

**Proyecto VIDA**  
Veracruz Initiative for Diabetes Awareness



# Informe final: 2ª Sesión de Aprendizaje (SA2)

(Hotel Calinda Veracruz, Veracruz, Veracruz,  
México, 26–28 noviembre 2003)

OPS/DPC/NC/DIA/66/1-163-04

## Contenido

Resumen.....	1
Participantes.....	2
Instalación de la SA2 y Bienvenida .....	2
Relato de Progreso del Proyecto VIDA .....	3
Introducción.....	3
Resultados de la 2ª Sesión de Aprendizaje (SA2) .....	3
A) Resultados de los grupos de Discusión .....	3
B) Plan de Intervención para el próximo período de acción.....	11
Anexo I: Componentes del Proyecto .....	12
1. Protocolo del Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Atención a la Diabetes en México .	12
2. Estructura del Proyecto .....	16
3. Modelo de atención a la diabetes .....	17
Descripción de las áreas del modelo de la atención a la diabetes .....	17
4. Paquete de cambios.....	19
5. Los Ciclos de Mejoramiento.....	22
6. Evaluación de Tecnologías en Salud.....	23
7. Informe de hemoglobinas glicosiladas.....	31
8. Indicadores del Proyecto .....	32
Anexo II: Agenda.....	33
Primer día, 26 noviembre 2003 .....	33
Segundo día y tercer día, 24–25 noviembre 2003 .....	34

## Resumen

La SA2 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, evaluaron los cambios probados y resultados obtenidos del Período de Acción 1 y propusieron un nuevo Plan de Acción para el Período de Acción 2. También se hizo una evaluación de recursos en salud (ACIC) por cada centro de salud. Se realizaron conferencias de capacitación clínica en endocrinología y en pie diabético. Los centros de salud presentaron carteles que reflejaron los avances alcanzados

en la atención de la diabetes en sus unidades en el primer Período de Acción. Este documento contiene los resultados del trabajo de la segunda sesión de aprendizaje así como los acuerdos tomados para la continuación del proyecto.

## Participantes

Participaron en la 2ª Sesión de Aprendizaje (SA2) 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 y Coatepec;
- *Veracruz*: Club de Leones y Reserva Tarimoya.

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.

## Instalación de la SA2 y Bienvenida



## Relato de Progreso del Proyecto VIDA

*Dr. Alberto Barceló, OPS-Washington, DC*

### Introducción

*Dr. Fernando Tapia (en representación Dr. Agustín Lara)  
Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud*



## Resultados de la 2ª Sesión de Aprendizaje (SA2)

### A) Resultados de los grupos de Discusión

#### **A1) Grupo de Trabajo 1**

- *Casos Clínicos:*  
Médicos
- *Mediciones TA, IMC, Glucose:*  
Enfermeras
- *Alimentación:*  
Otros profesionales y Pacientes



**A2) Grupo de Trabajo 2: Evaluación de Atención a Enfermedades Crónicas**  
*(Assessment of Chronic Illness Care | ACIC, Version 3.5, adaptado al español)*

Se entregaron los formularios para la evaluación a cada uno de los participantes. Han trabajado en grupos formados de acuerdo a los centro de salud. Cada grupo tenía un facilitador que se mantenía neutro en las discusiones, pero que apoyaba el grupo y ayudaba a las discusiones en caso se creara una situación polémica. El trabajo consistió en que los grupos discutieran cada punto de la evaluación, de acuerdo con las áreas del cuestionario y llegasen a un consenso en cuanto al nivel (A, B, C o D) y valores presentado para establecer los recursos disponibles para la atención del paciente.

Unidad de Salud	Media por área						Total	Media global
	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6		
Centro de Salud Dr. Gastón Melo (CSGM):	4.3	2.7	5.5	6.7	7.6	5.1	31.9	5.3
Centro de Salud Coatepec (CSCO)	4.5	2.8	5.6	4.75	6.3	5.2	29.1	4.8
Centro de Salud Maraboto (CSMA)	4.7	5.7	7.5	3.5	7.3	5.2	33.9	5.6
Centro de Salud Clube de Leones (CSCL)	5.4	7.8	7.3	6.5	8	6.4	41.4	6.9
Centro de Salud Reserva Tarimota (CSRT)	4.8	2.8	5	6.1	5.4	7.2	31.3	5.2

**A3) Grupo de Trabajo 3: Evaluación del Primer Periodo de Acción**

Teniendo en consideración los compromisos siguientes asumidos en la SA1,

1. 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,
2. Establecer y negociar con el paciente en cada consulta sus metas terapéuticas,
3. Ingreso de todos los pacientes en Grupos de Ayuda Mutua y re programar las sesiones de manera más flexible con diferentes turnos y horarios para garantizar la asistencia al menos mensual del total de pacientes,
4. Realizar referencias y contrarreferencias de los pacientes que no alcancen los objetivos de tratamiento y/o en mayor riesgo,
5. Revisión del pie en la consulta y GAM;

Los grupos de discusión fueron separados por centro de salud llenaron las hicieron una evaluación de los resultados obtenidos, utilizando la planilla siguiente:

## Centro de Salud Dr. Gastón Melo (CSGM)

Cambios probados	Meta	Descripción de lo que se hizo	Resultados obtenidos
Realizar 03 reuniones mensuales	Integrar los núcleos básicos y los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó reunión con núcleos básicos y pacientes.</li> <li>➤ Se forma grupo con representante y se levanta acta correspondiente</li> </ul>	Fortalecimiento del equipo de salud y mejora de la comunicación prestador de salud – paciente.  Se consolida los GAM
Establecer metas de tratamiento con los pacientes	Actuar en 100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negociación de metas con los pacientes con cada integrante del equipo de salud</li> <li>➤ Vigilar que se cumplan las negociaciones, mensualmente con los pacientes.</li> </ul>	Fortalecimiento de la comunicación interpersonal; 90% pacientes con metas establecidas
Ingresar los pacientes al GAM	Lograr el 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Convocatoria a todos los pacientes,</li> <li>➤ Formalización de los GAM</li> <li>➤ Se ajustó día y hora atendiendo la demanda de los pacientes</li> <li>➤ Reunión por núcleo y posteriormente general para establecer los GAM</li> </ul>	Entre 50 y 60% de los pacientes asistió al GAM
Referencia de paciente a especialista	El 100% de pacientes se citaron consulta a especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se refirió a psicología, podología, nutrición, dentista, nefrología, psiquiatría y oftalmología.</li> </ul>	Se han diferido pacientes en oftalmología. Las demás especialidades fueron atendidas.  No hubo contra-referencia de parte de los especialistas
Revisión de los pies en las consultas y GAM	El 100% de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se revisa a pacientes al 100% y se refiere a la especialidad de podología</li> </ul>	Se espera disminuir la frecuencia del pie diabético y complicaciones

## Centro de Salud Coatepec (CSCO)

Cambios probados	Meta	Descripción de lo que se hizo	Resultados obtenidos
Reunión mensual para retroalimentación	Participación integral de los núcleos básicos, equipo multidisciplinario de 2º nivel y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se promovió y realizó reunión para informar el proyecto al total de pacientes y profesionales</li> </ul>	No hemos logrado la asistencia total de los integrantes de los 8 núcleos básicos
Mejorar comunicación médico-paciente	Lograr sensibilizar al personal para mejorar la técnica didáctica y concienciar a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó un Concurso Intrahospitalario para elaboración de material didáctico encaminado al Proyecto VIDA</li> </ul>	Se presentaron 10 equipos de trabajo. Hubo 3 ganadores que presentaron diferentes y creativas técnicas didácticas
Establecer metas de tratamiento con los pacientes	100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trato individualizado,</li> <li>➤ Revisión de los compromisos realizados,</li> <li>➤ Actividades de motivación individual y colectiva.</li> </ul>	Fueron parciales
Ingresar los pacientes al GAM	Lograr el 100% de los paciente en el GAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó reunión entre equipo multidisciplinario</li> <li>➤ Se realizaron visitas domiciliarias al total de pacientes.</li> <li>➤ Se realizó prueba de Hemoglobina glicosilada</li> <li>➤ Se estableció 2 diferentes horarios para funcionamiento de los GAM</li> </ul>	Asistencia de 93% de los pacientes a los GAM
Referencia de paciente a especialista	Referir al total de pacientes a una valoración anual con las diferentes especialidades del 2º nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se priorizó las referencias a los especialistas de forma programada según a las necesidades de los pacientes</li> </ul>	78% de los pacientes fueron remitidos. No se ha encontrado la respuesta esperada de los especialistas, sobretodo en medicina interna y oftalmología
Revisión de los pies en las consultas y GAM	Lograr la revisión en todos los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitó los médicos en el tema "Pié Diabético", permitiendo unificar criterios para la revisión mensual,</li> <li>➤ Distribución entre los pacientes de materiales de prevención y auto cuidado de los pies,</li> <li>➤ Se realizó las revisiones de los pies en las consultas y GAM.</li> </ul>	La revisión de los pies pasa ser realizada tanto por el personal médico y de enfermería como por el propio paciente.



## Centro de Salud Maraboto (CSMA)

Cambios probados	Meta	Descripción de lo que se hizo	Resultados obtenidos
Realizar 01 reunión mensual (por núcleo)	Intercambiar experiencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizan las reuniones entre personal médico y paramédico</li> <li>➤ Se unifican criterios en la Atención del Paciente Diabético.</li> </ul>	Los resultados son parciales al planeado
Asistencia de los pacientes a sus citas con regularidad	Mejorar el índice glucémico	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se promovió Ínter consulta nutricional periódica;</li> <li>➤ Se sensibilizó y creo conciencia al paciente-familia sobre su padecimiento.</li> </ul>	Favorables
Ingresar los pacientes al GAM	Mejorar estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se invitó a todos y cada uno de los pacientes;</li> <li>➤ Se hicieron reuniones en la comunidad;</li> <li>➤ Se les explicó del proyecto VIDA.</li> </ul>	Medianamente favorables
Referencia de paciente a especialista	Evitar complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se priorizo a los pacientes no controlados.</li> </ul>	No hay contrarreferencia
Revisión de los pies en las consultas y GAM	Disminuir la incidencia de pié diabético	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisión minuciosa de todos los pacientes;</li> <li>➤ Detección de diferentes padecimientos, como onicomicoses (muy frecuentes).</li> </ul>	Favorable

## Centro de Salud Clube de Leones (CSCL)

Cambios probados	Meta	Descripción de lo que se hizo	Resultados obtenidos
Realizar 01 reunión mensual	3 reuniones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se invita a todo personal médico a través de aviso en el centro de salud y de modo personal.</li> <li>➤ En las reuniones se discute la mejoría de la relación médico-paciente, la mayor integración de los pacientes y aumentar el interés del paciente en el auto cuidado.</li> </ul>	Se lograron 2 reuniones de las 3 programadas, con participación de todo el grupo
Asistencia de los pacientes a sus citas con regularidad	Mejorar en 100% de los pacientes su índice glucémico, su dieta y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se les informa a los pacientes en las consultas sus cifras de glicemia.</li> <li>➤ Se les hace saber como están en su control.</li> </ul>	Mejoría en un 80%. Falta sensibilización de parte de los pacientes
Ingresar los pacientes al GAM	Ingresar 100% de los pacientes en tratamiento al GAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En cada consulta se invita a los pacientes a integrar al GAM. También la invitación es hecha por todos los integrantes del equipo de salud.</li> </ul>	Se ha incrementado la asistencia en un 70% al GAM
Referencia de paciente a especialista	Referir el 100% de los pacientes que no alcancen sus metas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se elaboró formato de referencia a especialistas.</li> <li>➤ Se ¿?? Los servicios de 2º nivel con las especialidades básicas.</li> </ul>	Más de 90% de referencias Se están recibiendo algunas contrarreferencias
Revisión de los pies en las consultas y GAM	Revisión del pie en 100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se efectuó una reunión con todo el personal, a respecto de la importancia de la revisión de los pies.</li> <li>➤ Se estipuló la revisión mensual en la consulta y en GAM.</li> </ul>	Se realizó en cerca de 90 – 95%.



## Centro de Salud Reserva Tarimota (CSRT)

Cambios probados	Meta	Descripción de lo que se hizo	Resultados obtenidos
Retroalimentación médica continua mediante reunión semanales con revisión de expedientes	Realizar 04 reuniones mensuales Mejorar la atención y vigilancia del paciente diabético Mejorar la calidad el llenado del expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se unificaron criterios para manejo integral del paciente diabético;</li> <li>➤ Capacitación del equipo para la prevención y detección oportuna de pacientes con factores de riesgo.</li> </ul>	Aumento del número de pacientes bajo control.
Reunión mensual con pacientes y equipo de salud	Al menos 1 reunión mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se le creó conciencia al paciente de su padecimiento;</li> <li>➤ Se realizó la exploración física;</li> <li>➤ Se midió la glicemia capilar y se hizo la toma de la hemoglobina glicosilada;</li> <li>➤ Se nombró un secretario.</li> </ul>	Se hizo 1 reunión donde participaron 18 pacientes y tuvo duración de una hora. Tuvo buenos resultados porque se logró integrar todo el equipo.
Concienciar los pacientes sobre las metas de su tratamiento	100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En cada consulta se toman signos vitales y síntomas, se hace la glicemia capilar, revisión de fondo de ojo y demostración visual con recursos propios de la unidad.</li> </ul>	Mejora del control glucémico, mejor entendimiento del paciente de su enfermedad.
Ingresar los pacientes al GAM	100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se ofreció horarios más flexibles de acuerdo a las necesidades de los pacientes,</li> <li>➤ Se invitó a todos los pacientes en su consulta y por mostrarles los GAM en sesiones</li> </ul>	Se duplicó el número de pacientes en el GAM (51% del total)
Referencia de paciente a especialista	Referir a todos los pacientes que no alcancen su meta terapéutica, y Referir periódicamente todos los pacientes para valoración de retinopatía y neuropatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se refirió a los pacientes para valoración oftalmológica,</li> </ul>	Resultados parciales, No hay contrarreferencia
Revisión de los pies en las consultas y GAM	100% de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se revisaron los pies en cada consulta por el médico para oportuna detección de complicación,</li> <li>➤ Se instruyó los pacientes sobre su revisión periódica y cuidados especiales</li> </ul>	Mejora en la exploración física del paciente. Mejora del auto-cuidado por parte del paciente

## ***A4) Grupos de Trabajo 4: Planeando el Período de Acción 2***

### **Centro de Salud Dr. Gastón Melo (CSGM)**

1. Garantizar el control del paciente: fortalecer acciones de promoción y educación, facilitar el acceso del paciente a medicamentos, tiras reactivas, implementar consulta multidisciplinaria y con especialista y reforzar visitas domiciliarias;
2. Registros de las actividades en los expedientes clínicos: valoración de los expedientes clínicos en las reuniones de trabajo de los núcleos básicos;
3. Revisión del pie del paciente, según procedimiento normado cada 6 meses y revisión mensual;
4. Referencia y contrarreferencia de pacientes, concertar con 2º nivel, comprometiendo también al comité jurisdiccional;
5. Tomar la TA 2 veces al mes;
6. Realizar el auto monitoreo con glucosas semanales; buscar recursos comunitarios para autofinanciar los GAM para realización de glucemias (glucómetro, tiras)
7. Formar promotores: seleccionar y capacitar entre los pacientes candidatos a promotores, acreditarlos, dar apoyo logístico y evaluar el impacto.

### **Centro de Salud Coatepec (CSCO)**

1. Garantizar control mensual del paciente: visita domiciliaría y reconquista;
2. Observar y anotar en cada consulta los cambios de estilos de vida y motivar al paciente a continuar;
3. Realizar reunión mensual tomando en cuenta opinión y sugerencia del paciente;
4. Enseñar a los pacientes comer adecuadamente, llevando a cabo demostraciones alimentarias;
5. Unificar criterios del personal de 1er y 2º nivel;
6. Garantizar insumos y medicamentos a los pacientes.

### **Centro de Salud Maraboto (CSMA)**

1. Reestructurar los GAM: programar grupo para el turno vespertino, incluir profesionales del equipo interdisciplinario en las reuniones, estimular la participación de familiares;
2. Apoyar las supervisiones y evaluar sus resultados;
3. Estimular el auto monitoreo del paciente para lograr niveles óptimos de TA, glucosa, lípidos e IMC;
4. Revisar los pies, para evitar complicaciones;
5. Referir los pacientes que no logren sus metas terapéuticas y anualmente todos los pacientes a oftalmología;
6. Realizar reuniones mensuales y nombrar secretario para tomar los acuerdos y compromisos

### **Centro de Salud Clube de Leones (CSCL)**

1. Indicar exámenes de orina y perfil lipídico una vez al año;
2. Revisión del pie en cada consulta;
3. Referencia para el 2º nivel en oftalmología;

4. Verificar registro en los expedientes clínicos claros y completos;
5. Realizar referencia de pacientes que no alcanzan los objetivos de tratamiento y/ o en mayor riesgo.

### **Centro de Salud Reserva Tarimota (CSRT)**

1. Capacitar y concienciar al paciente sobre las complicaciones y riesgos incapacitantes y letales;
2. Dar seguimiento a los índices glucémicos;
3. Establecer ínter consulta con especialistas en casos de difícil manejo;
4. Referencia una vez al año a oftalmología;
5. Capacitar equipo de atención;
6. Insistir en el apoyo por parte de nutrición y otras especialidades de 2º nivel, para la realización de la referencia y contrarreferencia;
7. Revisión periódica de los expedientes

### **b) Plan de Intervención para el próximo período de acción**

El desarrollo del proyecto VIDA se centra en el rol de los médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos del primer nivel de atención. El objetivo del programa es realizar cambios que faciliten los esfuerzos del equipo para mejorar la calidad de la atención a las personas con diabetes. Se desarrollaran equipos educativos en los centros de salud que faciliten el aprendizaje de los pacientes y motiven el mejoramiento del auto cuidado. El programa será monitoreado y la información recolectada será utilizada para realizar el mejoramiento continuo del programa. Después de obtener resultados satisfactorios al final del primer año de la intervención, los Servicios de Salud de Veracruz consideraran su extensión al resto de los centros de salud del estado.

La intervención consistirá en la implementación del paquete de cambios a través de:

- Seguir los protocolos establecidos en la Norma Oficial Mexicana de Diabetes.
- Todos los pacientes establecerán objetivos de tratamiento junto al medico.
- Todos los pacientes deberán ser evaluados por la nutricionista.
- Implementar un programa educativo con evaluación del conocimiento del paciente antes y después.
- Brindar apoyo emocional a los pacientes.
- Realizar detección temprana y acciones preventivas de pie diabético, neuropatía, retinopatía y neuropatía y complicaciones cardiovasculares.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para todos los pacientes incluidos en el proyecto.
- Implementar consulta médica colectiva para los grupos de ayuda mutua promoviendo el intercambio de experiencias en la solución de problemas cotidianos en el manejo de la diabetes.
- Promover la incorporación de todos los pacientes a los Grupos de Ayuda Mutua así como la búsqueda de recursos comunitarios para el apoyo de las personas que padecen diabetes.

La intervención se desarrollará en las unidades seleccionadas, y cada 3 o 4 meses se realizará una sesión de aprendizaje con personal de los centros de salud, médico, enfermera, promotor de salud, trabajadora social, nutriólogo, cirujano dentista, psicólogo y

personas con diabetes. Las sesiones se realizarán durante tres días, siendo el 1er. día obligatorio y los días 2<sup>do</sup> y 3<sup>ro</sup> a escoger uno). Los equipos que no estén presentes en al menos en el 75% de las sesiones no podrán participar en la intervención.

Los expertos y las autoridades del estado y nacionales deberán valorar la necesidades y existencias de asesores metodológicos tales como endocrinólogos, podólogos, psicólogos, nutriólogos y otros especialistas.

## 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 una un análisis comparativo de algunos de los resultados entre el área antes y después de la intervención.

## ***Resultados Esperados***

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

1. Mejoramiento de las condiciones para el diagnostico 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. Modelo de atención a la diabetes

## Modelo de la atención a la diabetes



Más salud para las personas con diabetes

Descripción de las áreas del modelo de la atención a la diabetes

#### **1. Organización del Sistema de Salud**

Los sistemas de atención de salud pueden crear un ambiente en el cual los esfuerzos organizados para mejorar la atención de salud a la diabetes se afianzan y prosperan. Los elementos críticos incluyen un enfoque coherente a la mejoría del sistema, al liderazgo comprometido con los responsables de la mejoría de los resultados clínicos, y a los incentivos a los proveedores y a los pacientes para mejorar la atención y adherirse a las normas/guías clínicas (incluidos incentivos no financieros tales como reconocimiento y estatus).

#### **2. Recursos de la Comunidad**

Los sistemas de atención de salud pueden mejorarse utilizando los recursos de la comunidad que sean relevantes a la atención eficaz de la diabetes. Los recursos de la comunidad que apoyan el cuidado para la diabetes, incluidos tanto programas gubernamentales como de programas de organizaciones voluntarias comunitarias, se

necesitan para aumentar los servicios de atención de salud, pero las organizaciones de atención de salud son a menudo mal organizadas para hacer uso de los programas existentes de la comunidad o para estimular su desarrollo.

### ***3. Auto cuidado del paciente con Diabetes Mellitus***

Apoyo al uso eficaz de auto cuidado ayuda a los pacientes y a sus familias a que hagan frente a los retos de vivir con la enfermedad y cuidar las afecciones crónicas para reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y las incapacidades. El éxito de los programas de auto cuidado depende de la colaboración entre los pacientes y los proveedores de salud para definir los problemas, establecer la escala de prioridades, determinar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas a lo largo del camino. La disponibilidad de conocimientos educativos basados en evidencias que adiestren e intervenciones de apoyo psicológico social son los componentes claves de la estructura de un sistema de auto cuidado.

### ***4. Normas de atención de la Diabetes Mellitus***

Programas efectivos de atención a la diabetes operan de acuerdo con guías o protocolos específicos, preferentemente aquellas guías basadas en evidencias y cuya implementación está envuelta en prácticas rutinarias ligadas por recordatorios, educadores efectivos, e información apropiada, y la colaboración y el soporte de área de las especialidades médicas relevantes.

### ***5. Apoyo técnico***

Un cuidado efectivo de atención a la diabetes requiere más que simplemente agregar intervenciones a un sistema existente centrado en cuidados médicos agudos. Más bien, requiere de cambios básicos en la infraestructura del sistema de salud. La atención eficaz de diabetes a veces requiere una delegación clara de las funciones y responsabilidades del médico a otros profesionales quienes son parte del equipo de cuidado a la salud (por ejemplo: enfermeras, educadores de salud, etc.) y quienes tienen el conocimiento y el tiempo para llevar a cabo una variedad de tareas necesarias para manejar las complicaciones de la diabetes. El cuidado efectivo de diabetes también implica el uso de las visitas planificadas, el cuidado continuo y el seguimiento regular.

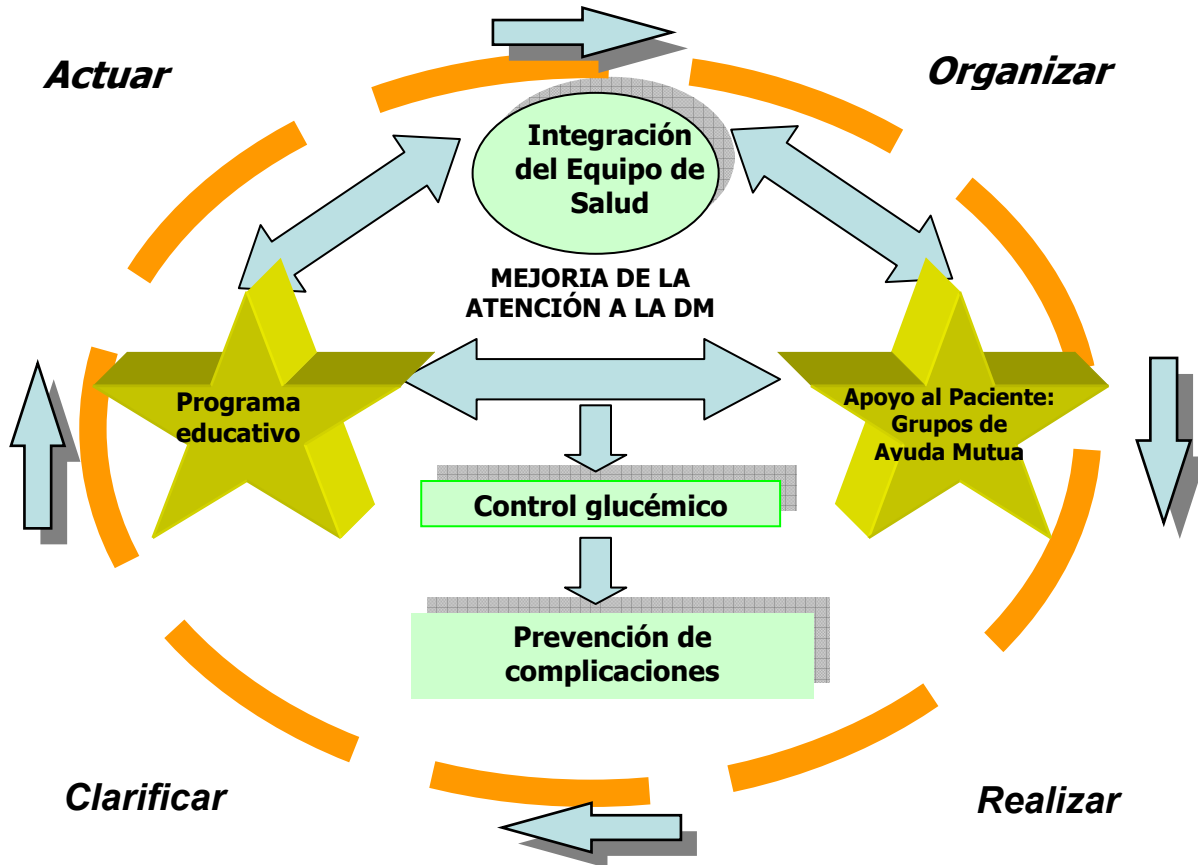
### ***6. Sistema de información de la Diabetes Mellitus***

Información a tiempo sobre los pacientes individuales y sobre la población de pacientes con diabetes es una característica crítica de los programas efectivos, especialmente aquellos que emplean enfoques basados en la población. El primer paso es establecer un registro de enfermedades para las prácticas individuales, que incluyan información de elementos de atención. Equipo de salud que tienen acceso a un registro, pueden localizar pacientes con necesidades específicas y entregarles una atención planificada, pueden recibir retroalimentación sobre su desempeño y pueden implementar sistemas de recordatorio.

El modelo se ha usado con éxito para mejorar la atención de las afecciones crónicas tales como la diabetes, el asma, la insuficiencia cardiaca congestiva, la depresión y para el

cuidado del adulto mayor en más de 300 organizaciones de atención de salud en Los Estados Unidos de América.

#### 4. 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  $\leq 126$  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)

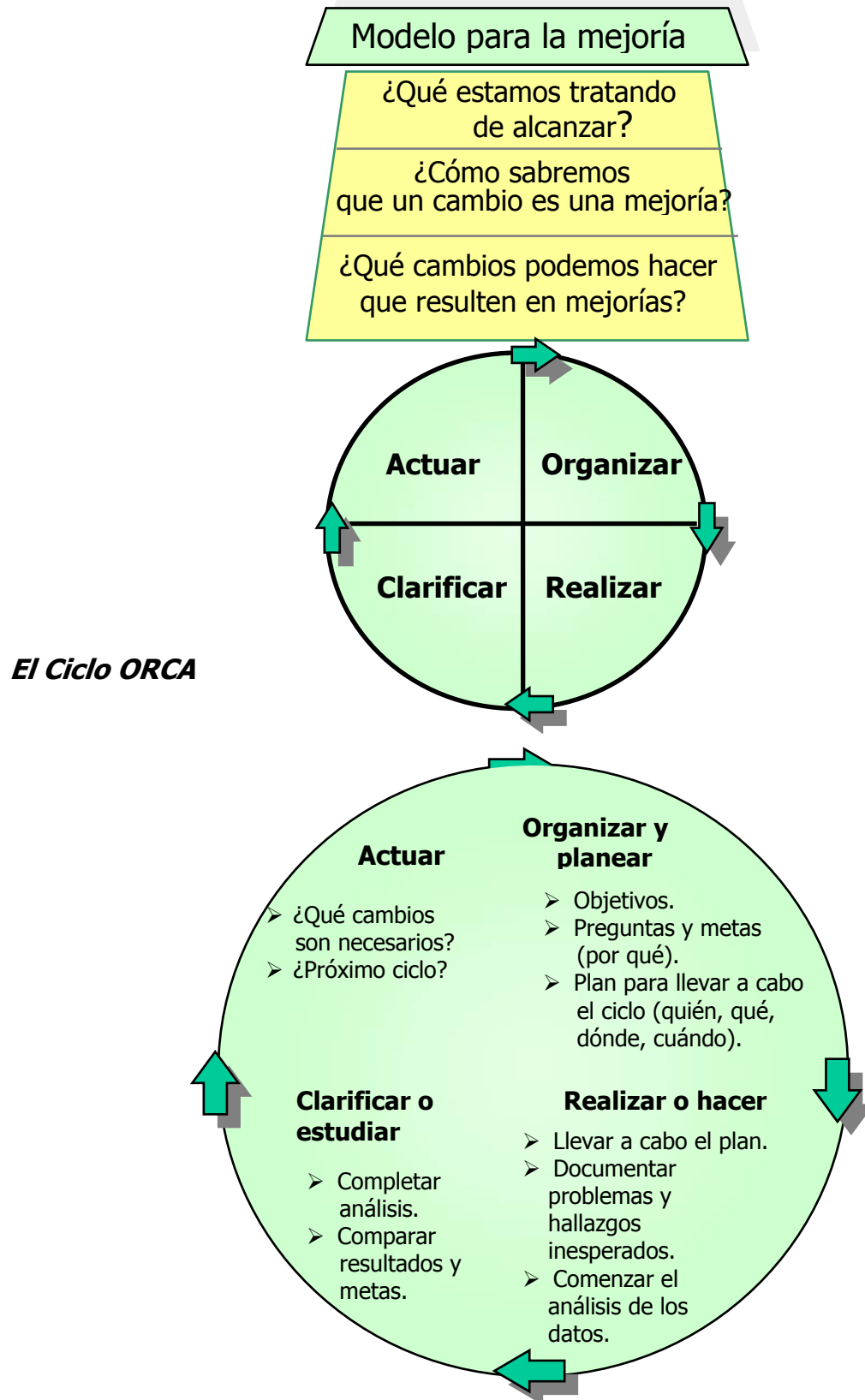
### **Apoyo al paciente**

- 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.

## 5. Los Ciclos de Mejoramiento





## 6. Evaluación de Tecnologías en Salud

(*Assessment of Chronic Illness Care / ACIC, Versión 3.5, adaptado al español*)

### ***Introducción***

Para mejorar la atención al paciente diabético se hace necesario establecer un Modelo de Atención que incorpore elementos necesarios para la prevención y el control que resulte en la mejoría en los pacientes. Estos cambios incluyen la participación activa de pacientes informados y del equipo de trabajadores de la salud mejor preparados para la atención a la diabetes. Las interacciones entre los pacientes y el equipo de trabajadores de la salud, preparados, aumentan la probabilidad de alcanzar mejores resultados tanto en el área funcional como clínica (ver Figura 1). En este modelo, hay seis áreas para mejorar el manejo de los pacientes con diabetes.

### ***Explicación para completar el cuestionario***

Este cuestionario debe de ser llenado por un equipo de trabajadores de la salud que incluya por lo menos representantes de tres servicios de salud. Ej. Laboratorio, nutrición, trabajador social, psicólogo, médico, enfermera, etc. Cada área cuenta con un número de componentes. Cada componente debe de ser leído y analizado por el equipo a fin de lograr una respuesta de consenso. Cada componente cuenta con 4 niveles: Nivel A corresponde al nivel ideal de la atención. El Nivel D es el nivel en que los recursos para la atención de la diabetes no existen o están muy limitados. Cada nivel tiene a su vez un rango que va de 0 a 11. El mismo que deberá ser marcado para reflejar la respuesta de consenso del grupo. Debe recordarse que solo se marcara un valor por componente en el nivel seleccionado.

## Evaluación de la atención a la diabetes

(Modificación del ACIC Versión 3)

### Área 1: Organización del Sistema de Salud

El manejo de la diabetes puede ser más efectivo si el sistema de salud está organizado para controlar mejor las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<i>Organización y liderazgo para la atención de la diabetes</i>	...no existe o hay poco interés.	...están reflejados en la visión del sistema de salud y en los planes de la organización, pero no hay recursos disponibles.	...están reflejados en la dirección de alto nivel y hay fondos y recursos humanos dedicados para la iniciativa.	...forma parte de la estrategia a largo plazo, recibe recursos necesarios, y hay recursos humanos específicos que son responsables de la iniciativa.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Metas organizacionales para la atención de la diabetes</i>	...no existen o son limitadas.	...existen pero no son revisadas regularmente.	...existen y son revisadas regularmente.	...son cuantificables, se revisan sistemáticamente y están incorporadas en los planes para el mejoramiento.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Estrategias de mejoramiento para la atención de la diabetes</i>	...son informales y no están organizadas; no tienen un apoyo permanente.	...utilizan enfoques informales para resolver problemas que surjan.	...utilizan estrategias de mejoramiento para resolver los problemas imprevistos.	...incluye estrategias previamente validadas que se utilizan activamente para alcanzar las metas institucionales.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Incentivos que incluye reconocimiento para el trabajador de la salud y regulaciones para la atención de la diabetes</i>	...no se usan para influir en las metas de mejoramiento clínico.	...se usan para influir en la utilización y costos del cuidado de la diabetes.	...se usan para apoyar las metas de los pacientes.	...se usan para motivar y facultar a los trabajadores de la salud para que apoyen las metas de la atención de la diabetes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Líderes influyentes dentro del sector salud como de otros ministerios con poder de decisión</i>	...no promueven la atención de la diabetes.	...no le dan prioridad a la atención de la diabetes.	...promueven los esfuerzos para mejorar el cuidado de la diabetes.	...abiertamente participan en los esfuerzos de mejoramiento de la atención de la diabetes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Beneficios relacionados con la educación del paciente para el auto cuidado de la diabetes</i>	...no promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...ni promueven ni NO promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...hay asignación específica para la promoción y cuidado de la diabetes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntuación Total de la organización del sistema de salud: \_\_\_\_\_ Puntuación promedio (puntuación de la organización del sistema de salud) \_\_\_\_\_

## Área 2: Cooperación Comunitaria

Cooperación entre el sistema de salud y organismos comunitarios (o prestadores de servicios) y recursos comunitarios que desempeñan un papel importante en el manejo de la diabetes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<p><i>Disponibilidad de recursos comunitarios para las personas con diabetes</i></p> <p><i>Puntuación</i></p>	<p>...no hay ó no están organizados sistemáticamente.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...esta limitada a una lista de recursos comunitarios en una forma que es accesible.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...es realizada a través de una persona que es responsable de asegurarse que los equipos de salud y las personas con diabetes usen al máximo los recursos comunitarios.</p> <p>6      7      8</p>	<p>... es realizada a través de la coordinación activa entre el sistema de salud, los organismos de servicio comunitarios y las personas con diabetes.</p> <p>9      10      11</p>
<p><i>Cooperación/coordinación con organismos comunitarios tales como La Asociación de Diabetes, casas farmacéuticas, organizaciones religiosas, etc.</i></p> <p><i>Puntuación</i></p>	<p>...no existen.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...están todavía considerándose pero no están implementadas.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...se forman para desarrollar programas y políticas de apoyo.</p> <p>6      7      8</p>	<p>...se buscan activamente para desarrollar programas y políticas de apoyo para todo el sistema.</p> <p>9      10      11</p>
<p><i>Planes Regionales y/o Locales de Salud</i></p> <p><i>Puntuación</i></p>	<p>...no hay coordinación de guías/normas clínicas ni planes de salud, las medidas ni los recursos para la atención a la diabetes en la práctica médica.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...considera en algún grado la coordinación de guías/normas clínicas, medidas estandarizadas, o los recursos para el cuidado en la práctica médica, pero todavía no se han ejecutado los planes.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...coordina el uso de guías/normas médicas, las medidas o los recursos para el cuidado en la práctica médica en una o dos enfermedades crónicas concomitantes con la diabetes.</p> <p>6      7      8</p>	<p>... coordina el uso de guías/normas médicas, las medidas estandarizadas ó recursos en la práctica medica para la mayoría de las enfermedades crónicas.</p> <p>9      10      11</p>

Puntuación total de la cooperación comunitaria \_\_\_\_\_ Puntuación Promedio (puntuación de la cooperación comunitaria total/3) \_\_\_\_\_

### Área III: Nivel de la práctica

Varios componentes que se manifiestan al nivel de la práctica, de cada proveedor de salud, han demostrado que mejoran la atención a la diabetes.

#### Área 3: Auto cuidado de la Diabetes Mellitus

Programas efectivos de apoyo para el auto-cuidado de la diabetes para ayudar a las personas con diabetes y a la familia para adaptarse y aceptar los retos de vivir y manejar la diabetes y reducir síntomas y complicaciones.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<i>Evaluación y documentación de las necesidades y actividades del auto cuidado de la diabetes</i>	...no se han hecho.	...se espera hacerlas.	...son completadas estandarizadamente.	...se evalúan y documentan regularmente en forma estandarizada relacionadas a un plan de tratamiento disponible para el equipo de salud y para las personas con diabetes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Apoyo al auto cuidado de la diabetes</i>	...es limitado a la distribución de información (folletos, trifoliales)	...esta disponible a través de referencia a clases de auto cuidado o a educadores especialistas en diabetes.	...lo proporcionan educadores clínicos entrenados y que están designados para apoyar el auto cuidado, coordinados con clínicas que ven a los pacientes referidos.	...se ofrece a través de educadores clínicos, entrenados en apoyar pacientes con enfermedades crónicas y enseñarles técnicas para resolver problemas.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Apoyar las inquietudes de los pacientes y familiares</i>	...no es hecho sistemáticamente.	...se proporciona a pacientes y familiares a través de referencias medicas.	...es promulgado a través de grupos de apoyo, o apoyo individual y programas para educadores.	...es una parte integral de la atención de la diabetes que incluye la evaluación sistemática y rutinaria incluyendo grupos de apoyo, apoyo individual, y/o programas de consejera.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Cambios del comportamiento y apoyo de grupo</i>	...no hay o no están disponibles.	...están limitados a la distribución de folletos, plegables, trifoliales y otros tipos de nota escrita.	...están disponibles solamente a través de referencias de centros especializados.	...están disponibles y forman una parte integral de la atención de la diabetes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntuación Total del apoyo para el auto-cuidado de la diabetes \_\_\_\_\_ Puntuación Promedio: (puntuación del apoyo del auto-cuidado/4) \_\_\_\_\_

#### Área 4: Normas de atención de la Diabetes Mellitus

El manejo efectivo de la diabetes asegura que el equipo de salud tenga acceso a información médica basada en evidencias para la atención y soporte de personas con diabetes. Esto incluye evidencias medicas y guías clínicas o protocolos, consultas con especialistas, educación para el equipo de salud que este disponible y facilitar información al equipo de salud acerca de tratamientos efectivos.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<p><i>Guías/ normas de diabetes basadas en evidencias medicas</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Puntuación</i></p>	<p>...no hay o no están disponibles.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...hay pero no están integradas en la atención de diabetes.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...hay y son apoyadas por la educación ofrecida a través de los equipos de trabajadores de la salud.</p> <p>6      7      8</p>	<p>...hay y apoyan al equipo de salud y son parte de la atención a personas con diabetes a través de recordatorios y otros métodos para cambios del comportamiento.</p> <p>9      10      11</p>
<p><i>Participación de los especialistas dentro del sistema de salud para el mejoramiento de la atención primaria de la diabetes</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Puntuación</i></p>	<p>...se ofrece primariamente a través de la referencia tradicional.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...se logra a través de especialistas para mejor la capacidad global para implementar las guías/normas de manejo.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...incluye influyentes especialistas así como designados a proveer entrenamiento al equipo de salud de atención primaria.</p> <p>6      7      8</p>	<p>... incluye influyentes y especialistas que están designados a mejorar la atención primaria de la diabetes.</p> <p>9      10      11</p>
<p><i>Educación al equipo de salud de atención de la diabetes</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Puntuación</i></p>	<p>...se proporciona esporádicamente.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...se proporciona sistemáticamente mediante los métodos tradicionales.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...se proporciona usando métodos optimizados (por ejemplo, Cursos acreditados o calificados).</p> <p>6      7      8</p>	<p>... incluye el entrenamiento de todos los equipos asistenciales incluyendo manejo de poblaciones de personas con diabetes y apoyo de auto cuidado.</p> <p>9      10      11</p>
<p><i>Informar a las personas con diabetes acerca de guías/normas medicas</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Puntuación</i></p>	<p>...no se proporciona información.</p> <p>0      1      2</p>	<p>...se hace por petición o a través de publicaciones.</p> <p>3      4      5</p>	<p>...se hace a través de materiales educativos especificos para cada guía/norma clínica.</p> <p>6      7      8</p>	<p>...incluye materiales especificos desarrollados para los pacientes donde se describen sus funciones en el logro y cumplimiento de las guías/normas.</p> <p>9      10      11</p>

Puntuación total del diseño del sistema de atención de diabetes: \_\_\_\_\_ Puntuación promedio (puntuación del diseño del sistema /4) \_\_\_\_\_

## Área 5: Apoyo técnico

La evidencia sugiere que un manejo efectivo de la atención de diabetes incluye algo más que simplemente agregar otras intervenciones al sistema actual, que es basado en la atención de enfermedades de carácter agudo o intensivo. Podría requerir cambios en la organización de la práctica que repercutan en la prestación de la atención.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<i>Funcionamiento del equipo de salud</i>	...no se aborda.	...se aborda asumiendo que están disponibles individuos con un entrenamiento en los elementos claves de atención a la diabetes.	...está garantizado por reuniones periódicas del equipo para abordar las normas, las funciones y los problemas en el cuidado de atención a la diabetes.	...está garantizado por un equipo que se reúne regularmente y han definido claramente las funciones, incluyendo la educación del auto cuidado, el seguimiento preventivo y la coordinación con otros recursos.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Liderazgo del equipo de salud</i>	...no es reconocido localmente ni por el sistema.	...es reconocido por la organización que se localiza en un lugar específico en el organigrama de funciones.	...está garantizado mediante el nombramiento de un líder de equipo, pero su función no está definida con respecto a la diabetes.	...está garantizado mediante el nombramiento de un líder de equipo que asegura de que las funciones y responsabilidades en la atención a la diabetes se definan claramente.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Sistema de Cita</i>	...puede usarse para programar las visitas de atención preventivas o de descompensación agudas.	...garantiza la atención oportuna para las personas con diabetes.	...es flexible y puede incluir innovaciones tales como visitas personalizadas sin tiempo definido o visitas de grupo.	...incluye la organización de la atención, la cual facilita que los pacientes puedan ver múltiples proveedores de salud en una sola visita.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Citas de seguimiento</i>	... es programado por los pacientes o los proveedores en una manera caso por caso.	...es programado mediante la práctica en conformidad con las guías/normas.	...es garantizado por el equipo de salud mediante monitoreo de pacientes.	...es de acuerdo con las necesidades del paciente, varía en intensidad y metodología (teléfono, personal,) y se asegura usar una guía/norma.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Visitas flotantes o por demanda espontánea del paciente</i>	...no se hacen.	...se hacen ocasionalmente para los pacientes complicados.	...son opciones para pacientes interesados.	...se llevan a cabo para todos los pacientes e incluyen la evaluación periódica, las intervenciones preventivas y apoyo al auto cuidado.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<i>Continuidad en el cuidado de la diabetes</i>	...no es una prioridad.	...depende de la comunicación <u>escrita</u> entre los proveedores de atención primaria, los especialistas y los gestores de casos.	...es una prioridad entre proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores pero no se lleva a cabo sistemáticamente.	...es una alta prioridad y todas las intervenciones para la diabetes incluyen una coordinación activa entre la atención primaria, los especialistas y los otros grupos pertinentes.
<i>Puntuación</i>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntuación total del apoyo técnico asistencial: \_\_\_\_\_ Puntuación promedio (puntuación del apoyo técnico asistencial: /6) \_\_\_\_\_

## Área 6: Sistema de Información de la Diabetes Mellitus

Un aspecto muy importante para la atención y programas de la diabetes es tener la información oportuna y útil acerca de los pacientes y las poblaciones de pacientes con diabetes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Registros (listas de personas con diabetes)	...no hay.	...incluye los nombres, el diagnóstico, información de una persona que sirva de contacto, ya sea en <i>papel</i> o en la <i>computadora</i>	...permite clasificar pacientes con prioridades clínicas.	...esta ligada a guías/normas medicas las que proveen recordatorios y alertas acerca de los servicios necesarios.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Recordatorios para el equipo de salud (Ej. recordatorios de cita con el nefrólogo, laboratorio, cita a oftalmología, etc.)	...no hay.	...incluyen notificaciones generales para la atención de la diabetes, pero no describen los servicios necesarios al tiempo de una visita.	...incluyen indicaciones necesarias para grupos de pacientes con diabetes mediante notificación periódica.	...incluyen información específica para el equipo acerca de la observación de guías/normas clínicas con relación a la información médica.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Retroalimentación	...no hay o no es específica para el equipo de trabajadores de salud.	...se proporciona a intervalos infrecuentes y se comunica de una manera impersonal.	...se da a intervalos suficientemente frecuentes para monitorizar la calidad y es específica para el equipo de salud que da atención al paciente con diabetes.	...es oportuna, específica para el equipo de salud y es transmitida personalmente y sistemáticamente por un líder para mejorar el desempeño del equipo.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Información acerca de los subgrupos de pacientes que requieren servicios especiales	...no hay.	...solo puede obtenerse con esfuerzos especiales o programación adicional.	...se puede obtenerse bajo solicitud, pero no se facilita sistemáticamente.	...se proporciona sistemáticamente al equipo para ayudarlos a prestar la asistencia planificada.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Protocolos y planes de tratamientos	...no se espera que haya.	...se logran mediante un enfoque estandarizado.	...son establecidos en forma coordinada e incluyen el auto cuidado así como metas clínicas.	... se establecen de manera coordinada e incluyen el auto cuidado y cuidado clínico. Se lleva a cabo un seguimiento que guía/norma de la atención.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntuación total de los sistemas de información: \_\_\_\_\_ Puntuación promedio (puntuación de los sistemas de información /5) \_\_\_\_\_



## ***Scoring Summary***

(bring forward scoring at end of each section to this page)

<b>Total Org. of Health Care System Score</b>	_____
<b>Total Community Linkages Score</b>	_____
<b>Total Self-Management Score</b>	_____
<b>Total Decision Support Score</b>	_____
<b><i>Total Delivery System Design Score</i></b>	_____
<b><i>Total Clinical Information System Score</i></b>	_____
<b>Overall Total Program Score (sum of all scores)</b>	_____
<i>Average Program Score (Total Program /6)</i>	_____

## 7. Informe de hemoglobinas glicociladas

(Xalapa, Veracruz, México, diciembre de 2003)

### **Introducción**

En el proyecto VIDA participan los pacientes diabéticos en tratamiento de 10 centros de salud de las jurisdicciones de Veracruz y Xalapa, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente. Inicialmente se considero a 751 pacientes en tratamiento de dichos Centros de Salud:

#### **Centros de Salud casos**

- a) *Xalapa*: Maraboto, Gastón Melo, Coatepec
- b) *Veracruz*: Club de Leones, Reserva Tarimoya

#### **Centros de Salud controles**

- a) *Xalapa*: Lerdo de Tejada, Emiliano Zapata
- b) *Veracruz*: Los Pinos, Ruiz Cortínez, Carranza.

Los equipos de atención de los centros de salud participantes realizaron la aplicación de las cédulas de QUALIDIAB a los pacientes que aceptaron participar en el proyecto y se programo por centros de salud la realización de las pruebas de hemoglobina glicosilada. Éstas se efectuaron en dos etapas ya que no acudieron todos a la primera etapa:

#### **1<sup>era</sup> Etapa**

Se Realizo del 22 al 31 de julio se realizaron 548 pruebas de hemoglobina glicosilada, 173 a pacientes diabéticos en tratamiento de la jurisdicción de Veracruz y 375 de la jurisdicción de Xalapa, de las cuales se realizaron 2 a personal medico quedando un total de 373 pacientes participantes en la muestra de Xalapa

#### **2<sup>a</sup> Etapa**

Del 18 al 25 de agosto se realizaron 58 pruebas de Hemoglobina Glicosilada, 40 a pacientes diabéticos en tratamiento de la jurisdicción de Veracruz y 18 de la jurisdicción de Xalapa.

#### **Total de la muestra**

a) Xalapa	=	391
b) <u>Veracruz</u>	=	<u>213</u>
<b>Total</b>	<b>=</b>	<b>604</b>

## 8. 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, 26 noviembre 2003

- 09:00-09:20 Bienvenida y Generalidades de la SA2.  
*Dr. Fernando Tapia Olarte, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud*  
*Dr. Alberto Barceló, OPS*  
*Dra. Marcelina García López, Servicio Estatal de Salud de Veracruz*
- 09:20-09:50 Relato de Progreso del Proyecto VIDA. Dr.  
*Alberto Barceló, OPS-Washington DC.*
- 09:50-10:10 Presentación de Experiencias exitosas (3 centros de salud).  
*Moderadora: Dra. Esperanza Medina, SES Veracruz*
- 10:10-10:30 Mejoría de la Atención a la Diabetes: *Indicadores y Paquetes de Cambio del Proyecto Vida.*  
*Dr. Fernando Tapia Olarte, Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud*
- 10:30-11:30 Curso: Atención Integral en la Prevención y el Control de la Diabetes.  
*Dr. Rosas*
- 11:30- 11:50 Receso para visita a los carteles
- 11:50- 13:00 Continuación Curso
- 13:00- 14:00 Grupos de Discusión 1 (por área profesional):
- Casos Clínicos: Médicos
  - Mediciones TA, IMC, Glucosa: Enfermeras
  - Alimentación: Otros profesionales y Pacientes
- 14:00-15:00 Continuación del Curso
- 15:00- 15:30 Sistemas de Referencia y Contra-referencia: Situación actual y propuestas para su agilidad en Veracruz.  
*Dr. Pedro Antonio Lara Ruiz Servicios de Salud de Veracruz, Jurisdicción de Xalapa*
- 15:30 Almuerzo - Dinámica para el cierre del día

## Segundo día y tercer día, 24–25 noviembre 2003

- 09:30-11:00 Grupos de Discusión 2 (Por equipo de atención)  
ACIC
- 11:00-11:50 Curso: Pié diabético.  
*Lic. Carlos Burrola, Podólogo, Secretaría de Salud. México, DF*
- 11:50-12:10 Receso para visita a los carteles
- 12:10-13:00 Continuación del Curso
- 13:00- 13:50 Grupo de Discusión 3 (Por equipo de atención)  
Evaluación del Primer Periodo de Acción
- 13:50- 14:00 ¿Que deberá ocurrir en los próximos 3 meses?  
*Dra. Micheline Meiners, OPS, Washington*
- 14:00-15:00 Grupos de Discusión 4 (Por equipo de atención)
- Planeando el Período de Acción 2
- 15:00-15:30 Clausura: Compromisos para la Mejoría de la Atención a la Diabetes:  
Segundo Período de Acción.  
*Dr. Saturnino Navarro*

15:30 Almuerzo