un impacto en la salud de la población. A su vez propone divisiones de este concepto, definiendo “territorio área” por el área de influencia de un Centro de Salud en estrecha y bidireccional relación con la población y “territorio microárea”, definido por la distribución asimétrica e irregular de los problemas de salud en el área de influencia de un centro, teniendo el objeto de identificar y definir grupos poblacionales que presentan condiciones relativamente homogéneas, que de alguna manera influirían en los modos de enfermar o morir²².

La inclusión de estas particularidades en el análisis de los procesos de atención puede constituirse en un insumo a contemplar en el desarrollo de estrategias de trabajo que aumenten la eficacia de las intervenciones en salud, contemplando las características de las fracciones del territorio más vulnerables.

²²Vilaça Mendes, Eugenio; “Distrito Sanitario. O Processo social de mudança das practicas sanitárias do sistema único de saúde”l; San Pablo, Rio de Janeiro: Hucite-Abrasco; 1993

Preguntas problema

En este sentido, las preguntas que subyacen y que guían la construcción de la problemática que intento responder en este trabajo es:

¿Cómo planificar estrategias de atención de los usuarios con diabetes tipo II del área de influencia del Centro de Salud Nueva Roma I incorporando las características del territorio? ¿Existen microáreas de mayor vulnerabilidad en el área de influencia del Centro de Salud Nueva Roma I? ¿Se podría plantear que los usuarios que viven en estas microáreas más críticas presentan mayores dificultades en el acceso a los servicios de salud y peor evolución clínica?

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar el proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, de la ciudad de Casilda (Santa Fe), según su pertenencia a microáreas del barrio Nueva Roma, durante el período comprendido entre el mes de junio del año 2013 al mes de mayo del 2016.

Objetivos específicos

- Describir el territorio de referencia del Centro de Salud I según los datos censales 2010²³, con el fin de identificar diferentes microáreas.
- Describir el proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II incluidos en el estudio.
- Describir la relación entre pertenencia a microárea vulnerable y las características del proceso de atención de los pacientes con diabetes tipo II según los siguientes indicadores:
 - Control metabólico
 - Pesquisa de complicaciones crónicas: retinopatía diabética, nefropatía diabética y pie diabético
 - Complicaciones crónicas establecidas

²³“Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina”. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/(subtema)/93664)

Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de descripción y caracterización del proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I de la ciudad de Casilda (Santa Fe) durante el período comprendido entre el mes de Junio del año 2013 al mes de Mayo del 2016 y se lo relacionó con las microáreas del barrio Nueva Roma.

Se revisaron fichero calendario y fichero de medicación crónica de farmacia, tomándose la totalidad de los pacientes diabéticos tipo II presentes en ambos registros y luego se revisaron las historias clínicas familiares. Para tal fin, se confecciono una planilla de cálculo de Excel como instrumento de recolección de los datos seleccionados para el estudio, los cuales fueron: número de historia clínica familiar, sexo, edad, domicilio, indicación de plan de alimentación y actividad física, control metabólico con HbA1c, buen/mal control metabólico según valores obtenidos de HbA1c, utilización de al menos una droga para el tratamiento farmacológico, pesquisa de complicaciones crónicas de la diabetes (riesgo cardiovascular, control oftalmológico, nefropatía diabética y pie diabético) y complicaciones crónicas establecidas.

Se revisaron dos guías de abordaje terapéutico de los pacientes Diabéticos tipo II:

- “La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II (DMT2)”.
- “Guías ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2”.

Lugar: Centro de Salud Provincial Nueva Roma I, de la ciudad de Casilda (Santa Fe).

Criterios de inclusión de la muestra: pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud en el que se llevó a cabo el estudio, mayores de 18 años, que contaban con historias clínicas dentro del centro.

Criterios de exclusión: pacientes que no contaban con historia clínica dentro del Centro de Salud Nueva Roma I.

Fuentes de información: se revisaron historias clínicas, fichero de medicación crónica de farmacia y fichero calendario de pacientes adscriptos.

Se definieron las siguientes variables de estudio:

a. Edad y sexo.

b. Microárea vulnerable: se define si los pacientes pertenecen o no a las microáreas definidas por la autora según las características del censo de población, hogares y viviendas 2010 (Vulnerable: V vs. No vulnerable: NV), identificando como microárea vulnerable aquella que presenta las siguientes condiciones:

- Calidad constructiva insatisfactoria: definida como aquella que no cuenta con materiales resistentes, sólidos y la aislación adecuada, así como tampoco con cañerías dentro de la vivienda e inodoro con descarga de agua.
- Hacinamiento: considerando este entre 2 a 3 personas por cuarto, y hacinamiento crítico, que son más de 3 personas por cuarto (sin contar baño/s, ni cocina/s).
- Necesidades básicas insatisfechas: son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:
 - Vivienda
 - Condiciones sanitarias
 - Hacinamiento²⁴

c. Indicación de plan de alimentación o actividad física: se identifica si, el plan de alimentación y/o la actividad física, se encuentran indicadas o no indicadas, y registradas en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no indicada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicha indicación.

d. Realización de control metabólico: se identifica si el control metabólico con HbA1c esta actualizado o no actualizado en los últimos 6 meses y registrado en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no actualizada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicho control en la historia clínica.

e. Control metabólico: se toma en cuenta solo los pacientes que tienen solicitados HbA1c para su control metabólico y se considera:

- Buen control metabólico: HbA1c: < 7 mg/dl

²⁴Gobierno de Santa Fe. La Provincia. Datos estadísticos. Estadísticas. Población. "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina". 2010. Disponibles en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/(subtema)/93664)

- Mal control metabólico: HbA1c > 7 mg/dl.

f. Tratamiento farmacológico: si utiliza o no al menos una droga según registro en historia clínica.

g. Pesquisa de las complicaciones crónicas:

- Riesgo cardiovascular: se identifica si la pesquisa de riesgo o daño cardiovascular, realizada por el servicio de cardiología del segundo nivel de atención (debido a la necesidad de la interconsulta con dicho servicio para realizar el electrocardiograma (ECG)), está actualizada o no actualizada anualmente y registrada en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no actualizada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicha pesquisa en la historia clínica.
- Retinopatía diabética: se identifica si la pesquisa de retinopatía diabética, realizada por la oftalmóloga del segundo nivel de atención, está actualizada o no actualizada en los últimos 2 años y registrada en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no actualizada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicha pesquisa en la historia clínica.
- Nefropatía diabética: se identifica si la pesquisa de nefropatía diabética, con solicitud de microalbuminuria, proteinuria y cálculo del índice de filtrado glomerular está actualizada o no actualizada anualmente y registrada en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no actualizada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicha pesquisa en la historia clínica.
- Pie diabético: se identifica si la pesquisa de pie diabético, con evaluación clínica realizada dentro de consultorio, está actualizada o no actualizada anualmente y registrada en la historia clínica del paciente. Dentro de la variable no actualizada, se incluye aquellas en las que no se encontró registro de dicha pesquisa en la historia clínica.

h. Complicaciones crónicas establecidas: se registra si el paciente presenta o presentó algunas de las siguientes complicaciones crónicas de la diabetes: ACV, IAM, nefropatía diabética, retinopatía diabética y pie diabético

i. Presencia de comorbilidades asociadas: se registra si presenta o no comorbilidades asociadas.

Limitaciones metodológicas:

1- Toda la información utilizada en el presente estudio fue recaba de fuentes secundarias, lo que podría implicar sesgos en relación a la calidad de los registros realizados por los trabajadores de salud actuantes en cada caso.

2- Los casos incluidos en el estudio fueron todos aquellos registrados en ficheros de farmacia y/o fichero calendario, con historia clínica familiar dentro del Centro de Salud. En consecuencia, los pacientes con diabetes mellitus tipo II que no retiran medicación en la farmacia del Centro de Salud o quienes padecen diabetes pero no están registrados en la farmacia local ni en fichero calendario, no han sido considerados, así como tampoco aquellos que estaban registrados en farmacia y/o fichero calendario, pero sin historia clínica dentro del Centro de Salud.

3- El tamaño de la muestra limitó la realización de análisis estadísticos.

Resultados

Describir el territorio de referencia del Centro de Salud Nueva Roma I según los datos censales 2010²⁵, con el fin de identificar diferentes microáreas.

Casilda es una localidad del sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina, que se encuentra a 56 km de la ciudad de Rosario. Se ubica a la vera de la Ruta Nacional 33. El Centro de Salud Nueva Roma I, ubicado en el Barrio Nueva Roma, se construyó en un terreno cedido por la municipalidad sobre las calles Hipólito Irigoyen y Alvear. Presenta un territorio de referencia geográfica limitado por las calles 25 de Mayo, Boulevard Colón, Oncativo y Boulevard América, aunque su territorio área, definida por Eugenio Vilaça Mendes como área de influencia de un Centro de Salud en estrecha y bidireccional relación con la población, es mucho más amplia, desbordando los límites geográficos²⁶.

A continuación se gráfica en el primer plano, los límites geográficos del territorio de referencia del Centro de Salud Nueva Roma I, y en el segundo plano, un punteado a modo de graficar desde que lugar del territorio provienen las consultas realizadas por los usuarios, demostrando de esta manera el área de influencia del mismo.

Plano 1: límites geográficos del territorio de referencia del Centro de Salud Nueva Roma I, Casilda. Fuente: Google Maps. Modificación de la autora.²⁷

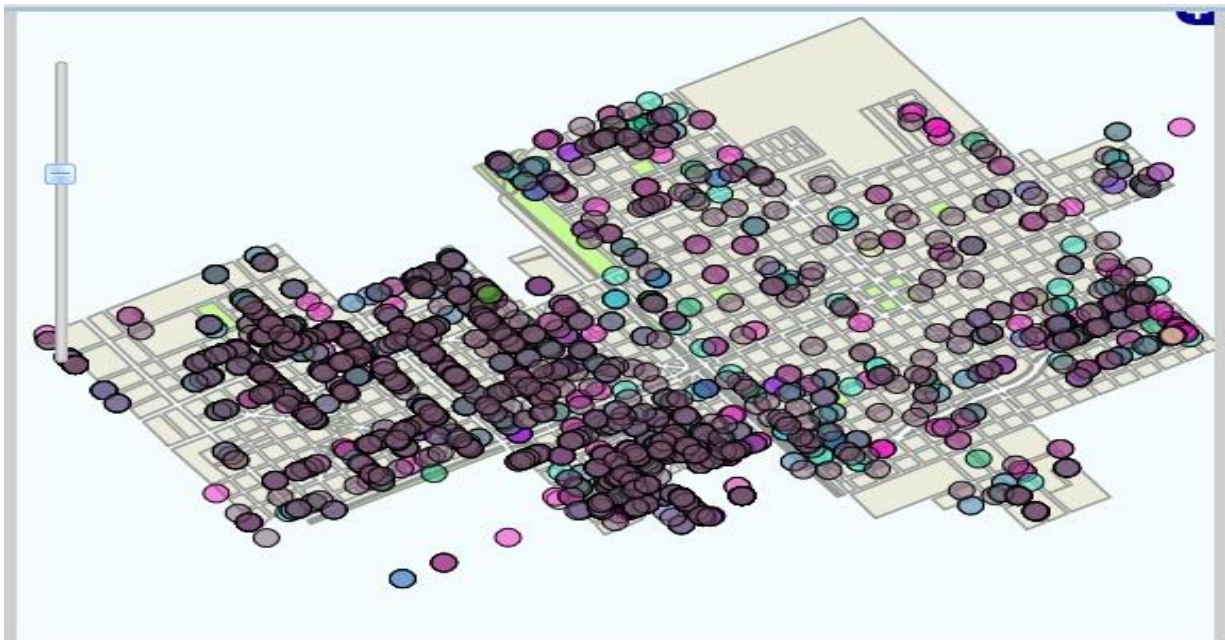
²⁵“Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina”. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/(subtema)/93664)

²⁶Vilaça Mendes, Eugenio; “Distrito Sanitario. O Processo social de mudança das practicas sanitárias do sistema único de saúde”; San Pablo, Rio de Janeiro: Hucite-Abrasco; 1993

²⁷Mapa Casilda, Santa Fe. Google Maps. 2016. Disponible en: <https://www.google.com.ar/maps/place/Casilda,+Santa+Fe/@-33.0471704,-61.2035436,13z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95b62d3658299251:0xe21da5902a99ddf1!8m2!3d-33.044522!4d-61.1650211>



Plano de Casilda 2: punteado de donde provienen las consultas del Centro de Salud Nueva Roma I, Casilda, durante el período comprendido entre Junio del año 2015 a Mayo del año 2016, evidenciando el área de influencia. Fuente: SICAP.²⁸



Dentro del territorio, se encuentran otras instituciones además el Centro de Salud: un jardín de infantes público, una escuela primaria pública, un club social deportivo privado, el Centro de Acción Familiar

²⁸Mapa de Casilda con el punteado de donde provienen los consultas de los usuarios del Centro de Salud Nueva Roma. 2016. Disponible en: https://salud.santafe.gov.ar/sicap/cap/includes/mapas/ac_mapa/mapa.php

(C.A.F), un Centro de Día, una Iglesia Católica Apostólica Romana, la Asociación de Diabéticos Caseros (ADIC) y la Asociación Casildense para el Desarrollo Infantil (ACADIN) y el Centro de Salud Nueva Roma II.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, el barrio Nueva Roma, cuenta con una población total de 11.572 habitantes, 3.837 viviendas y 3.461 hogares.

Del total de habitantes, 5.889 obedecen al sexo femenino y 5.683 al sexo masculino

Del análisis de los datos de hogares y vivienda, se obtiene que dentro del área de referencia del Centro de Salud:

- el 33% de las viviendas tiene una calidad constructiva satisfactoria, el 35% básica y el 16% insatisfactoria.
- El 16,5% de los hogares se encuentran en hacinamiento y el 6,7% se encuentra en hacinamiento crítico.
- El 90% de los hogares cuenta con necesidades básicas satisfechas, mientras que el 10% tiene al menos un indicador de necesidades básicas insatisfechas²⁹.

A partir de la construcción de estos datos se identifican dos territorios microáreas: uno de mayor vulnerabilidad (V), donde se encuentran los mayores porcentajes de calidad constructiva de vivienda insatisfactoria, hacinamiento y hacinamiento crítico, y necesidades básicas insatisfechas, y otro definido, a los fines prácticos del presente estudio, como “no vulnerable” (NV). Se define vulnerabilidad, según Gustavo Busso, como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas³⁰. La microárea de mayor vulnerabilidad del barrio Nueva Roma obedece a la fracción 06, radio censal 01, y se ubica en la periferia del barrio Nueva Roma

²⁹Gobierno de Santa Fe. La Provincia. Datos estadísticos. Estadísticas. Población. "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina". 2010. Disponibles en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/(subtema)/93664)

³⁰Busso, G; "Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de política para Latinoamérica a inicios del siglo XXI"; En: Seminario Internacional, La expresión de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe (Santiago, 20 y 21 de junio de 2001). Santiago de Chile: Cepal, 2001. Disponible en: <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>

geográficamente limitado por las calles Bv. América, Bv. Argentina, Pedernera, Maipú, Las Heras, Bv. Argentino, Güemes y Oncativo.

Plano 3: límites geográficos del microárea vulnerable del barrio Nueva Roma. Fuente: Google Maps. Modificación de la autora.³¹



Describir el proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II incluidos en el estudio.

Se identificaron 50 pacientes diabéticos adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, a través de fichero calendario y/o fichero de medicación crónica de farmacia, con historia clínica familiar dentro de dicho centro.

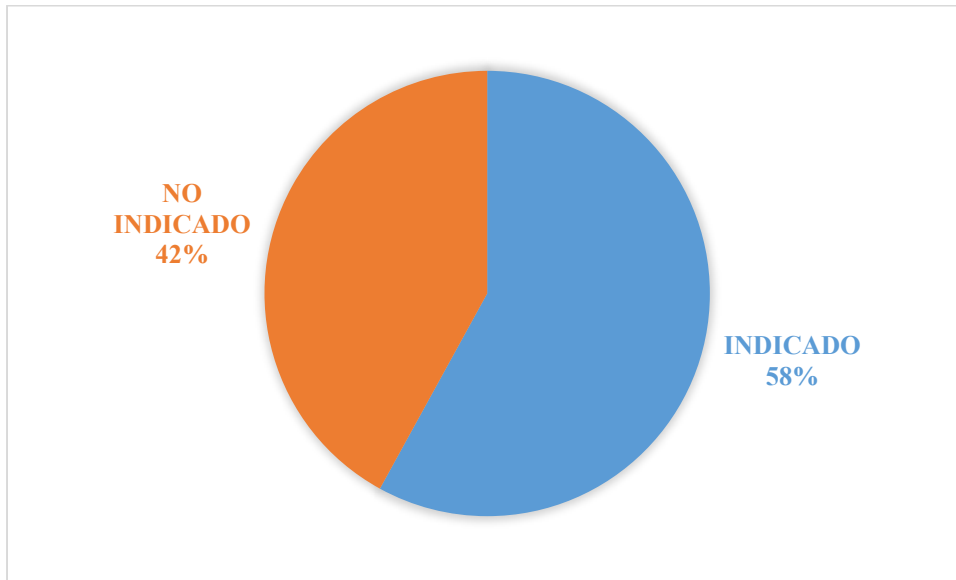
Sexo y edad: se encontraron una mayoría de mujeres 27/50 (54%). El promedio de edad general, y tanto de hombres como de mujeres, es de 51 años.

Indicación de plan de alimentación y actividad física:

³¹Mapa de la localidad de Casilda. 2016. Disponible en: <https://www.google.com.ar/maps/place/Casilda,+Santa+Fe/@-33.0471704,61.2035436,13z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95b62d3658299251:0xe21da5902a99ddf1!8m2!3d-33.044522!4d-61.1650211>

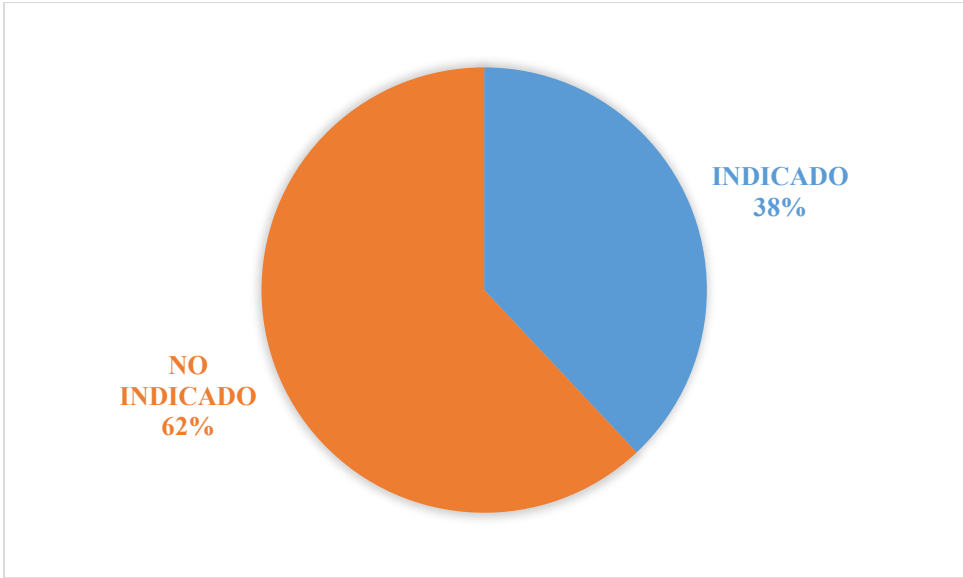
Plan de alimentación: en la mayoría de casos, 58% (29/50), se encontró indicado un plan de alimentación dentro de la historia clínica familiar, mientras que en un 42% (21/50) no se encontró indicada. (GRÁFICO 1)

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE PLAN DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



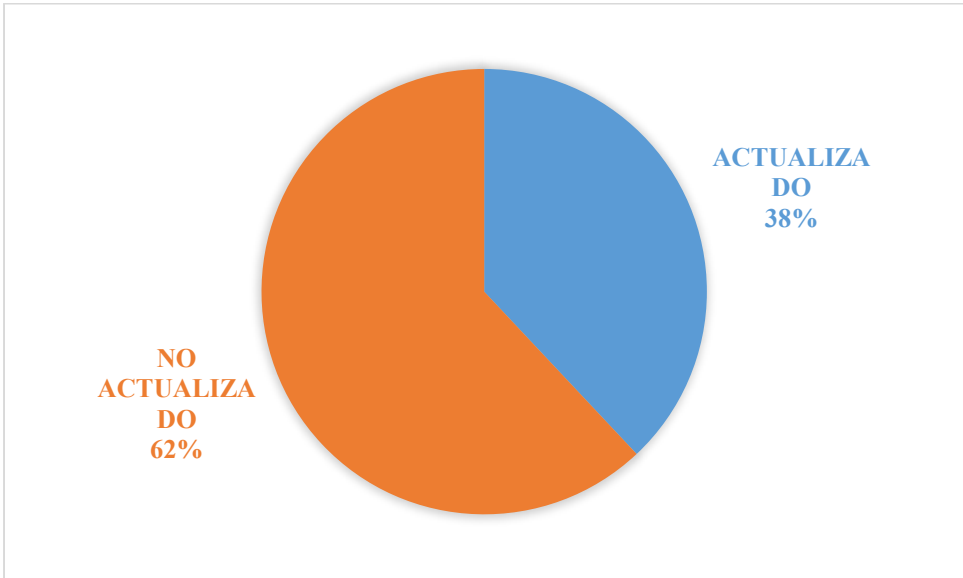
Actividad física: en la mayoría de casos, 62% (31/50), no estaba indicada la realización de actividad física en la historia clínica. Sólo en un 38% (19/50) se encontró registro de esta indicación. (GRÁFICO 2)

GRÁFICO 2: PORCENTAJE DE INDICACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



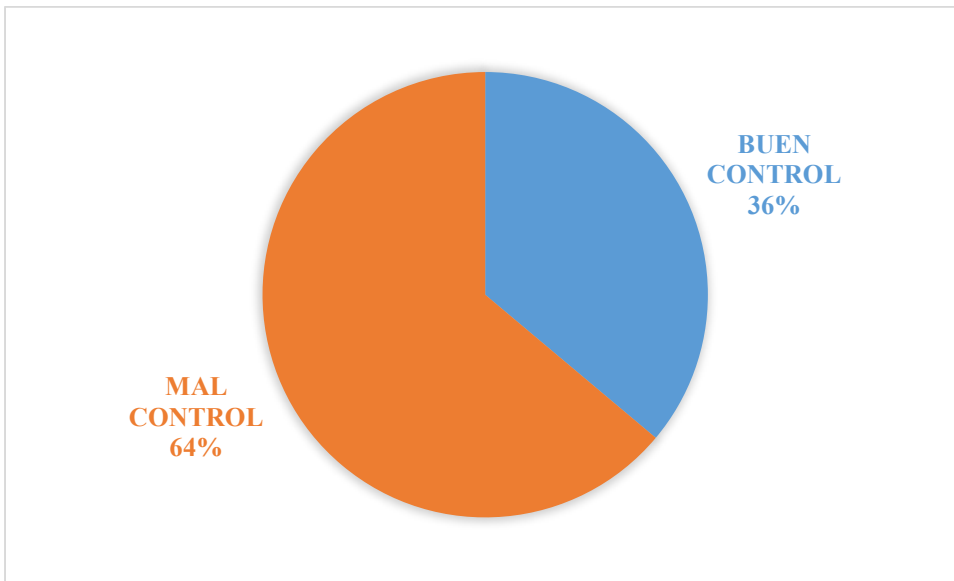
Realización de control metabólico mediante HbA1c: en el 62% (31/50) de los casos no se encontró actualizado el control metabólico con HbA1c, mientras que solo en el 38% (19/50) este control estaba actualizado. (GRÁFICO 3)

GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE REALIZACIÓN DE CONTROL METABOLICO CON HbA1c EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



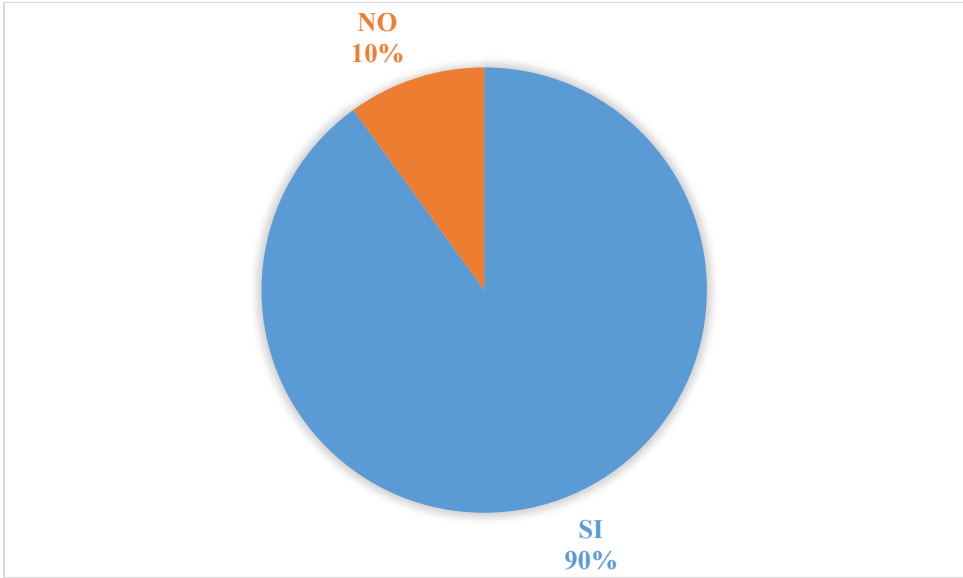
Control metabólico: de los 36 pacientes que tenían solicitado HbA1c para su control glicémico, la mayoría 64% (23/36) estaban mal controlados con valores de HbA1c > 7mg/dl, mientras que el 36% (13/36) tenían buen control con valores de HbA1c < 7mg/dl. (GRÁFICO 4)

GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE CONTROL METABOLICO EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=36)



Tratamiento farmacológico utilizado: el 90% (45/50) de los casos se encontraba con tratamiento farmacológico, mientras que el 10% (5/50) no lo hacía. (GRÁFICO 5)

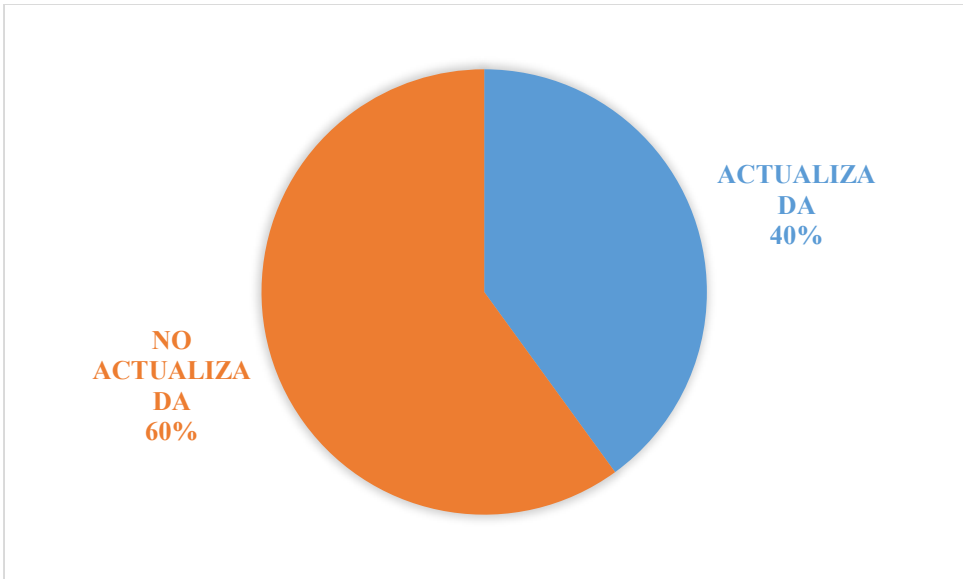
GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



Pesquisa de complicaciones crónicas:

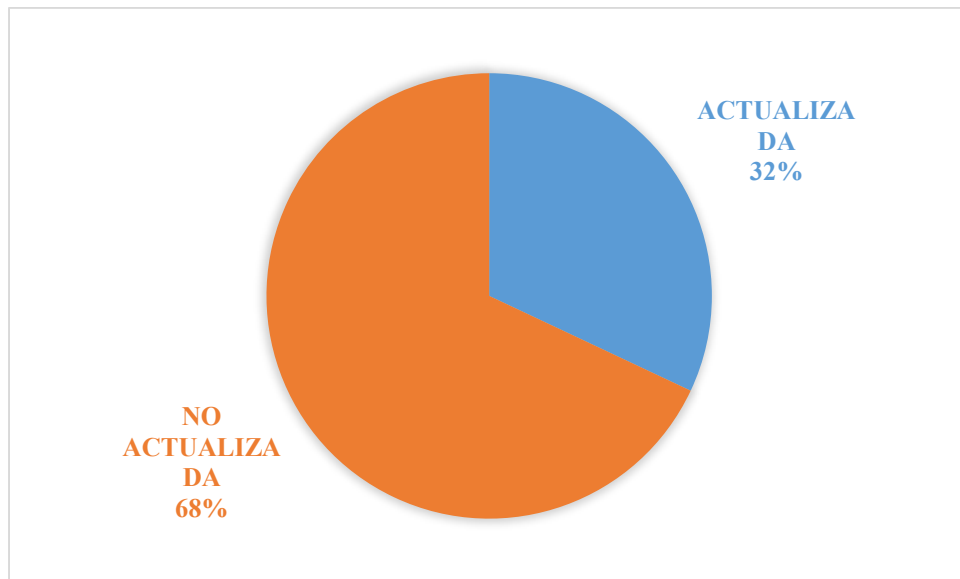
Riesgo cardiovascular: en la mayoría de casos, 60% (30/50), no se encontró actualizada la pesquisa de riesgo cardiovascular, mientras que en el 40% (20/50) si estaba actualizada. (GRÁFICO 6)

GRÁFICO 6: PORCENTAJE DE PESQUISA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



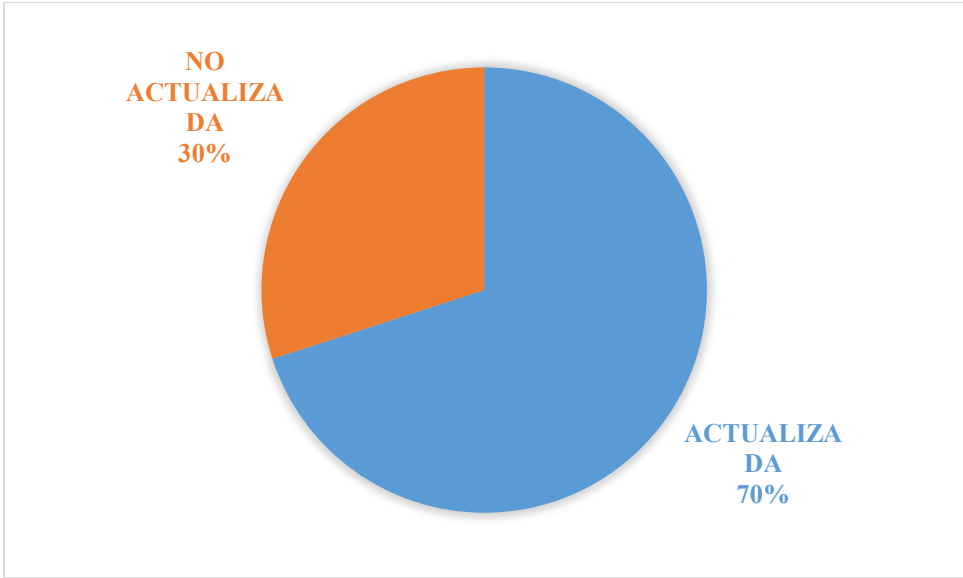
Retinopatía diabética: en el 68% (34/50) de los casos no estaba actualizada la pesquisa de retinopatía diabética dentro de los registro de la historia clínica ni en fichero calendario. Solo se encontró actualizada en el 32% (16/50) de los casos. (GRÁFICO 7)

GRÁFICO 7: PORCENTAJE DE PESQUISA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



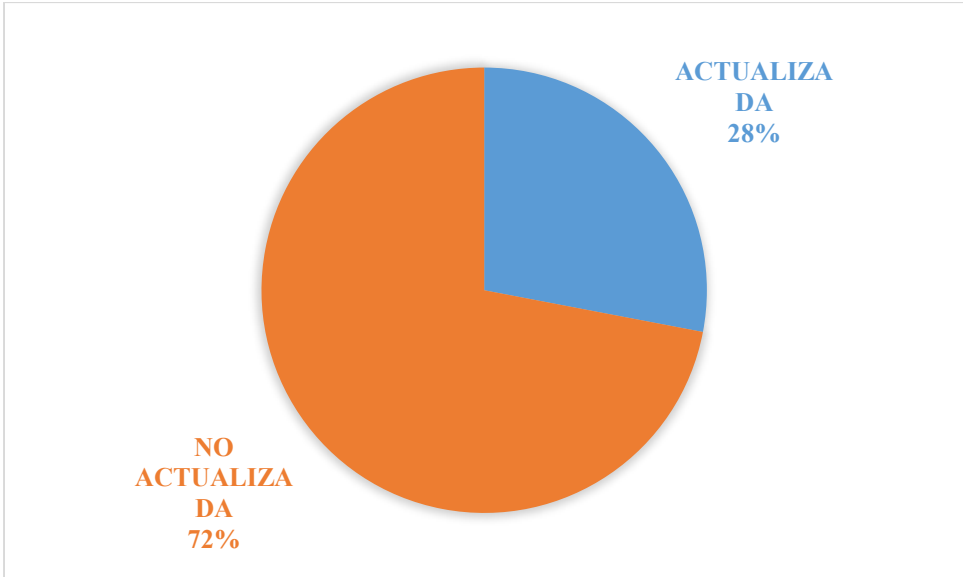
Nefropatía diabética: la mayoría de casos, 70% (35/50), presentaba actualizada la pesquisa de nefropatía diabética, mientras que en el 30% (15/50) no estaba actualizada. (GRÁFICO 8)

GRÁFICO 8: PORCENTAJE DE PESQUISA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



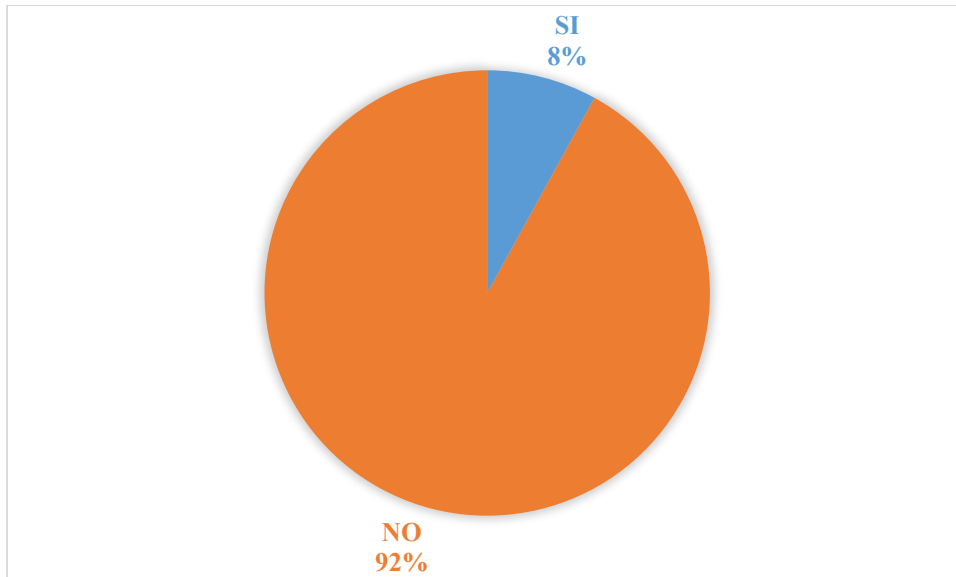
Pie diabético: se encontró la pesquisa de pie diabético actualizada en el 28% (14/50) de los casos, mientras que en la mayoría, 72% (36/50), estaba no actualizada. (GRÁFICO 9)

GRÁFICO 9: PORCENTAJE DE PESQUISA DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



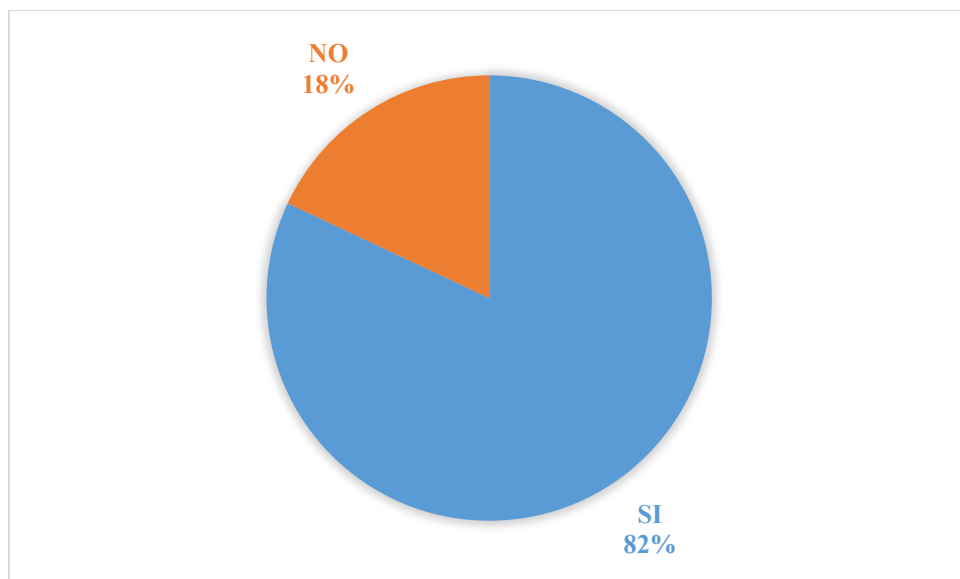
Complicaciones crónicas establecidas: el 8% (4/50) de los pacientes diabéticos tipo II presentan complicaciones crónicas ya establecidas. (GRÁFICO 10)

GRÁFICO 10: PORCENTAJE DE COMPLICACIONES CRÓNICAS ESTABLECIDAS EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



Presencia de comorbilidades asociadas: la mayoría de los pacientes, 82% (41/50), presenta comorbilidades asociadas, siendo la hipertensión arterial la más frecuente, seguida de la dislipemia. (GRÁFICO 11)

GRÁFICO 11: PORCENTAJE DE PRESENCIA DE COMORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA. (n=50)



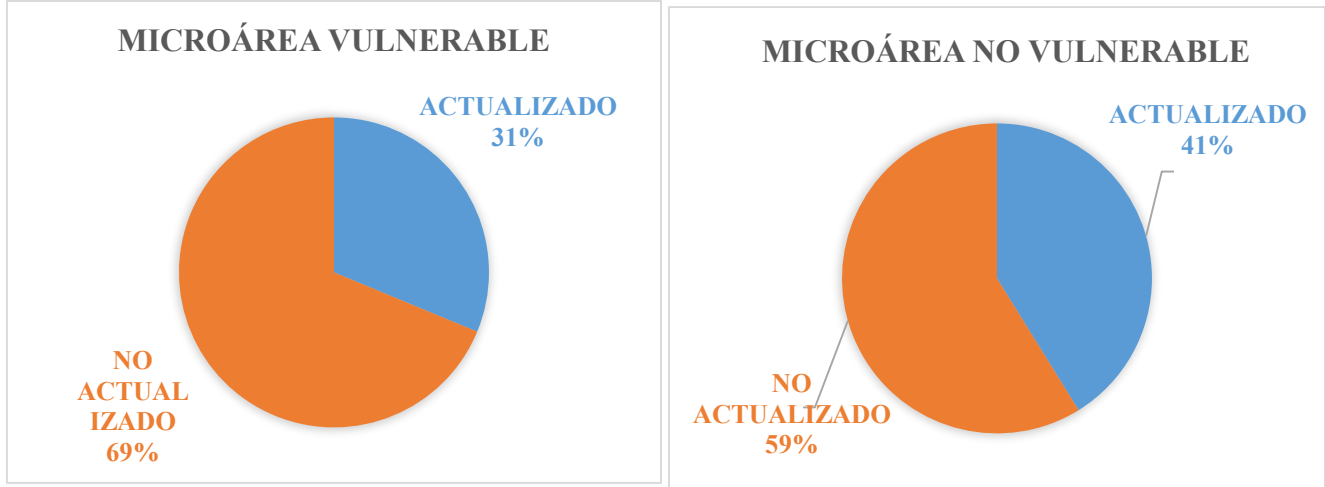
Describir la relación entre pertenencia a microárea vulnerable y las características del proceso de atención de los pacientes con diabetes tipo II según los siguientes indicadores:

- **Control metabólico**
- **Pesquisa de complicaciones crónica: retinopatía diabética, nefropatía diabética y pie diabético.**
- **Complicaciones crónicas establecidas**

Pertenencia a microáreas: el 32% (16/50) de los pacientes diabéticos tipo II, adscritos al Centro de Salud Nueva Roma I, pertenecen a la microárea vulnerable (V) del barrio Nueva Roma. (V: n=16) (NV: n=34)

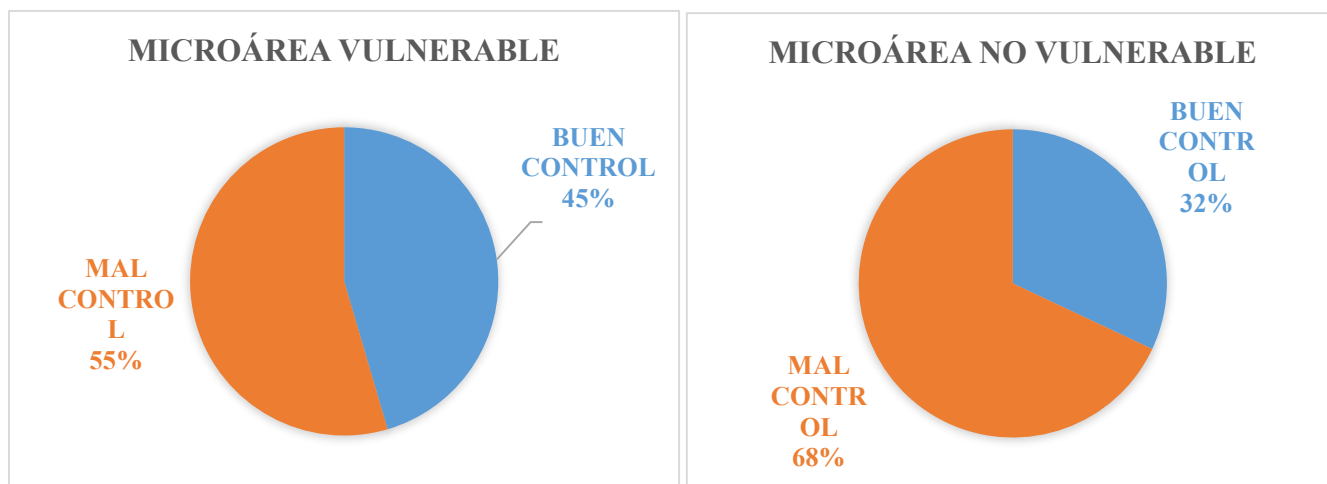
Realización de control metabólico con HbA1c: la mayoría de los pacientes de ambas microáreas, 69% (V: 11/16) de la microárea vulnerable, y 59% (NV: 20/34) de la microárea no vulnerable, no tenían el control metabólico con HbA1c actualizado. (GRÁFICO 12)

GRÁFICO 12: PORCENTAJE DE REALIZACIÓN DE CONTROL METABÓLICO CON HbA1c EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA, SEGÚN MICROAREA. (V: n=16) (NV: n=34)



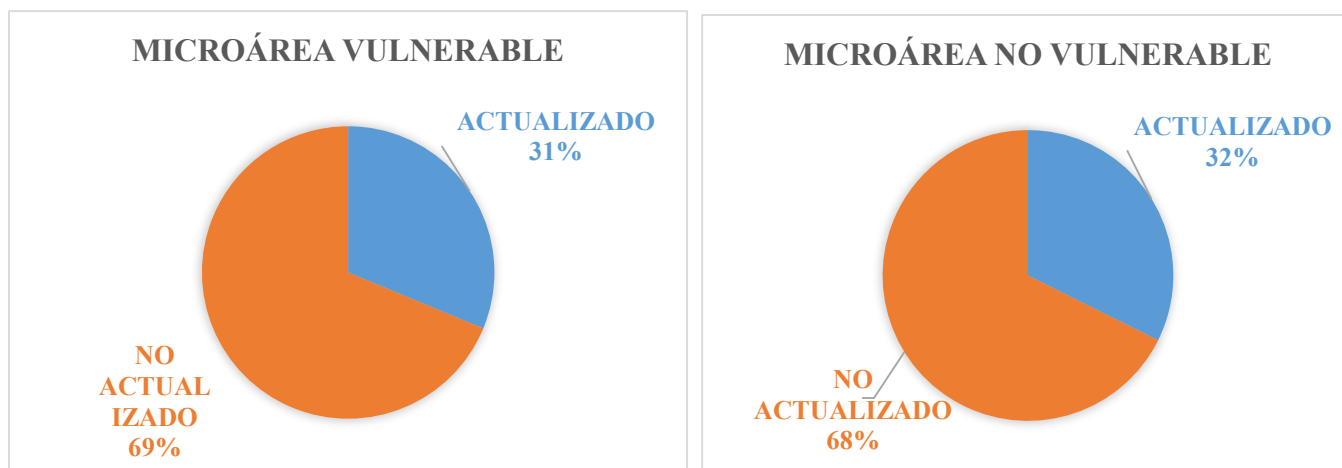
Control metabólico: de los 11/16 pacientes de la microárea vulnerable que tenían solicitados HbA1C para su control metabólico, el 55% (V: 6/11) estaban mal controlados con HbA1c > 7mg/dl, mientras que el 45% (V: 5/11) tenían un buen control con HbA1c < 7mg/dl. La mayoría de los pacientes de la microárea no vulnerable se encontraban mal controlados con HbA1c > 7mg/dl (NV: 17/25; 68%). (GRÁFICO 13)

GRÁFICO 13: PORCENTAJE DE CONTROL METABOLICO EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA, SEGÚN MICROAREA. (V: n=11) (NV: n=25)



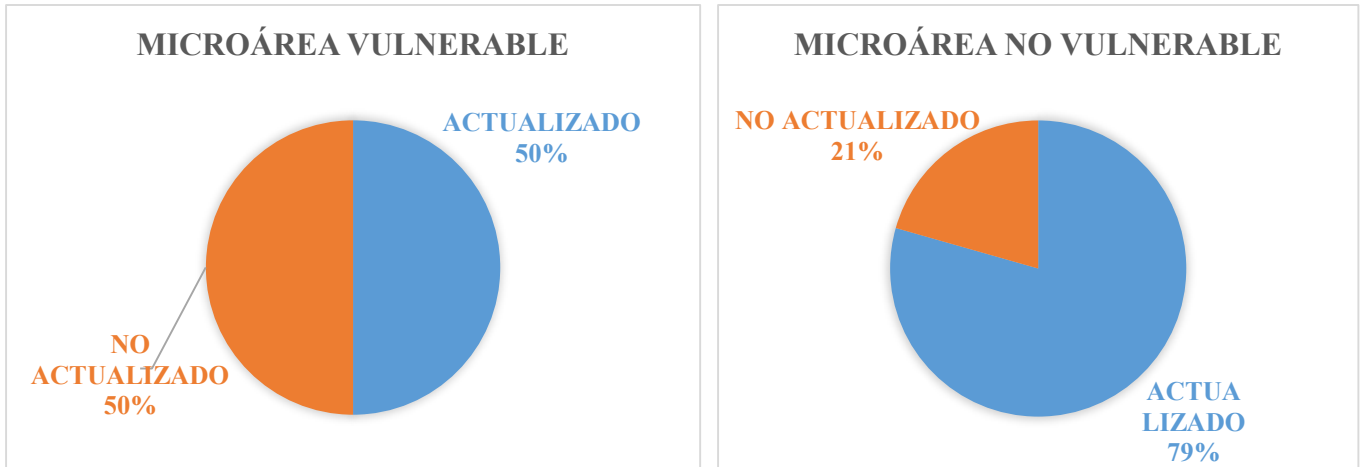
Retinopatía diabética: en la mayoría de ambos grupos, no se encontraba actualizada esta pesquisa de retinopatía diabética, con porcentajes similares en ambos (V: 69%, 11/16) (NV: 67%; 23/34). (GRÁFICO 14)

GRÁFICO 14: PORCENTAJE DE PESQUISA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA, SEGÚN MICROAREA. (V: n=16) (NV: n=34)



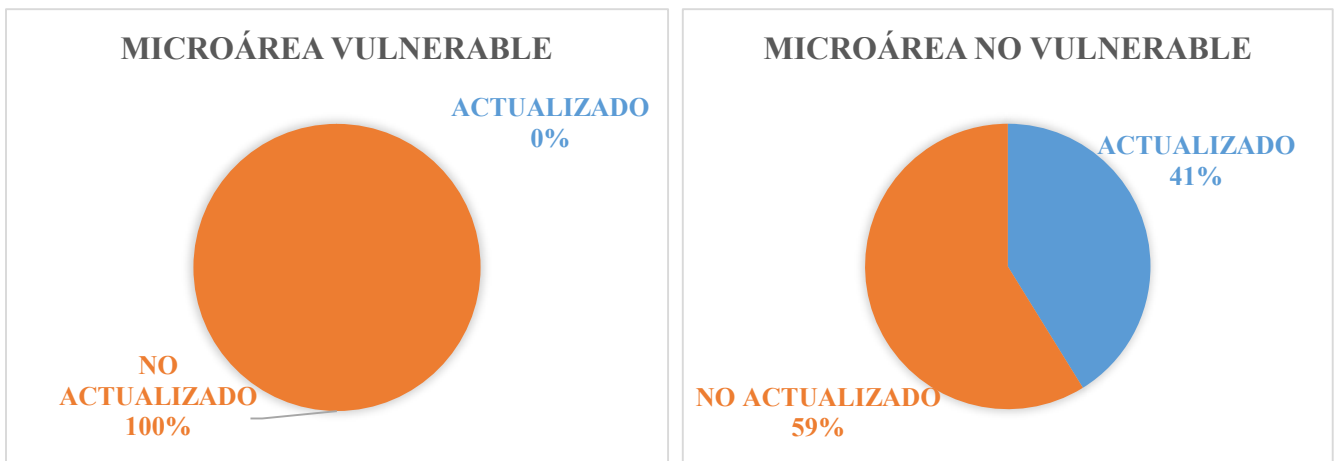
Nefropatía diabética: la mayoría de los pacientes de la microárea no vulnerable, 79% (NV: 27/34) presentaban la pesquisa de nefropatía diabética actualizada, mientras que solo el 50% (V: 8/16) de los pacientes de la microárea vulnerable tenía actualizada a esta pesquisa. (GRÁFICO 15)

GRÁFICO 15: PORCENTAJE DE PESQUISA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA, SEGÚN MICROAREA. (V: n=16) (NV: n=34)



Pie diabético: la totalidad, 100% (V: 16/16), de los pacientes de la microárea vulnerable tenían la pesquisa de pie diabético no actualizada. La mayoría, 59% (NV: 20/34) de los casos de la microárea no vulnerable tenían esta pesquisa no actualizada. (GRÁFICO 16)

GRÁFICO 16: PORCENTAJE DE PESQUISA DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DBT II ADSCRIPTOS AL CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA I, CASILDA, SEGÚN MICROAREA. (V: n=16) (NV: n=34)



Complicaciones crónicas establecidas: no se registraron complicaciones crónicas establecidas dentro de la microárea vulnerable, en comparación con los 4/34 casos de los pacientes de la microárea no vulnerable.

Discusión

Se identificaron 50 pacientes diabéticos tipo II adscriptos Centro de Salud Nueva Roma I de la localidad de Casilda, a través de los registros de fichero calendario y fichero de medicación crónica, con historia clínica dentro del Centro de Salud. Dentro de este conjunto predomina el sexo femenino, al igual que en los datos poblacionales ofrecidos por el censo Argentino 2010 y en la población total adscripta al Centro de Salud. La edad promedio de este conjunto de pacientes, tanto para el sexo femenino como el masculino, fue de 51 años. La Organización Mundial de la Salud establece a la diabetes como quinta causa de muerte a nivel mundial en pacientes de entre 45 y 64 años. Según los datos ofrecidos por SICAP, el número de pacientes adscriptos al Centro de Salud disminuye luego de los 50 años. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de evaluar las razones por las cuales los pacientes mayores de 50 años consultan menos que los menores de esta edad, y la necesidad de establecer acciones para captar a este grupo de riesgo. Una de las razones podría llegar a ser que en el barrio Nuevo Roma, este grupo poblacional mayor de 50 años también disminuye, dato objetivado por el censo Argentino 2010.

Al analizar los resultados de las variables en estudio del proceso de atención de estos pacientes diabéticos tipo II, es llamativo el alto porcentaje de falta de indicaciones específicas, como son el plan de alimentación o la actividad física, malos controles metabólicos y pesquisas de complicaciones crónicas no actualizadas. Esto podría dar cuenta de la falta de registro de estos datos en sí, la mala calidad de registro de los mismos en las historias clínicas/fichero calendario o bien la existencia de un déficit del proceso de atención de los pacientes diabéticos tipo II, que podría reflejar una falla en la atención sanitaria. Si existe una falta en los registros de datos dentro de las historias clínicas, da cuenta de una posición del trabajador de la salud que no considera importante dicho registro, transmitiendo la responsabilidad del seguimiento clínico sobre el paciente. En este sentido, se estaría incumpliendo con la Ley 26.529 sobre los “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”, sancionada en Octubre de 2009, de alcance general y vigente hasta el día de la fecha, en donde en el “Capítulo IV de la Historia Clínica” entiende que la misma es un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que debe constar toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud³². Por lo tanto a los fines del presente estudio se considera “no indicado” o “no actualizado” si la variable en estudio no se encuentra registrada historia clínica o fichero calendario

³² Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. LEY 26.529 de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, del 21/10/2009 Boletín Oficial: 20/11/2009.

Comenzando con la indicación del plan de alimentación y la actividad física, surge que ambas fueron indicadas en un 58% (29/50) y en un 38% (19/50) respectivamente, pudiendo evidenciar que el equipo médico del Centro de Salud reconoce el carácter multidimensional de la problemática y no piensan el abordaje de la diabetes únicamente desde la estrategia farmacológica. Pero, ¿admiten que el estilo del sujeto es su vida, y no solo un riesgo específico? o ¿responsabilizan al sujeto de su enfermedad “culpabilizando a la víctima”, suponiendo explícita o implícitamente que dicho sujeto es un ser “libre”, con capacidad y posibilidad de elegir? Se debería dimensionar que no es el estilo de vida individual la dimensión básica, ni lo que explica la mayor o menor eficacia del consejo médico para reducir los riesgos señalados en la población, sino la pertenencia a un sector o subsector social determinado. En relación a esto, podemos agregar que el 90% (45/50) de los pacientes se encuentra en tratamiento con al menos una droga, evidenciando el equipo médico jerarquiza la terapéutica empleada en las medidas farmacológicas.

De los 50 pacientes con diabetes en el estudio, solo el 38% (19/50) tenían actualizado su control metabólico con HbA1 según los intervalos de tiempo establecidos por la “Guía de Práctica Clínica Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2” del Ministerio de Salud de la Nación y la “Guía ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2”. De la totalidad de pacientes (36) que tenían solicitado HbA1c para su control metabólico la mayoría 64% (23/36) estaban mal controlados, definidos por la HbA1c > 7mg/dl. Además el 82% (41/50) presenta comorbilidades asociadas que suman al riesgo cardiovascular total y un 8% (4/50) presenta complicaciones crónicas ya establecidas. Estos datos evidencian una falla en el proceso de atención de estos sujetos y la inmediata necesidad de establecer cambios en las terapéuticas empleadas, así evitar la progresión de la enfermedad y sus complicaciones crónicas sobre órganos blancos, que disminuyen con HbA1c < 7mg/dl.

Respecto a la pesquisa de complicaciones crónicas, la nefropatía diabética fue la pesquisa con el mayor porcentaje de actualización, 70% (35/50), seguida por el riesgo cardiovascular, 40% (20/50), la retinopatía diabética 32% (16/50) y por último el pie diabético 28% (14/50). La búsqueda de nefropatía diabética se establece a través de datos bioquímicos de laboratorio de sangre y/u orina, pudiendo ser la muestra tomada en el Centro de Salud, dando cuenta del mayor acceso a este método de pesquisa. Pero, ¿Por qué su cobertura no es mayor si utiliza para su detección un examen complementario que está teóricamente disponibles?, ¿qué sucede con el llamativo bajo porcentaje de pesquisa de pie diabético, cuando es un examen que no requiere más complejidad técnica que la disponible en el Centro de Salud?

Por otro lado, el riesgo cardiovascular y la retinopatía diabética, con menor porcentaje de cobertura que la nefropatía diabética, son métodos mediados por turnos con especialistas, que articulan el primer con el segundo nivel de atención, donde se pone en juego la disponibilidad de turnos y los diferentes factores que intervienen en el acceso a estos. De este análisis surgen los siguientes interrogantes ¿por qué no se realizan ambas pesquisas a todos los pacientes?, ¿qué factores limitan el acceso a prácticas en el hospital?, ¿podría ser una barrera en el acceso la necesidad de programación de turnos y la distancia geográfica con el centro de segundo nivel de atención?

Al analizar el proceso de atención de los pacientes con diabetes tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, surge la necesidad de identificar microáreas dentro del barrio es decir, diferentes sectores del territorio en donde existen condiciones particulares que de alguna manera, determinan modos particulares de los colectivos humanos de enfermar y morir. Continuar con el proceso de atención de estos pacientes desconociendo el escenario de su vida cotidiana, sería asumir un concepto acotado del proceso salud-enfermedad –atención, descontextualizando y ofreciendo una mirada predominantemente biológica de los problemas de salud.

El 32% (16/50) de los pacientes diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, habitan dentro del área identificada como vulnerable. Esta distribución en el territorio podría relacionarse con la accesibilidad a los servicios de salud y, por consiguiente, podría plantearse como hipótesis que existe menor cantidad de casos identificados en la microárea vulnerable porque es el área con mayor dificultad en el acceso al Centro de Salud, evidenciado en el menor número de consultas proveniente de este sector, dato objetivado por el punteado del mapa obtenido por SICAP. Estos números dan cuenta a la necesidad de replantearnos la organización local de la red de atención, ya que a partir de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud los servicios de salud se deberían organizar en base a las necesidades poblacionales, priorizando aquellas de mayor vulnerabilidad. Los sujetos/grupos provenientes de la/las microárea/s más vulnerables, deberían ser priorizados en los modos de organización local del Centro de Salud.

Al analizar y comparar los datos obtenidos sobre el control metabólico con HbA1c, se evidencia que en ambos grupos poblacionales predominan los porcentajes de controles no actualizados, siendo superior en la microárea vulnerable (V: 69%, 11/16) (NV: 59%, 20/34). Al igual que los resultados de la totalidad del grupo de diabéticos tipo II adscriptos al Centro de Salud Nueva Roma I, en ambos grupos predomina el mal control metabólico con HbA1c > 7 mg/dl, siendo las cifras superiores en la microárea no vulnerable (V: 55%) (NV: 68%). Además, los pacientes identificados con complicaciones crónicas

establecidas, objetivando ya el daño de órgano blanco por la progresión de la enfermedad, son en su totalidad pertenecientes a la microárea no vulnerable (NV: 4/36). Se concluye que los pacientes de la microárea identificada como no vulnerable mostraron peores indicadores de control metabólico que los de la microárea vulnerable.

Se analizan las pesquisas de complicaciones crónicas de la diabetes en ambas microáreas, comenzando con la retinopatía diabética, ya que esta da cuenta del proceso de atención a través del Sistema de Salud, siendo necesaria la articulación entre el primer nivel de atención que es el Centro de Salud y el hospital como segundo nivel de atención. Se obtiene que los resultados de esta pesquisa actualizada son muy similares (V: 31%; 5/16) (NV: 33%; 11/34), sin significativas diferencias en ambos grupos, dando cuenta de que las barreras que dificultan el acceso al segundo nivel de atención, son comunes a todos los pacientes sin diferencias entre las microáreas.

Continuando con la pesquisa de complicaciones crónicas y analizando aquellas con acceso dentro del Centro de Salud, como son la nefropatía diabética y la pesquisa de pie diabético surge que, en la primera, el mayor porcentaje de actualización se encuentra dentro de la microárea no vulnerable (NV: 79%, 27/34) (V: 50%, 8/16), y llamativamente el 100% (V: 16/16) de los pacientes del microárea vulnerable no presenta actualizada la pesquisa de pie diabético.

Luego del análisis de estos resultados, podría plantearse la hipótesis de que la microárea vulnerable identificada por las condiciones barriales a través de los datos ofrecidos por el censo Argentino 2010, no es igualmente identificado por los equipos de salud, ya que a la hora de implementar planes de acción en cuanto a la atención, esta microárea vulnerable no se ve priorizada.

Reflexiones finales

La estrategia del sistema de salud pública de la ciudad de Casilda debería proponer el acercamiento de los servicios de salud a los territorios más vulnerables para favorecer el acceso, tomando como ejes de organización del sistema la equidad, la universalidad y la gratuidad. Los hallazgos del presente trabajo en relación a la atención de los usuarios con Diabetes tipo II adscritos al Centro de Salud Nueva Roma I sugiere que los colectivos poblacionales de la microárea identificada como vulnerable presentan mayores dificultades en el acceso a las prácticas sanitarias necesarias y disponibles. Es importante destacar que en el Centro de Salud no se contaba al momento del estudio con una mirada del territorio de influencia desde la perspectiva teórica de E. Vilaca Mendes y en consecuencia, se plantea desde el presente trabajo el siguiente interrogante: ¿se contempla en el diseño de los modos locales de organización la posibilidad de que existan sectores del territorio que deberían ser priorizados? Se propone el presente estudio como un insumo más en la discusión y planificación de estrategias locales y se considera necesario el desarrollo de nuevas investigaciones con el fin de identificar, desde diferentes dimensiones, los factores asociados a las dificultades observadas en la continuidad de los procesos de atención y en el acceso al sistema de salud.

Bibliografía

- ¹Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. “Glosario”. (s/fecha).
- ²Organización Mundial de la Salud (WHO). “Health topics. Diabetes”. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/
- ³ Organización Mundial de la Salud, OMS. “Diabetes: perfiles de los países en 2016, Argentina”. 2016. Disponibles en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/arg_es.pdf
- ⁷Ferrandini D. ”Trabajo en atención Primaria de la Salud”. Documento de la Dirección de APS, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. (s/fecha)
- ⁸ Cita bibliográfica N°1
- ⁹Cita bibliográfica N°7
- ¹⁰Cobertura Universal de Salud. Medicamentos. Programa Remediar. 2016. Disponible en: http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=43
- ¹¹Laboratorio Industrial Farmacéutico SE. Reseña histórica. 2016. Disponible en: <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/2/resena-historica.html>
- ¹²Taretto M., Morín V. “La historia clínica integral del Médico de Familia, La historia clínica integral del Médico de Familia”. Biomedicina, 2014, 9 (3) / 36-41 / ISSN 1510-9747
- ¹³Ferrandini D. “Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”l. Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2004.
- ¹⁴Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica Nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2”, para el primer nivel de atención. Presidencia de la Nación Argentina. 2012.
- ¹⁵Organización Mundial de la Salud, OMS. “Diabetes: perfiles de los países en 2016, Argentina”. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/arg_es.pdf
- ¹⁶Cita bibliográfica N°14
- ¹⁷World Health Organization, Pan American Health Organization. “Guias ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2”. 2006.
- ¹⁸Cita bibliográfica N°17
- ¹⁹Cita bibliográfica N°14
- ²⁰Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Ley 26.914 de Problemática y Prevención de la Diabetes. (Modifica Ley N° 23.753) Del 27/11/2017. Boletín Oficial: 17/12/2013

²¹Cita bibliográfica N°13

²²Vilaça Mendes, Eugenio; “Distrito Sanitario. O Processo social de mudança das practicas sanitárias do sistema único de saúde”]; San Pablo, Rio de Janeiro: Hucite-Abrasco; 1993

²³“Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina”. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/(subtema)/93664)

²⁴Gobierno de Santa Fe. La Provincia. Datos estadísticos. Estadísticas. Población. ”Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina”. 2010. Disponibles en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/\(subtema\)/93664](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/163619/(subtema)/93664)

²⁵Cita bibliográfica N°23

²⁶Cita bibliográfica N°22

²⁷Mapa Casilda, Santa Fe. Google Maps. 2016. Disponible en: <https://www.google.com.ar/maps/place/Casilda,+Santa+Fe/@-33.0471704,61.2035436,13z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95b62d3658299251:0xe21da5902a99ddf1!8m2!3d-33.044522!4d-61.1650211>

²⁸Mapa de Casilda con el punteado de donde provienen las consultas de los usuarios del Centro de Salud Nueva Roma. 2016. Disponible en: https://salud.santafe.gov.ar/sicap/cap/includes/mapas/ac_mapa/mapa.php

²⁹Cita bibliográfica N°24

³⁰Busso, G; “Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de política para Latinoamérica a inicios del siglo XXI”; En: Seminario Internacional, La expresión de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe (Santiago, 20 y 21 de junio de 2001). Santiago de Chile: Cepal, 2001. Disponible en: <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>

³¹Mapa de la localidad de Casilda. 2016. Disponible en: <https://www.google.com.ar/maps/place/Casilda,+Santa+Fe/@-33.0471704,61.2035436,13z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95b62d3658299251:0xe21da5902a99ddf1!8m2!3d-33.044522!4d-61.1650211>

³²Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. LEY 26.529 de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, del 21/10/2009 Boletín Oficial: 20/11/2009.

