

Proyecto VIDA
Veracruz Initiative for Diabetes Awareness



Informe final:

1^{era} Sesión de Aprendizaje (SA1)

(Hotel Misión Xalapa,
Xalapa, Veracruz, México, 1–3 julio 2003)

OPS/DPC/NC/DIA/66/1-167-04

Contenido

Resumen.....	2
Participantes.....	2
Introducción.....	2
Resultados de la Sesión de Aprendizaje 1 (SA1).....	4
A) Resultados de los grupos de discusión.....	4
B) Acuerdos y Compromisos a establecer para el próximo período de acción.....	9
Anexo I: Componentes del Proyecto	11
1. Protocolo del Proyecto de mejoramiento de la calidad de la atención a la diabetes en México	11
2. Estructura del Proyecto	15
3. Paquete de cambios.....	16
4. Los Ciclos de Mejoramiento.....	19
5. Indicadores del Proyecto	20
Anexo II: Agenda.....	21
Primer día (1 julio 2003).....	21
Segundo día y tercer día (2–3 julio 2003)	22
Anexo III: Lista de participantes.....	23



Resumen

La 1^{era} Sesión de Aprendizaje (SA1) del Proyecto VIDA consistió en conferencias de expertos nacionales e internacionales que abordaron los diferentes componentes del modelo de atención, así como grupos de trabajo que discutieron sobre la metodología de la intervención, en la identificación de fortalezas y debilidades y de recursos comunitarios y en la conformación de un plan de acción. Los centros seleccionados presentaron carteles que reflejen el estatus de la atención de la diabetes en sus unidades. Este documento contiene los resultados del trabajo de la primera sesión de aprendizaje así como los acuerdos tomados para la continuación del proyecto.

Participantes

Participaron en la SA1 los equipos de salud de las unidades de los cinco centros de salud de las jurisdicciones de Veracruz y Xalapa. Los centros de salud fueron seleccionados aleatoriamente para implementar la intervención entre los 23 centros urbanos existentes en las dos jurisdicciones. Los centros de intervención son:

- *Xalapa:* Maraboto, Gastón Melo, Coatepec y
- *Veracruz:* Club de Leones, Reserva Torimoya.

Los equipos de atención de los centros de salud que asistieron a la sesión estuvieron conformados por médicos, enfermeras, promotores de salud, nutricionistas y personas con diabetes. La lista de todos los participantes se encuentra en el Anexo III.

Introducción

Dr. Adolfo Merelo Anaya, Servicios de Salud de Veracruz

Pero este programa tiene a todos los factores que van a dar la atención, reúne a todos los trabajadores que en un momento dado en una unidad llevan el proceso de la atención integral al paciente diabético. Un programa de calidad depende de cada uno de nosotros. Uno de los problemas mayores para obtener la calidad es el personal. Es mi interés recalcar que es una motivación personal, que nosotros hagamos las cosas bien, la motivación es una cosa interna que nos mueve a hacer las cosas bien, porque estamos convencidos de que así debemos trabajar yo pienso que cuando todos tengamos la cultura de servicio, la calidad no es un trabajo es un concepto personal, todos los días debemos pensar en la noche como trabajé hoy. En la medida que cada uno de nosotros este motivado y cumpla con su responsabilidad, la calidad va a ser una cosa real y permanente, no habrá necesidad de hacer tantas encuestas. Todo el mundo va a salir satisfecho la calidad se obtienen cuando la expectativa de la institución se cumplen, cuando las expectativa de los pacientes se cubren y cuando las expectativas como trabajadores se cumplen. En el momento que eso se logra, vamos a tener una calidad absoluta en la medida de que nos intereseamos a ser mejores si somos mejore nuestros diabéticos van a recibir la atención adecuada que les permita a los diabéticos tener una calidad de vida mejor.

El servicio de salud de Veracruz agradece muy sinceramente a la OPS a la Secretaria de Salud a nivel federal, a las subsecretarías de haber hecho el esfuerzo de estar con nosotros para analizar, convencer y estar seguro de que nuestra vocación de servicio existe. La motivación no se compra, saquen la que tienen adentro. El interés no nos lo pueden vender, la satisfacción del servicio no la podemos compartir. La realidad es que aprendamos, propongamos, preguntemos, aclaremos dudas, yo estoy convencido que los pacientes diabéticos del estado de Veracruz serán los más satisfechos, bienvenidos a todos y muchas gracias.

Dr. Alfonso Trujillo Plaisant, Subsecretaría de Innovación y Calidad

Desde el punto de vista de la Secretaria de Salud Federal es muy satisfactorio estar con una de las gentes que ha venido trabajando la calidad desde otro ámbito institucional, pero al final de cuenta servicios de salud mexicanos, desde hace 20 años, gracias a OPS Washington y OPS México por el apoyo, pero otro motivo de satisfacción importante es que este proyecto que están a punto de empezar es un claro ejemplo de cooperación social e institucional, de lo que podemos hacer en torno a la calidad. En este proyecto están reunidas las autoridades estatales, municipales, jurisdiccionales, los servicios de salud del estado, la Secretaría de Salud federal a través de la Sub Secretaría de Prevención y Protección a la Salud, la Sub Secretaría de innovación y calidad, organismos internacionales, grupos de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y grupos de paciente con este padecimiento, que es ya una epidemia a nivel mundial. Yo celebro los esfuerzos hechos por los servicios de salud del estado y el apoyo que ha recibido por parte de la OPS para que estemos aquí juntos. Sin duda es un gran esfuerzo, efectivamente no es fácil dejar relativamente descuidado nuestras áreas de trabajo con la carga de trabajo que sabemos que tenemos. Y manifestarle a nuestros pacientes que tienen este padecimiento, que es un padecimiento controlable con una serie de medidas que aquí se van a mejorar para que la calidad de vida sea cada vez mejor y puedan sobrellevar sin necesidad de saturar los servicios de salud con las necesidades que conllevan las complicaciones de la enfermedad. Sin duda el tratamiento de la diabetes demanda algo más que el tratamiento y los servicios de salud, se requiere un esfuerzo educativo adicional para modificar los hábitos de vida del paciente, su alimentación diaria, su cuidado personal, el aprendizaje de la enfermedad y el autocontrol de la glicemia. Sin la educación y participación del paciente la obtención de buenos resultados médicos se dificulta. La finalidad de este proyecto es mejorar la calidad de vida para los personas con diabetes. El proyecto contempla un programa de mejoramiento de la calidad de la atención a la diabetes, el proyecto pretende conseguir un cambio en los modelos de atención a las enfermedades crónicas de forma que se obtengan determinados estándares a través de una evaluación de calidad la atención médica a la diabetes, del diseño y evaluación del mapa de cuidados y las guías clínicas como herramientas de ayuda en la implementación de acciones. La ejecución de un programa integrado de intervención con componentes de calidad de la atención e identificar instrumentos prácticos para el apoyo de la práctica clínica.

La prevalencia de diabetes continua en ascenso en todo el mundo, en 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y que para 1995 esta cifra creció a 135 millones, se espera que para 2025, de seguir como estamos, será de 300 millones. La detección no es una actividad sencilla, ya que esta enfermedad debe ser identificada dentro de la población en general, en los centros de trabajo, lugares de revisión y en los propios servicios de salud. El personal de salud del primer nivel de atención incluyendo internistas, médicos familiares, ginecólogos, pediatras, enfermeras son los grupos más importantes para el éxito del proyecto.

Resultados de la Sesión de Aprendizaje 1 (SA1)

A) Resultados de los grupos de discusión

A1) Grupo de Trabajo 1: Identificación de fortalezas y debilidades

Grupo	Médicos
<i>Tema</i>	<i>Guías clínicas</i>
<i>Facilitadores</i>	<i>Dra. Martha Andrade (Especialista)</i> <i>Dr. Gerson Moreno</i> <i>Dra. Esperanza Medina</i>
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none">• NOM-015• Manual de manejo de insulina• Suficiente personal• Guía de educación al paciente• Equipos multidisciplinario
Debilidades	<ul style="list-style-type: none">• Carencia de guías clínicas• Faltan coordinadores de enseñanza en los centros de salud.• Falta difusión de documentos técnicos en los centros de salud.• Apoyo diagnóstico insuficiente.• Falta abordaje integral de los documentos técnicos.• Tiempo de consulta insuficiente.• Personal insuficiente
Estrategias	<ul style="list-style-type: none">• Difusión semanal de documentos técnicos.• Establecer sesiones clínicas.• Taller de auto evaluación de la NOM en el expediente.• Revisión de expedientes.• Retroalimentación mensual de la información.• Reconocimiento al desempeño de médicos y pacientes.• Solicitud de cursos de motivación al personal.

Grupo	Enfermeras
<i>Tema</i>	<i>Educación</i>
<i>Facilitadores</i>	<i>Dr. Gabriel Gagliardino (Especialista)</i> <i>Dr. Pedro Antonio Lara</i> <i>Dr. Gabriel Alonzo</i>
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre educación • Tiempo • Prioridad • Costo
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de lugar • Intereses económico • Motivación • Educación • Voluntad
¿Otros?	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad • Trabajo en equipo • Voluntad • Equipo • Motivación • Capacitación

Grupo	Otros Profesionales de Salud
<i>Tema</i>	<i>Auto cuidado</i>
<i>Facilitadores</i>	<i>Rosa Aurora Jiménez</i> <i>María Angélica Lagos</i>
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • NOM - 0015 • Insumos: Tarjetones, expedientes • Unificación de criterios en el equipo de salud • Atención Integral del paciente - Equipo Multidisciplinario • Grupos de Ayuda Mutua: * Autoestima, Auto-conocimiento, • Aceptación • Educación, Instrucción • Demostración, Comparación • Diversidad de pacientes
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de estilo de vida • Trabajo personalizado • Falta de seguimiento real de la consulta • Falta de tiempo en las consultas • Carencia de medicamentos • Falta de espacios • Costo de servicios

Grupo	Pacientes
Tema	Grupos de Ayuda Mutua (GAM)
Facilitadores	Edgardo Chillopa (Especialista) Rosa Elba Ramírez Micheline Meiners
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo en los GAM • Motivación Mutua • Actividades para Ejercicio Físico • Convivencias sociales • Apoyo de los equipos de salud • Espacio para hacer actividades
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de estilo de vida • Trabajo personalizado • Falta de seguimiento real de la consulta • Falta de tiempo en las consultas • Carencia de medicamentos • Falta de espacios • Costo de servicios

**A2) Grupo de Trabajo 2: Diagnóstico—
Situación de la Atención a la Diabetes en Veracruz y Xalapa**

(por equipo de atención)*

Indicador/ Centro de Salud	CSGM	CSCO	CSMA	CSCL	CSRT
Control glucémico	2	1.5	3	1.5	1.5
Presión arterial	2.5	3	3.5	3	3
Registro de la revisión de pies	2.5	0.5	2.5	3.5	4
Registro de tratamiento no farmacológico	3	3	3	4	3.5
Registro de tratamiento farmacológico	3	4	4	4	4
Capacitación del paciente diabético	1.5	1.5	3	3	3.5
Disponibilidad de medicamentos en la unidad	1	0.5	1.5	1	3.5
Pacientes que participan en Grupo de Ayuda Mutua (GAM)	-		3		
Grado de cumplimiento de citas	2	2.5	3	2.5	3

* Resultados condensados de dos días (media aritmética).

**Valores: 0= No hay 1= Poco 2= Regular 3= Bien 4= Excelente

A3) Grupo de Trabajo 3: Diagnóstico—Identificación de Recursos Comunitarios

(por equipo de atención)*

Identificación/ Centro de Salud	CSGM	CSCO	CSMA	CSCL	CSRT
ONG	0	0/2	0	0	0
Iglesias	0	4/3	0/1	1/0	0
Centros comunitarios	0	2/3	0	0	0/1
Leones, Rotarios, etc.	0	2	0	4	0
Prensa, radio, tele, etc.	0	0/2	0	2	0
Asociaciones de barrios	1	0/2	0/2	1/0	0/4
Sociedades civiles	0	1	0	3/0	0
Asociaciones profesionales	0	0/3	0	0	0
Fundaciones	0	0	0	0	0
Instituciones	0	0/2			
Otros: Escuelas/Empresas/Municipio	0	0	0	3/4/2	4/0/0

* Resultados condensados de dos días (media aritmética).

**Valores: 0= No hay 1= Poco 2= Regular 3= Bien 4= Excelente

Observaciones por parte de los equipos

Centro de Salud Gastón Melo (CSGM)

- *Fortaleza:* El centro de salud se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, por lo tanto tiene fácil acceso a los recursos comunitarios que se describen.
- *Debilidad:* La jurisdicción sanitaria limita a solicitud directa de apoyo a las asociaciones, teniéndolo que hacer a través del área de "Promoción de Salud" o la que corresponda.

Centro de Salud Reserva Tarimota (CSRT)

En los recursos donde no hay apoyo, proponen mejorar la comunicación e interacción comunitaria. En los centros comunitarios dicen que existe un comité de salud pero no aporta el 100% debido a sus ocupaciones personales y proponen reconstituir el comité o llegar a un acuerdo respecto al horario y tiempo que requiere la actividad. Motivación. Las asociaciones de barrios dicen que funciona bien, gracias el apoyo de la líder comunitaria y que es necesario continuar con esta alianza y más bien fortificarla.

A4) Grupo de Trabajo 4: Estableciendo los Planes de Mejoramiento

(por equipo de atención)*

Centro de Salud Dr. Gastón Melo (CSGM)

1. Revisión de pies en consulta médica
2. Reunión mensual de todos los núcleos para evaluar y retroalimentar, establecer compromisos
3. Establecer acuerdos personalizados para favorecer el cumplimiento de los cambios de estilo de vida
4. Prescribir medicamentos accesibles a los pacientes y que les permita la adhesión al tratamiento (genéricos)
5. Buscar incluir en las reuniones del GAM a profesionales o pasantes en nutrición, educación física, psicología, además de podólogo, trabajador social, promotores de salud

Centro de Salud Coatepec (CSCO)

1. Ingreso de todos pacientes al Grupo de Ayuda Mutua y recalendarizar las sesiones de manera flexible con diferentes turnos y horarios para garantizar la asistencia mensual al total de pacientes
2. Seleccionar a los pacientes de manera integral según riesgo, de mayor riesgo, e iniciar inter consulta con médico internista, oftalmólogo, etc.
3. Educación y concientización sobre la responsabilidad que tiene el paciente en su autocontrol, a través de la consulta, GAM y visita domiciliaria a pacientes inasistentes.
4. Revisión y registro de pié en la consulta y GAM
5. Valoración odontológica a todos pacientes a través de inter.-consulta con odontólogo.
6. Formar promotoras de salud entre los pacientes diabéticos, que colaboren al proyecto.

Centro de Salud Maraboto (CSMA)

- Negociar con el paciente en cada consulta sus metas terapéuticas
- Observar y anotar en cada consulta los cambios de estilo de vida e invitar y motivar al paciente para cumplir y continuar con el tratamiento
- Reunirse mensualmente los núcleos básicos del CS para discutir estrategias para la atención de los pacientes
- Desde la consulta establecer y negociar con el paciente sus metas básicas de tratamiento
- Prescribir medicamentos accesibles a los pacientes
- Ingresar todos los pacientes al GAM
- Referencia y contrarreferencia
- Estimular que los GAM sean autosuficientes, para realizar su auto-monitoreo.

Centro de Salud Clube de Leones (CSCL)

- Referir al paciente al segundo nivel para examen anual con oftalmólogo
- Reunirse mensualmente los Núcleos Básicos para discutir estrategias con la presencia de los pacientes, nombrando un secretario
- Registros en los expedientes clínicos claros y completos
- Revisión del pie
- Establecer con el paciente metas básicas de tratamiento
- Referencia y contrarreferencia
- Inclusión de todos los pacientes al GAM

Centro de Salud Reserva Tarimota (CSRT)

- a. Desde la primera consulta establecer y negociar con el paciente en cada consulta sus metas terapéuticas.
- b. Referir al paciente al segundo nivel para examen oftálmico una vez al año.
- c. Reunirse mensualmente los Núcleos Básicos del CS para discutir estrategias de atención a los pacientes.
- d. Realizar referencias y contrarreferencias de pacientes que no alcancen los objetivos de tratamiento.
- e. Entregar material educativo a los pacientes.
- f. Registro en los expedientes clínicos, claros y completos.
- g. Revisión de los pies en cada consulta.
- h. Promover la inclusión de todos los pacientes en GAM y estimular la participación de sus familias.

B) Acuerdos y Compromisos a establecer para el próximo período de acción

Los compromisos fueron seleccionados del resultado de los grupos de discusión, de forma a unificar el plan de acción para este primer período. Se han elegido las X propuestas más frecuentes entre los centros de salud y más relevantes para lograr los objetivos del proyecto, a saber:

- Reunión mensual de todos los Núcleos Básicos del Centro de Salud para discutir estrategias para la atención de los pacientes, evaluar, retroalimentar y establecer compromisos. La reunión debe contar con la participación de los pacientes y tener un secretario nombrado por el grupo.
- Establecer y negociar con el paciente en cada consulta sus metas terapéuticas
- Ingreso de todos los pacientes en Grupos de Ayuda Mutua y recalendarizar las sesiones de manera más flexible con diferentes turnos y horarios para garantizar la asistencia al menos mensual del total de pacientes.
- Realizar referencias y contrarreferencias de los pacientes que no alcancen los objetivos de tratamiento y/o en mayor riesgo.
- Revisión del pie en la consulta y GAM.

Otras propuestas innovadoras que surgieran de los grupos deben ser discutidas por el GPN y GPL, como el de formar promotoras de salud entre los pacientes diabéticos, que colaboren con el proyecto, búsqueda pro-activa de pacientes inasistentes en visitas domiciliarias.

Acuerdos y compromisos por parte del GPN y GPL **(Referente al periodo de acción julio – octubre/2003)**

Reunión de Trabajo el 2 de julio de 2003, Xalapa, Veracruz, México

- 1- Capacitación en educación para la formación en cada centro de salud de coordinadores en educación (1 médico y hasta 2 enfermeras por unidad).
Responsables: Rosa Aurora y GPL.
Fecha probable: Segunda o tercer semana de agosto. Serán hechos dos cursos de 3 días, un en Xalapa y otro en Veracruz.
- 2- Revisar y adaptar y reproducir el material educativo de CENEXA/ Argentina para los cursos de capacitación.
Responsables: Rosa Aurora y Esperanza (revisión y adaptación) y José Antonio Martínez y GPL (reproducción).
Fecha: Agosto, anterior a los cursos.
- 3- Definición de la fecha de la próxima sesión de aprendizaje (SA2): 15 a 17 de octubre 2003.
- 4- Durante la SA2 el primer día sería destinado a la capacitación clínica, con la participación de un Endocrinólogo y un Podólogo (nacionales o internacionales) y los expertos locales. Responsables por la definición de los nombres: Rosa Aurora y Alberto.
- 5- Realizar un protocolo de revisión de los pies.
Responsable: Oficina Dr. Agustín Lara. *Fecha:* A definir.
- 6- Envío de las Computadoras desde Washington hacia Xalapa.
Responsables: Micheline y Melanie. *Fecha:* 30 de julio 2003.
- 7- Extender las licencias de software para instalación en las computadoras.
Responsables: Saturnino y Gerson. *Fecha:* Agosto 2003.
- 8- Realización de las pruebas de Hemoglobina Glicosilada.
Responsables: JAM y Melanie (contrato con laboratorio) Esperanza y GPL (coordinación con el laboratorio para la realización de las pruebas en los pacientes).
Fecha: 25 de julio.
- 9- Finalización de la aplicación de las cédulas QUALIDIAB.
Responsables: Gerson y GPL. *Fecha:* 30 de julio 2003.
- 10- Recolección de las cédulas en el Banco de Datos.
Responsables: Gabriel y Rosa. *Fecha:* 10 de septiembre 2003.
- 11- Conferencia telefónica para discutir avances.
Fecha: 8 de agosto a las 10hs de México y a las 11hs de Washington.
Participación: OPS, GPN y GPL.
- 12- Visita anterior a la SA2 para verificación de las actividades *in situ*.
Responsables: Melanie, Micheline y JAM. *Fecha:* 29 y 30 de septiembre.
- 13- Establecimiento de comunicación más fluida y coordinada.
Responsable: Micheline. *Fecha:* 21 de julio de 2003.

Anexo I: Componentes del Proyecto

1. Protocolo del Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Atención a la Diabetes en México

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 Subsecretaría 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 Secretaría 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 preestablecidas 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.

2. Estructura del Proyecto

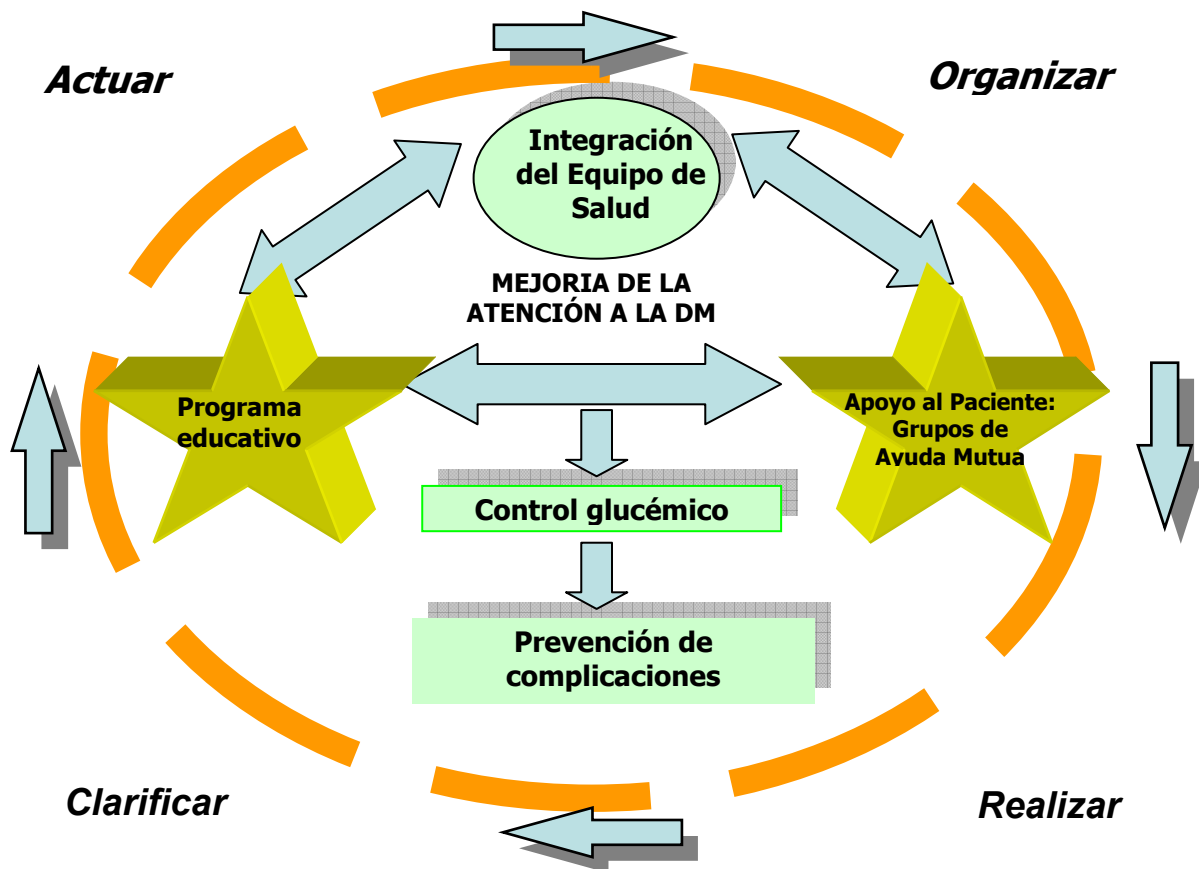
Grupos de Planificación Nacional (GPN)



Grupo de Planificación Local (GPL)



3. Paquete de cambios



Principios Generales

Objetivo general

- Incrementar la calidad de vida de las personas con diabetes a través del mejoramiento de la calidad de la atención.

Objetivos específicos

- Entrenar a todos los pacientes en auto cuidado y control glucémico.
- Lograr en lo posible el control de la glucemia en todos los pacientes (glucosa de ayunas capilar ≤ 126 mg/dl, HbA1c de acuerdo al rango normal del laboratorio) para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas.
- Brindar apoyo emocional a todos los pacientes y sus familiares.

Estrategias

- Organizar capacitación a los equipos de atención sobre diagnóstico y manejo de diabetes y sus complicaciones (pie, ojos, riñones, cardiovascular).
- Formar coordinadores de educación sobre diabetes a los pacientes en cada Centro de Salud.
- Identificar a pacientes con mayor riesgo de padecer complicaciones crónicas (peso, glucemia, incumplimiento de prescripciones) para prestar atención personalizada continua.
- Cumplir con el sistema de referencia y contrarreferencia normado. Establecer ínter consulta con especialista en casos de difícil manejo.
- Implementar Guías de Diagnóstico y Tratamiento en base la Norma Oficial Mexicana de Diabetes (015/ DM).
- Identificar recursos comunitarios para ofrecer apoyo al paciente.
- Incluir a todos los pacientes con DM en tratamiento en Grupo de Ayuda Mutua.
- Monitorear los indicadores del sistema QUALIDIAB al inicio y final del proyecto.

Actividades del paquete de cambios

Prevención de complicaciones

- Negociar con el paciente en cada consulta sus metas terapéuticas (T)
- Garantizar control mensual del paciente.
- Tomar la TA 2 veces por mes y sugerir el uso en lo posible del auto monitoreo por lo menos 1 vez por semana en el grupo de ayuda mutua.
- Indicar exámenes de orina (Creatinina/ Proteunuria) así como perfil lipídico una vez al año.
- Revisión del pie en cada consulta.
- Referir al paciente al segundo nivel para examen visual con dilatación una vez por año.
- Observar y anotar en cada consulta los cambios de estilos de vida (alimentación y actividad física) e invitar y motivar al paciente para cumplir y continuar el tratamiento.

Integración del equipo de atención

- Reunirse mensualmente los núcleos básicos del centro de salud para discutir estrategias de la atención a los pacientes
- Garantizar la presencia de uno o dos pacientes en las reuniones
- Nombrar un secretario para tomar acuerdos y compromisos en las reuniones
- Capacitar al equipo de atención
- Establecer ínter consulta con especialista en casos de difícil manejo.

Control de los índices glucémicos

- Desde la primera consulta establecer y negociar con el paciente sus metas básicas de tratamiento.
- Revisar con el paciente en cada consulta sus metas de control, si se alcanzaron o no y anotar las causas y nuevas estrategias establecidas para su cumplimiento.

Protocolos clínicos: atención al paciente

- Prescribir medicamentos accesibles (cuadro básico de medicamentos) a los pacientes.
- Realizar examen de pies, riñones, cardiovasculares, ojos, etc., en cada consulta.
- Realizar referencia y contrarreferencia de pacientes que no alcancen los objetivos de tratamiento. (T)

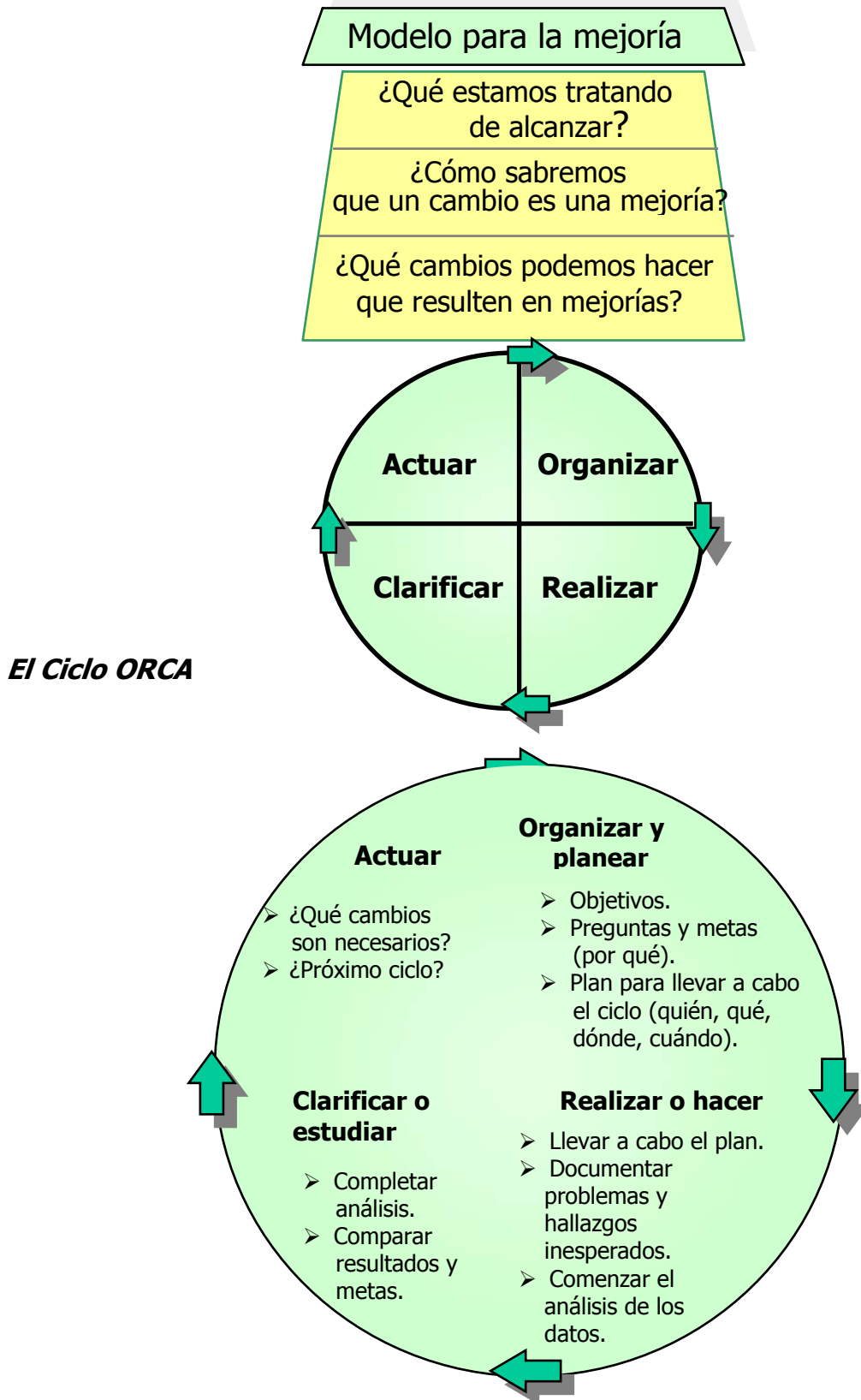
Apoyo al paciente

- Promover la inclusión de todos los pacientes en Grupos de Ayuda Mutua y estimular la participación de sus familias
- Incluir en las reuniones de los GAM a profesionales o pasantes de Nutrición, Educación Física, Psicólogo, Podólogo, Trabajador Social, Promotores de salud (T)
- Apoyo psicológico al paciente y su familia
- Entregar material educativo a los pacientes.
- Implementar consultas colectivas utilizando los grupos de autoayuda. (M)

Vigilancia y manejo de la información

- Registro en los expedientes clínicos claros y completos
- Documentar todas las actividades desarrolladas por los núcleos y GAM.
- Apoyar las supervisiones y evaluar sus resultados.

4. Los Ciclos de Mejoramiento



5. Indicadores del Proyecto

Indicador	Definición	Fuente para recolección de la información	Nivel basal	Meta a lograr
1. Control <u>glucémico</u>	Cifra menor a 126 mg de glucosa	EXPEDIENTE CLINICO	34%	40%
2. Presión arterial	Cifra menor a 130/80 mm de Hg	EXPEDIENTE CLINICO	40%	50%
3. Registro de la revisión de pies	Revisión del estado de la piel uñas, temperatura, presencia de pulsos y reflejos <u>osteotendinosos</u> de los pies de pacientes diabéticos.	EXPEDIENTE CLINICO	0%	50%
4. Registro de tratamiento no farmacológico	Registro de alimentación y actividad física.	EXPEDIENTE CLINICO	40%	80%
5. Registro de tratamiento farmacológico	Registro de los medicamentos que esta tomando el paciente diabético.	EXPEDIENTE CLINICO	90%	100%
6. Capacitación del paciente diabético Pendiente de incluir	Conocimiento de información para controlar la enfermedad	Cuestionario	Definir	Definir
7. Disponibilidad de medicamentos	Medicamento disponible para el paciente diabético en tratamiento	EXPEDIENTE CLINICO	Información Estatal	90%
8. Grado de cumplimiento de citas	Asistencia	Tarjeta de Registro y Control de DM	-Investigar -Muestra	Un 50% en relación a lo que tengan

Estrategias:

Implementación de guías clínicas basadas en evidencias para control glucémico y complicaciones (cardiovasculares, oculares, renales y pie)

Introducción de las visitas médicas colectivas.

Interconsulta de especialista con el equipo de atención primaria.

Anexo II: Agenda

Primer día (1 julio 2003)

09:00-09:20 Bienvenida e Introducción [Generalidades de la SA1].

Dr. Adolfo Merelo Anaya, Servicios de Salud de Veracruz

Dr. Alfonso Trujillo Plaisant, Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dr. Agustín Lara, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud

Dra. Melanie De Boer, OPS México.

Dr. Alberto Barceló, OPS Washington USA

Dra. Micheline Meiners, OPS Washington USA

09:20-10:00 Presentación de la Misión, Objetivos y Metodología del Proyecto VIDA. Dr. José A Martínez, Subsecretaría de Innovación y Calidad

10:00-10:20 Presentación de los grupos

10:20-11:00 Mejoría de la Atención a la Diabetes: Paquete de Cambios.

Dr. Alberto Barceló, OPS-Washington DC.

11:00-11:30 Papel de la Educación y el Auto cuidado en la Prevención y el Control de la Diabetes: PENID-LA.

Dr. Gabriel G. Gagliardino, CENEXA (UNLP-CONICET), Centro Colaborador OPS/OMS, La Plata, Argentina

12:00- 12:30 Receso para visita a los carteles.

12:30- 13:30 Presentación teórico-práctica del modelo PEDNID-LA.

Dr. Gabriel G. Gagliardino, CENEXA (UNLP-CONICET), Centro Colaboraador OPS/OMS, La Plata, Argentina

13:30-15:00 Grupos de Discusión (por área profesional):

- Guías Clínicos: Médicos
- Educación: Enfermeras
- Auto cuidado: Otros profesionales (Pié diabético y Nutrición)
- Grupos de Ayuda Mutua: Pacientes

15:00-15:30 Presentación de Resultados de los Grupos.

15:30

Almuerzo

Segundo día y tercer día (2–3 julio 2003)

09:00-09:30 Situación de la Diabetes en México

Dr. Agustín Lara / Dra. Rosa Aurora Jiménez

09:30-10:30 Grupos de Discusión: Situación de la Atención a la Diabetes en Veracruz y Xalapa

➤ Por equipo de atención: Diagnóstico.

10:30-11:30 Grupo de Discusión: Identificación de Recursos Comunitarios.

➤ Por equipo de atención: Diagnóstico.

11:30-12:00 Estrategias para la Mejoría de la Atención en la Diabetes: Aplicación de la Norma Nacional Mexicana.

12:00-12:30 Receso para visita a los carteles

12:30-14:00 Grupos de Discusión: Estableciendo los Planes Mejoramiento

➤ Por equipos de Atención

14:00-14:40 Presentación del Trabajo de los Equipos

14:40-15:30 Clausura: Compromisos de Intervención para la Mejoría de la Atención a la Diabetes.

Dr. José A Martínez, Dr. Agustín Lara, Dra. Rosa Aurora Jiménez y Dr. Saturnino Navarro

15:30

Almuerzo

Anexo III: Lista de participantes

CS = Centro de Salud
HSZ = Hospital Sub Zona

No.	Nombre	Procedencia
1	Enf. Agripina Gomez	CS Maraboto
2	Enf. Noelia Ferra Guzmán	CS Maraboto
3	Dra. Verónica Andrade Huesca	CS Maraboto
4	Dra. Rosa M. Carmona Libreros (NB 3)	CS Maraboto
5	Jorge Adrián Suárez Jacome	CS Maraboto
6	Ricardo Palacios	HSZ Coatepec
7	Enf. Angela Acosta R	CS Dr. Gaston Melo
8	Dr. Edmundo Guerrero Chena	CS Dr. Gastón Melo
9	Dr. Aníbal Guerrero Méndez (NB5)	CS Maraboto
10	Dr. Mariano Hernández Ortega	CS Dr. Gastón Melo
11	Ma. del Carmen Hernández Ceballos	CS Maraboto
12	María Alejandra Pérez A.	CS Maraboto
13	Paz Soto G.	CS Dr. Gastón Melo
14	Dra. Marisol	CS No. 7
15	Enf. María	CS Dr. Gastón Melo
16	Dr. Eduardo G. Pale A.	CS Maraboto
17	Enf. Maria Sosa y Aguilar	CS Dr. Gastón Melo
18	C.D. Elizabeth Pérez Pérez	HSZ Coatepec
19	Dr. Ángel Cortez Lagunes	CS Regional Revolucion
20	Nutr. María de los Ángeles Ramírez	CS Maraboto
21	Dr. Ramon Pérez Zarate	CS Maraboto
22	Dr. Cecilio Sánchez y Chacón	CS Maraboto
23	Dr. Gustavo Guevara Hernández	CS Coatepec
24	Lic. Martha Quitano M,	Jurisdicción
25	Enf. Lucrecia Santiesteban	CS Dr. Gastón Melo
26	Virginia Rodríguez González	CS Maraboto
27	Enf. María Floriberta Cortes Zarate	CS Maraboto
28	Enf. Hortencia Cortez C.	CS Maraboto
29	Enf. Rosario Garcia Soto	CS Reserva Tarimoya
30	Dra. Susana Contreras	CS Reserva Tarimoya
31	Dr. Felipe Kuri Elias	CS Reserva Tarimoya

No.	Nombre	Procedencia
32	Dra. Obdulia Pérez	CS Maraboto
33	Enf. Zoila Licon H.	CS Maraboto
34	Leobigilda Flores López	CS Maraboto
35	Karla Suhey Yoldi Aguirre	CS Reserva Tarimoya
36	Dr. Mario Humberto Silva Andraca	CS Reserva Tarimoya
37	Dr. Abraham Pablo Herrera A.	CS Reserva Tarimoya
38	Enf. Cinthia Karina de la Rosa Ascanio	CS Reserva Tarimoya
39	Enf. Abelina Dominguez Garcia	CS Reserva Tarimoya
40	Enf. Laura Salgado Martínez	CS Reserva Tarimoya
41	Enf. Aurea del Socorro Gutiérrez D.	CS Maraboto
42	José E. E.	
43	Carlos M.E. Caballero	CS Reserva Tarimoya
44	Angélica Martínez	CS Reserva Tarimoya
45	Dra. Rosa E Ramírez C.	Responsable Jurisdicción Calidad VIII
46	Dra. Raquel Durán Morales	CS Maraboto
46	Xalli González Rivadeneira	HSZ Coatepec
47	Catalina Jiménez Pérez	HSZ Coatepec
48	Susana Villapudua Villapudua	CS Dr. Gastón Melo
49	Mara Alicia Gómez Becerra	CS Maraboto
50	Alejandro Escobar Boquiño	HSZ Coatepec
51	Dr. Isaias R. Contreras F.	CS Dr. Gastón Melo
52	Enf. Tania Martínez Lozano	HSZ Coatepec
53	Nutr. Celestina Villa D.	HSZ Coatepec
54	Alberta Hernández Mavil	HSZ Coatepec
55	Carlos Mejía Caballero	CS Dr. Gastón Melo
56	Rosandra Garcia Martínez	CS Dr. Gastón Melo
57	Dra. María del Jesús Patricia Mesa Trejo	CS Dr. Gastón Melo
58	Jerónimo Alba	CS Dr. Gastón Melo
59	C. Hernández Francisco de Martín	HSZ Coatepec
60	Dra. Martha González Andrade	Experta
61	Dr. Castillo Romero	CS Dr. Gastón Melo
62	Armida Hernández M.	CS Dr. Gastón Melo
63	Enf. Isabel A. Flores	CS Dr. Gastón Melo
64	Juana García	Sub Atencion Médica
65	Dra. Rosa Maria Ortiz Campos	CS Dr. Gastón Melo

No.	Nombre	Procedencia
66	Dra. Fabiola Hernández	CS Maraboto
67	Dr. Jesus Vasconcelos L.	CS Dr. Gastón Melo
68	Enf. María Monserrat Rizobra	CS Dr. Gastón Melo
69	Enf. Adriana M, Torres B,	CS Dr. Gastón Melo
70	Enf. F.Rosalía Jiménez González	CS Dr. Gastón Melo
71	Luisa Otilia Navarro Ortiz	CS Maraboto
72	Gisela Gómez Fuentes	CS Dr. Gastón Melo
73	Silvia O. Gómez Fuentes	CS Dr. Gastón Melo
74	Ernestina Limón Salas	CS Dr. Gastón Melo
75	Dr. Jose A Tejeda Olmos	CS Dr. Gastón Melo
76	Martha Mendez Castillo	
77	Alicia Vasconcelos Landero	CS Dr. Gastón Melo
78	Orozco Marthen Arturo	CS Dr. Gastón Melo
79	María de los Ángeles Parra	CS Dr. Gastón Melo
80	Enf. Amelia Ramos Peña	CS Dr. Gastón Melo
81	Dra. Carmen Cristina Uscanga	HSZ Coatepec
82	Enf. María de Lourdes Aguilar	CS Maraboto
8	Enf. Margarita Parra B.	CS Maraboto
84	Jovita Hernández	CS Maraboto
85	Bertha Cruz Hernández	CS Maraboto
86	Dra. María del Socorro Martínez Álvarez	HSZ Coatepec
87	María Lucina Hernández J.	HSZ Coatepec
88	Dra. Matilde Blásquez Pozos	HSZ Coatepec
89	Enf. Olimpia López Mora	HSZ Coatepec
90	Enf. Hilda Morales C.	CS Coatepec
91	Enf. María de los Ángeles Marínez García	CS Coatepec
92	Enf. Miriam Flores Cuevas	CS Coatepec
93	Dra. Gregoria Cázares Carrillo	CS Coatepec
94	Paciente Mireya López Martínez	CS Coatepec
95	Paciente Leonor López	CS Coatepec
96	María Luisa Falfán	CS Maraboto
97	Enf. Danae Vásquez Quijano	CS Coatepec
98	María del Carmen Hernández Ceballos	CS No. 7 VIII
99	Juana Guadalupe	CS No. 7
100	Isis Olga Rodríguez V.	CS No. 7

No.	Nombre	Procedencia
101	María Angélica Lagos Flores	Responsable Jurisdicción Adulto VIII
102	Angélica Colorado Yoval	HSZ Coatepec
103	Enf. Elizabeth Jiménez Durán	HSZ Coatepec
104	Rosa López Perez	CS No. 7
105	Araceli González Martínez	CS No. 7
106	Psic. Aida Rodríguez López	CS No. 7
107	Enf. Albina Jiménez Domínguez	CS No. 7
108	José de Jesús Moreno C.	CS No. 7
109	Dr. Isaias R. Contreras Fernandez	C.S Dr. Gastón Melo
110	Dr. Othon Aquino Castillo	CS Dr. Gastón Melo
111	Dra. Jania Cruz	CS Maraboto
112	Dra. Marisol A Sánchez	SC Club de Leones
113	Dr. Francisco de Martín Cortés Hernández	CS Coatepec
114	Dr. Gabriel Alonso Nuñez	RWES Calidad Xalapa
115	Dr. Gerson Moreno Monfil	Responsable Estatal Calidad
116	Dra. Martha Esperanza Medina Holguín	Responsable Estatal Pasaa
117	Dr. Jorge Adrian Suárez Jacome	
118	María del Carmen Villalobos	CS No. 7
119	Juana Santiago Garcés	Oficina Central
120	Armando Martínez	CS 7
121	Psic. Barbara D. Arieta Hernández	CS Gastón Melo
122	Maria del Socorro Guzmán P.	CS No. 7
123	Alma Catalina Justerisck Hernández	Jurisdicción 5