

Proyecto VIDA

Veracruz Initiative for Diabetes Awareness



Protocolo

del Proyecto de
Mejoramiento de la Calidad de la
Atención a la Diabetes
en México

OPS/DPC/NC/DIA/66/1/-170-04

Contenido

Resumen	1
Introducción	1
Objetivos del Proyecto	2
Detalles del Proyecto	2
a) Desarrollo de habilidades y capacidades en los proveedores de salud	3
b) Implementación y estrategias de mejora	3
c) Evaluación y diseminación de resultados	3
Sistema de información clínico	4
Variables de estudio y recolección de datos	4
Algunos posibles indicadores a ser evaluados	4
Análisis de los datos	5
Resultados esperados	5
Organización de las Sesiones de Aprendizaje	5
Estructura del Proyecto	6
Grupos de Planificación Nacional (GPN)	6
Grupo de Planificación Local (GPL)	6

Resumen

Introducción

El gobierno de México considera que la diabetes es uno de los problemas más importantes de salud. En la última encuesta nacional de salud se demostró un incremento en la prevalencia nacional de diabetes (de 8% en 1993 a 10.7% en 2000). En México existe un sistema nacional para evaluar la calidad de la atención médica (Cruzada por la calidad) y un sistema de evaluación del desempeño en Salud Pública (Caminando a la Excelencia). Los datos más recientes de este sistema mostraron que solo una tercera parte de las personas que padecen diabetes alcanzan un nivel glucémico adecuado. Por esto se ha escogido a la diabetes para

incorporar el componente de impacto en la cruzada nacional. La cruzada esta coordinada por la Subsecretaria de Calidad e Innovación y la estrategia de Caminando a la excelencia por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, ambas subsecretarías de la Secretaría de Salud de México.

La OPS/OMS y la Secretaria de Salud de México organizaron una reunión de dos días (18-19 de Abril de 2001) con el fin de considerar la adopción de un modelo para México. El grupo estuvo encabezado por el Dr. Enrique Ruelas, Subsecretario de Innovación y Calidad, funcionarios y asesores regionales y nacionales de OPS/OMS, funcionarios de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud relacionados con la prevención y control de enfermedades crónicas y del equipo de innovación y calidad trabajando conjuntamente.

El grupo nacional recomendó el uso del modelo Colaborativo en mejoría continua de la calidad y que la cruzada nacional se ajusta mucho a este modelo, así como las estrategias desarrolladas por el Programa de Acción de Diabetes. Se ha solicitado a la OPS/OMS la colaboración en la conducción y acompañamiento del proceso.

El proyecto va dirigido a conseguir un cambio en los modelos de atención a las enfermedades crónicas de forma que se alcancen determinados estándares.

Se implementará un proyecto piloto en el estado de Veracruz para evaluar la factibilidad del proyecto y su extensión posterior a otros 4 estados.

Objetivos del Proyecto

Evaluar la factibilidad de que el Modelo Colaborativo sea compatible con el Sistema de Salud de México a través de:

1. Fortalecer la capacidad de los proveedores de salud para diagnosticar y controlar la diabetes.
2. Introducir las estrategias para asegurar la calidad de la atención- de los casos de diabetes.
3. Identificar instrumentos prácticos para el apoyo de la actividad clínica.

Detalles del Proyecto

La intervención será un proyecto Colaborativo que busca a través de actividades pre-establecidas la cooperación entre diferentes miembros del equipo de salud y los pacientes el mejoramiento del control de la diabetes. El proyecto seguirá los pasos establecidos en el Colaborativo tales como identificación de un líder local, formación de un equipo de expertos, sesiones de planificación y aprendizaje.

a) Desarrollo de habilidades y capacidades en los proveedores de salud

- ◆ Los trabajadores de cinco centros de salud de Veracruz, médicos, enfermeras, psicólogos y nutriólogos participarán en 3 Talleres de trabajo dirigidos a:
- ◆ Conocer y debatir el modelo de mejora de la atención a las enfermedades crónicas.
- ◆ Identificar las áreas de mejora y los cambios necesarios.
- ◆ Diseñar y evaluar el -mapa de cuidados- y las "vías clínicas" (*clinical pathways*) como herramientas de ayuda en la implementación de las acciones que se contemplan en las Guías de práctica clínica ya elaboradas.

b) Implementación y estrategias de mejora

Bajo la dirección de un grupo de expertos, los equipos de los cinco centros de atención primaria de las áreas de salud seguirán durante un periodo de 12 meses la puesta en marcha de los cambios identificados en los talleres de trabajo como necesarios para llevar a cabo un cambio rápido en el modelo de atención.

Uno de los principales productos finales de los talleres de trabajo será el mapa de cuidados o "vía clínica de la diabetes" de cada uno de las Áreas de Salud. En cada uno de los mapas de cuidados se definirá la secuencia, duración, responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado de todas y cada una de las actividades recomendadas por el Programa de Acción de Diabetes entre otros documentos, en la Norma Oficial Mexicana.

En estos mapas de cuidados o vías clínicas deberá quedar detallada cada una de las actividades del día a día del paciente y de cada una de las visitas que deba de realizar el paciente al Centro de Salud. De esta forma obtendremos dos subproductos o tipos de soportes documentales, uno dirigido a los profesionales sanitarios, que constará de la hoja de actuaciones (con su correspondiente *checklist*), que a su vez formará parte de la historia clínica del paciente y como hoja de recolección de datos para la evaluación y otro dirigido al paciente que servirá como hoja de información y de evaluación de la calidad percibida.

c) Evaluación y diseminación de resultados

Para evaluar los cambios en la organización de los servicios de atención primaria se utilizará *The Assessment of Chronic Condition Illness Care* (ACIC).

Antes de iniciar la puesta en marcha de los cambios determinados en las sesiones de grupo y el mapa de cuidados definido, se diseñará un estudio retrospectivo para recopilar información sobre los resultados de la atención a los pacientes con diabetes con el modelo actual.

Se recopilarán, una vez implantado el nuevo modelo, una serie de indicadores que permitan conocer si se ha mejorado la calidad de la atención con el mismo.

Tanto el diseño del estudio retrospectivo como la monitorización continuada del mapa de cuidados se realizarán en el taller de trabajo y será específico para cada área de salud aunque manteniendo siempre una serie de variables comunes en todas las áreas.

Sistema de información clínico

Se considerará la implementación del sistema QUALIDIAB auspiciado por la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA) ha sido implementado en 10 países y que recientemente ha sido actualizado por el centro colaborador de la OPS/OMS CENEXA en Argentina. El sistema consta de un formulario de recolección de datos y de un programa de computación para análisis y seguimiento continuo.

VARIABLES DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizará una encuesta de situación basal en cada una de las áreas de estudio para conocer el perfil de la población que padece diabetes como una encuesta de satisfacción de los usuarios.

En los talleres se definirán las variables, así como los indicadores de evaluación de cada una de los mapas de cuidados y puntos críticos de los mismos. Existirá un conjunto mínimo de indicadores para todas las áreas, por lo que serán definidos por el equipo coordinador del proyecto. El resto de las variables y evaluación podrán ser definidas y variar para cada uno de las jurisdicciones.

La recolección de los datos se hará, en las sedes de las jurisdicciones y para cada uno de los sujetos seleccionados al azar mediante la hoja de recogida que formará parte de la historia clínica de cada paciente evaluado.

Algunos posibles indicadores a ser evaluados

Indicadores de proceso

- % de pacientes que registraron la presión arterial del paciente.
- % de pacientes que registraron la glucemia.
- % de pacientes que registraron la revisión de los pies.
- % pacientes que acudieron a cada una de las visitas
- % cambios en los tratamientos médicos, etc.

Indicadores de resultados

- % de pacientes con glucosa menor de 126mg/dl
- % reingresos hospitalarios por problemas relacionados
- % eventos cardiovasculares
- % adherencia al tratamiento

Análisis de los datos

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados (presentando las medias y % para las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente junto con sus correspondientes intervalos de confianza) así como un análisis comparativo de algunos de los resultados entre el área antes y después de la intervención.

Resultados esperados

El resultado esperado está relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen diabetes en México, esto se reflejará en:

1. Mejoramiento de las condiciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.
2. Mejora del manejo de la diabetes en el nivel primario
3. Mejora del control glucémico de las personas con diabetes bajo cuidados.

Organización de las Sesiones de Aprendizaje

Se estima una participación de 43 equipos de atención primaria. Por lo que participarían alrededor de 110 personas de equipos y miembros del Grupo de Planificación central y de Planificación local o Estatal. En total el número de participantes aproximado en cada una de las reuniones será de unas 130 personas.

Estructura del Proyecto

Grupos de Planificación Nacional (GPN)



Grupo de Planificación Local (GPL)

