

**Proyecto VIDA**  
Veracruz Initiative for Diabetes Awareness



# Manual

para la implementación de  
proyectos colaborativos  
para el mejoramiento de la  
calidad de atención a las  
personas con enfermedades crónicas

OPS/HDM/NC/2007

## Índice

<i>Introducción</i> .....	1
<i>Sobre este Manual</i> .....	2
<i>Antecedentes</i> .....	3
Historia de los Colaborativos.....	3
Experiencia de la OPS El Proyecto VIDA.....	4
Nuestra Propuesta de Proyectos Colaborativos.....	4
<i>Marco Teórico para los Proyectos Colaborativos</i> .....	4
Modelo de Atención para las Afecciones Crónicas.....	4
Evaluación ACIC (por sus siglas inglés Assessment of Chronic Illness Care). .....	6
Proceso de mejoramiento .....	8
La Serie Innovativa de Mejoría .....	10
<i>Cronograma del Proyecto</i> .....	13

*Actividades en la Etapa Preparatoria del Colaborativo .....14*

- 1. Documento del Proyecto y/o la Declaración de Principios ..... 14
- 2. Reunión con las Autoridades y Gestores Nacionales..... 15
- 3. Realización de Panel de Expertos ..... 15
- 4. Formación de Equipos..... 15
- 5. Memorando de Entendimiento: Elaborando y Completando el documento .....19
- 6. Programando las reuniones y conferencias telefónicas.....19
  - a) Grupo de Coordinación Local, Equipo de Liderazgo Nacional y Grupo de Planificación.....19
  - b) Equipos de las Unidades de Salud y Grupo de Coordinación Local .....19
- 7. Conformando un Listado de Correo Electrónico .....20
- 8. Aplicando el ACIC en las unidades de salud (línea basal) .....20
- 9. Preparando la Primera Sesión de Aprendizaje .....20
- 10. Desarrollar la Propuesta de Trabajo de la Unidad de Salud..... 21
  - Ejemplos de Metas en Diabetes ..... 21
- 11. Definiendo Población Piloto..... 22
  - Ejemplo de criterios de inclusión en el piloto: ..... 22
- 12. Aplicando los Cuestionarios y Llenando la Base de Datos VICEN Panamericano ..... 22
  - Aplicación de los Cuestionarios ..... 22
  - Llenando la Base de Datos VICEN Panamericano..... 22
- 13. Selección de los Indicadores..... 23
- 14. Preparando su Cartel de Experiencias ..... 23
- 15. Colaboración con ONG's Locales (Opcional) ..... 24

*Etapa operativa del Colaborativo .....24*

- Primera Sesión de Aprendizaje ..... 24
- Primer Período de Acción ..... 25
- Segunda Sesión de Aprendizaje ..... 25
- Segundo Período de Acción..... 26
- Tercera Sesión de Aprendizaje..... 26
- Tercer Período de Acción ..... 27
- Evento Final ..... 27

<b>Anexos.....</b>	<b>28</b>
Anexo 1: Listado de Tareas de las Actividades Preliminares .....	28
Anexo 2: Hoja de Información de las Actividades Preliminares.....	30
Anexo 3: Estrategias para Evaluar los Resultados .....	32
1- Aplicación del cuestionario VICEN Panamericano .....	32
Anexo 4 Ejemplo de Indicadores utilizados para medir la Mejoría de la Calidad de la Atención de la diabetes en México .....	33
Evaluación Cualitativa-Cuantitativa de Tecnologías en Salud: .....	34
Assessment of Chronic Illness Care ACIC, Version 3 – Adaptado al español .....	34
Anexo 5: El Modelo del Paquete de Cambios .....	42
Principios Generales: Objetivos .....	42
Estrategias .....	43
Actividades del Paquete de Cambios .....	43
Anexo 6: Listado del Grupo de Planificación y del Equipo de Liderazgo Nacional.....	45
Grupo de Planificación.....	45
Equipo de Liderazgo Nacional .....	45
Anexo 7: Propuesta Agenda de Reunión con Autoridades Locales.....	46
Agenda.....	46
Anexo 8: Propuesta Agenda de Painel de Expertos.....	47
Participantes.....	47
Resultados esperados .....	47
Conformación del Grupo de planificación .....	47
Elaboración de la Declaración de Principios .....	47
Construcción del paquete de cambios (conceptos y ideas).....	47
Construcción del sistema de evaluación.....	47
Agenda tentativa .....	47
Anexo 9: Sugerencias de Indicadores para el Proyecto .....	48
Anexo 10: Propuesta de Agenda de las Sesiones de Aprendizaje.....	50
Agenda de 1 <sup>a</sup> Sesión de Aprendizaje [SA1] .....	50
Anexo 11: Agenda de 2 <sup>a</sup> Sesión de Aprendizaje [SA2].....	52
Anexo 12: Agenda de 3 <sup>a</sup> Sesión de Aprendizaje [SA3]) .....	54
Anexo 13: Guía para el facilitador: Evaluación del Período de Acción.....	56
Anexo 14: Hoja de Compromisos para el Período de Acción .....	56
Anexo 14: Hoja de Compromisos para el Período de Acción .....	57
Anexo 15: Modelo de Reporte Mensual del Líder de la Unidad .....	58
Anexo 16: Escala para Evaluación de Proyectos Colaborativos que utilizan el Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas – MAEC (Wagner).....	59
Anexo 17: Modelo de Programa del Curso Taller de Educación en Diabetes.....	60

## Introducción

En América Latina, el número estimado de personas con diabetes en el año 2000 fue de 13,3 millones, y para el 2030 se ha proyectado en 32,9 millones de personas, o una duplicación del número de casos. Las estimaciones indican que la epidemia de diabetes continuará, incluso si la prevalencia de obesidad se mantuviera como actualmente hasta el año 2030. El aumento al doble del número de personas con diabetes ocurrirá solo como consecuencia del envejecimiento de la población y de la urbanización<sup>1</sup>. Sin embargo, debido al aumento que se ha observado en la prevalencia de obesidad en muchos países del mundo y a la importancia de esta como factor de riesgo para diabetes, el número de casos de diabetes en el 2030 podría ser mucho más alto.

El aumento de la prevalencia de diabetes en los Estados Unidos ha sido explicado por un incremento similar en la proporción de personas obesas y no por el aumento del riesgo absoluto de presentar diabetes<sup>2</sup>. De acuerdo a la encuesta CAMDI realizada en Centro América en personas de 20 y más años la prevalencia fue mayor en Belice (12.4%), Nicaragua (9.01%) y Guatemala (8.23); intermedia en Costa Rica (7.9%) y El Salvador (7.4%) y menor en Honduras (6.1%).

El diagnóstico de la diabetes es con mucha frecuencia tardío. De acuerdo con diversas investigaciones, 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentan alguna complicación cardiovascular en el momento del diagnóstico. De todas las complicaciones (micro- o macrovasculares) sobresalen la retinopatía con porcentajes de entre 10% y 30%, la neuropatía (8%-33%) y la impotencia (35%-66%), mientras que la hipertensión oscila entre 32% y 65%. La diabetes es la causa más frecuente de polineuropatía, y alrededor de 50% de las personas con diabetes mellitus presenta alteraciones neuropáticas en los 25 años siguientes al diagnóstico. La diabetes es responsable de alrededor de 90% de las amputaciones no traumáticas, y es la primera causa de insuficiencia renal terminal.

El estudio QUALIDIAB realizado en clínicas de las capitales centroamericanas demostró que las personas con diabetes tratadas en los centros no alcanzaron un control glicémico adecuado. La proporción de pacientes con buen control glicémico fue variable con proporciones más altas en Nicaragua y Costa Rica y más bajas en Guatemala y Honduras. Se encontraron numerosos expedientes clínicos incompletos que impidió la evaluación adecuada de la atención. Las prácticas preventivas, tales como la educación nutricional y la

---

<sup>1</sup> Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-1053

<sup>2</sup> Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ, Cowie CC, Williams DE, Geiss L, et al. Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the US. *Diabetes Care* 2004;27:2806-2812.

actividad física, fueron deficitarias. El mejoramiento de la atención a la diabetes y otras enfermedades crónicas debería ser una prioridad en la práctica médica centroamericana ya que entre el 6 y el 9% de los adultos padecen esta enfermedad y los pronósticos indican un incremento marcado en el futuro cercano.

Una estrategia para mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes, es la conducción e implantación de un Proyecto Colaborativo, el cual se destina a aquellos países o servicios de salud que tienen interés de desarrollar proyectos para la mejoría continuada de la calidad de la atención, basados en el modelo “Breakthrough Series” -BTS (Serie Innovativa de Mejoría), propuesto por el *Institute for Healthcare Improvement* de Boston/ EEUU, y ya probado por centenares iniciativas en EEUU, Canadá y muchos otros países en todo el mundo.

El Proyecto Colaborativo tiene por objetivo mejorar de forma continua la calidad de la atención a las personas con Enfermedades Crónicas a través de un esfuerzo conjunto de los profesionales y gestores de salud, para una práctica de excelencia en las unidades o servicios de salud.

Durante el término aproximado de un año, los gestores, los profesionales de salud y las personas con Enfermedades Crónicas se deberán reunir en Sesiones de Aprendizaje (3 en total) con el objetivo de obtener capacitación, planear y evaluar actividades. Durante estas Sesiones de Aprendizaje los participantes de las unidades/ servicios trabajarán en la evaluación de sus servicios, elaboraran un plan de intervención con base el paquete de cambios propuesto y harán el planteamiento de actividades para los periodos de acción. Es importante el compromiso de cada equipo con los planes propuestos, a fin de concretar los resultados.

La metodología ya utilizada en diferentes países, ha permitido un cambio duradero, una vez que genera un cambio de mentalidad, un esfuerzo conjunto de todos y cada uno de los equipos de salud, con el compromiso de cada profesional.

La OPS tuvo una experiencia positiva en la implementación de este tipo de proyecto en México y ahora a través de este manual espera entusiasmar a otros países con propuestas similares.

## **Sobre este Manual**

La propuesta de este manual es proveer a los interesados con información de referencias en proyectos colaborativos. Además el manual está destinado a ayudar en la preparación inicial exitosa para el año de trabajo en este proyecto que promueve la mejoría de la calidad de VIDA de las personas con enfermedades crónicas.

La primera parte, *Marco teórico para los proyectos colaborativos*, contiene una visión general del Colaborativo, el marco teórico, con una propuesta de cronograma de los eventos y actividades más importantes.

En la sección *Actividades en la etapa preparatoria del colaborativo* se enseña paso a paso la preparación del proyecto, la organización de los participantes y se provee de herramientas para sentar la línea base que se utilizará para medir el impacto del proyecto.

En la sección *Etapa operativa del Colaborativo*, se detalla paso a paso las principales actividades y sus objetivos para las sesiones de aprendizaje y los períodos de acción.

Finalmente en los *Anexos* se encuentran los instrumentos de evaluación VICEN y ACIC, ejemplos de indicadores, agendas y modelo de Paquetes de Cambio.

## Antecedentes

Un proyecto colaborativo tiene un abordaje sistemático para la mejoría de la calidad de la atención de la salud. Durante este proceso las organizaciones y los proveedores (el equipo) prueban y miden sus prácticas innovadoras y entonces intercambian sus experiencias con otros equipos. Se realiza así un esfuerzo para acelerar el aprendizaje y estimular la implementación de mejores prácticas.

## Historia de los Colaborativos

El *Institute for Healthcare Improvement* – IHI (Instituto para el Mejoramiento de la Atención de la Salud) fundado en 1991 en Boston/ EEUU, ha intentado desarrollar estrategias más eficaces de atención en salud. Desde 1995, cuando implementó su primer proyecto colaborativo, el IHI está comprometido con el desarrollo de sistemas que permitan identificar problemas persistentes en el cuidado de la salud y organizar los mejores recursos para combatir activamente estos problemas; de forma que aquellos que están dedicados a la atención a la salud se sientan orgullosos de su trabajo y que quienes son atendidos tengan total confianza en la atención que están recibiendo. Desde entonces, más de 700 equipos de en 450 organizaciones de salud solo en EEUU y Canadá ya han participado en proyectos colaborativos. IHI ya ha conducido más de 26 Colaborativos y tiene entrenado otras organizaciones para facilitar Colaborativos teniendo como modelo la Serie Innovativa de Mejoría (SIM).

## Experiencia de la OPS El Proyecto VIDA

---

En 2000 los datos del sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica de la Secretaría de Salud de México indicaron que 66% de las personas con diabetes tenían un control metabólico inadecuado. Para evaluar la aplicación de un planteo más integral de la atención de las enfermedades crónicas, la Secretaría de Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (OPS/OMS), condujo un proyecto colaborativo - Proyecto VIDA, inicialmente como piloto, en el Estado de Veracruz. Este piloto tuvo una duración de 13 meses e incluyó 10 centros de salud seleccionados al azar. Un total de 43 equipos tomaron parte de las actividades y 317 pacientes fueron monitoreados (196 casos y 111 controles). Al final del proyecto se pudo observar una mejoría de los niveles de la hemoglobina glicosilada y del cuidado de los pies, además de la inclusión de apoyo nutricional, evaluación psicológica y revisión oftálmica y odontológica de los casos.

## Nuestra Propuesta de Proyectos Colaborativos

---

A partir de la experiencia exitosa de México es deseable que otros países de la Región organicen proyectos similares (adaptados a la realidad local), involucrando a las organizaciones gubernamentales, los servicios y equipos de salud, la comunidad y las ONG's, para trabajar conjuntamente y para probar cambios en su práctica diaria y aprender con el colectivo para mejorar la calidad de la atención de la salud para las personas con diabetes.

## Marco Teórico para los Proyectos Colaborativos.

---

### Modelo de Atención para las Afecciones Crónicas

---

Los Proyectos Colaborativos son una estrategia para promover la mejoría de la atención a las personas con enfermedades crónicas, estimulando cambios en los componentes esenciales del Modelo de Atención o de Prestación de los servicios. El modelo utilizado como referencia es el *Modelo de Atención para las Afecciones Crónicas*, que fue creado por Ed Wagner, MD, MPH, director de Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative of Puget Sound, y otros colegas con el apoyo de la Fundación Robert Wood Johnson.

El modelo desarrollado por Wagner (ver fig.1) identifica los siguientes elementos, determinándolos como esenciales para estimular la atención con alta calidad de las personas con enfermedades crónicas. Los elementos son:

1. *La Comunidad.-* Con la movilización de recursos a través de la Comunidad se puede estimular a los pacientes a participar en programas basados en las necesidades de la Comunidad. También el establecimiento de alianzas con organizaciones comunitarias puede apoyar el desarrollo de intervenciones que complementen o llenen (en algunos casos) las necesidades de los servicios de salud. Otro aspecto importante es que la Comunidad puede promover la causa de políticas que mejoren la atención de los pacientes.
2. *Organización del sistema de atención.-* Para la creación de una cultura organizacional y de los mecanismos que promuevan atención de alta calidad en los establecimientos de salud es necesario que sea visible el apoyo que brindan los niveles más altos del sistema de salud y de quienes dirigen los servicios. Estas personas deben incentivar estrategias de mejoramiento dirigidas hacia un cambio integral y completo de los servicios, a través del manejo sistemático y abierto de los problemas o errores en la calidad de atención para mejorarlos. De igual manera deben brindar estímulos para el mejoramiento de la atención y lograr acuerdos que faciliten la coordinación de los esfuerzos al interior de los servicios y de la organización, los esfuerzos intra sectoriales y los inter sectoriales.
3. *Apoyo al automanejo y autocontrol.-* Este componente se centra en lo importante que es que el paciente comprenda el rol que juega para controlar su enfermedad y la responsabilidad de mantenerse en buena condición. Por tanto, para que el paciente juegue su rol, el papel de los proveedores de atención debe ser el de brindar constantemente información básica acerca de su enfermedad, estimular y guiar el desarrollo de habilidades para que se auto controle, y promover el involucramiento de todos los miembros del equipo de atención, la familia, amigos y la comunidad para que los pacientes se sientan acompañados en este proceso de autocontrol y automanejo. Se pretende hacer uso efectivo de las estrategias de autocontrol que incluyen establecimiento de metas, medición, planificación, solución de problemas y seguimiento de las acciones de las personas en auto manejo.
4. *Diseño del sistema de entrega de los servicios.-* La mejoría de la condición de salud de las personas con afecciones crónicas requiere de la transformación de un Sistema que es eminentemente reactivo (que responde principalmente cuando la persona está enferma) hacia un Sistema que es pro activo y dirigido a mantener a la persona en condición lo más saludable como sea posible. Ello requiere que en el Sistema de Entrega estén claros los roles y tareas de los miembros del equipo de atención, de manera que se asegure la prestación del servicio que la persona necesita. Además los miembros del equipo deben contar con un sistema de información que les permita conocer lo que acontece a la persona, actualizar la información en relación al estado del paciente y dar seguimiento a los procedimientos estandarizados. Se planifican visitas a los pacientes basándose en sus necesidades y en las metas de auto manejo. Se promueven reuniones



en donde los pacientes comparten información con personas en similar condición y con los miembros del equipo de atención. El personal administrativo es entrenado para entender las necesidades de las personas y del equipo que directamente atiende a los pacientes. La provisión de los servicios se hace de manera tal que las personas entienden los procedimientos y que estos están adaptados a su cultura.

5. *Fundamento de las decisiones.*- Las decisiones relacionadas al tratamiento de los pacientes necesitan estar basadas en guías explícitas y probadas, respaldadas por al menos un estudio clínico. Los proveedores de los servicios deben incorporar como práctica diaria, el uso de protocolos y guías basadas en la evidencia, compartir la información de éstas con los pacientes para estimular su participación en el control y manejo. Deben utilizarse métodos idóneos para la educación, tanto en los profesionales que brinda los servicios así como en los pacientes. Una parte esencial de este proceso es la integración de los especialistas, especialmente a los servicios de primer nivel.
6. *Sistema de información clínico.*- La atención de las afecciones crónicas de forma efectiva es imposible sin un sistema de información que asegure acceso inmediato a registros claves de pacientes individuales así como a la población o al grupo de pacientes a quienes ofrece servicios el establecimiento. El sistema es utilizado por los miembros del equipo para proveer recordatorios a los pacientes y a quienes brindan los servicios, para dirigir el curso del tratamiento, para anticipar problemas, para verificar los cambios, para coordinar las acciones que se llevan en el paciente y para monitorear el desempeño del establecimiento de salud y el equipo que brinda la atención.

### ***Evaluación ACIC (por sus siglas inglés Assessment of Chronic Illness Care).***

---

Las organizaciones de salud requieren herramientas prácticas de medición que permitan guiar los esfuerzos realizados para mejorar la atención que se brinda a los pacientes. La evaluación ACIC (que fue diseñada por The Indian Health Service) para evaluar los servicios de atención, es una herramienta que asiste a las organizaciones de salud para que midan y evalúen su desempeño, basándose en los seis elementos esenciales del Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas de Warner.

La evaluación permite a las organizaciones identificar áreas para mejorar la atención de las enfermedades crónicas antes de iniciar colaborativos o proyectos de mejoría de la atención, y además permite la evaluación periódica de los cambios realizados en el proceso de mejoría.

El siguiente cuadro explica mejor la medición de los componentes a través de ACIC, del modelo de atención de Wagner:

Modelo de Atención	Sub componentes de la evaluación ACIC.
<i>Organización del sistema de atención.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo general de la organización en la atención de afecciones crónicas.</li> <li>• Metas de la organización para la atención de afecciones crónicas.</li> <li>• Estrategias de mejoramiento para la atención de afecciones crónicas.</li> <li>• Incentivos y regulaciones para la atención de las afecciones crónicas.</li> <li>• Líderes influyentes</li> <li>• Beneficios</li> </ul>
<i>Apoyo al automanejo y autocontrol</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y documentación de las necesidades y actividades del auto manejo</li> <li>• Programas educativos de apoyo para el auto manejo</li> <li>• Apoyo para pacientes y familiares</li> <li>• Intervenciones para cambios efectivos de conducta y ayuda mutua.</li> </ul>
<i>La Comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlace de pacientes a recursos de la comunidad.</li> <li>• Convenios de cooperación con organizaciones de la comunidad.</li> <li>• Planes Regionales y/o Locales de Salud</li> </ul>
<i>Diseño del sistema de entrega de los servicios</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento del equipo que brinda los servicios.</li> <li>• Liderazgo del equipo que brinda los servicios.</li> <li>• Visitas de controles múltiples.</li> <li>• Citas de seguimiento.</li> <li>• Visitas de control programadas.</li> <li>• Continuidad de la atención.</li> </ul>
<i>Fundamento de las decisiones</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guías/ normas basadas en evidencias médicas.</li> <li>• Involucramiento de especialistas para la mejoría de la atención en el primer nivel.</li> <li>• Educación al equipo que brinda los servicios.</li> <li>• Información a los pacientes acerca de guías/normas médicas.</li> </ul>
<i>Sistema de información clínico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros (listas de personas con diabetes).</li> <li>• Recordatorios para el equipo de salud.</li> <li>• Retroalimentación del desempeño.</li> <li>• Información relevante sobre subgrupos de pacientes que requieren servicios especiales .</li> <li>• Planes de tratamientos.</li> </ul>

## Proceso de mejoramiento

---

El Modelo para Mejorar, que ha sido desarrollado por Associates in Process Improvement es una herramienta poderosa para acelerar los procesos de mejoramiento. No sustituye otros modelos que las organizaciones hayan desarrollado y que estén utilizando. El modelo ha sido utilizado con mucho éxito en varios países por diferentes organizaciones de salud. Tiene dos partes (Figura 2):

a) Tres preguntas fundamentales:

→ *¿Qué estamos tratando de lograr?*

El proceso de mejoría requiere del establecimiento de metas, las cuales deben ser medibles y programadas para un tiempo en específico.

→ *¿Cómo sabemos que un cambio ha producido mejoría?*

Los equipos deben utilizar indicadores que determinan si un cambio en específico conduce a una mejoría. Estos deben medir el proceso en sí y el resultado final, tratando de lograr un equilibrio entre ambos.

→ *¿Qué cambios que producen mejoría podríamos hacer?*

Deben seleccionarse aquellos cambios que muy probablemente produzcan una mejoría.

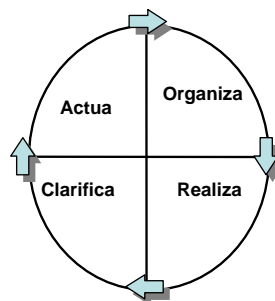
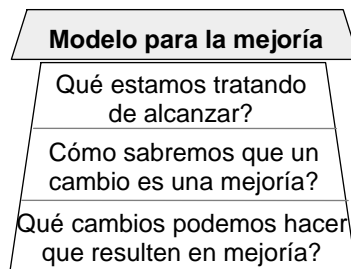


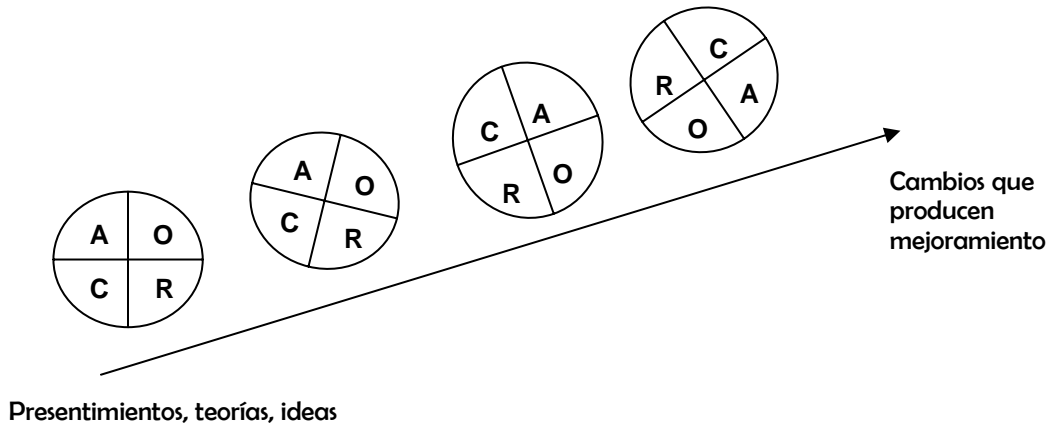
FIGURA 2

b) Los ciclos de calidad ORCA (Organizar, Realizar, Clarificar, Actuar), cuyo nombre original en inglés es Plan, Do, Study y Act, son herramientas para probar e implementar

cambios en los sitios de trabajo, guían el proceso de prueba de un cambio para determinar si el cambio produce una mejoría. Su utilización conlleva los siguientes pasos:

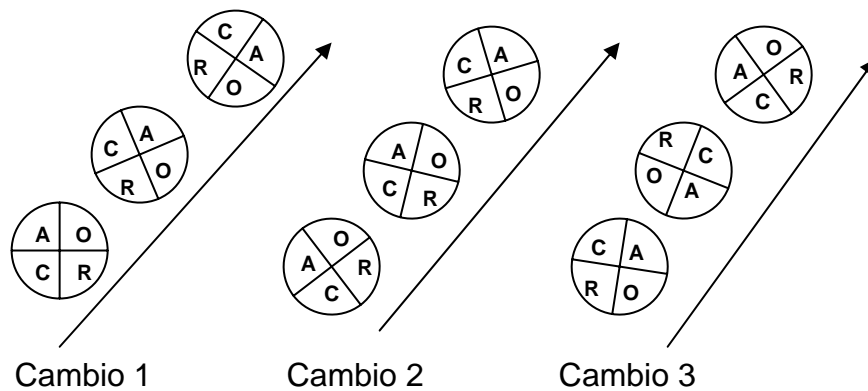
<p><i>Paso 1:</i> <b>Organizar (Planificar)</b></p> <p>Se define como la organización de la prueba u observación, incluye la planificación de la colección de información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Plantear el objetivo de la prueba u observación.</li> <li>→ Predecir los resultados que se tendrán.</li> <li>→ Planifique la ejecución de la prueba.</li> </ul>
<p><i>Paso 2:</i> <b>Realizar (Hacer)</b></p> <p>Es la ejecución de la organización y planificación del paso anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Llevar a cabo la prueba u observación.</li> <li>→ Documentar los problemas y las observaciones inesperadas.</li> <li>→ Iniciar el análisis de los datos.</li> </ul>
<p><i>Paso 3:</i> <b>Clarificar (Estudiar)</b></p> <p>Es el momento en que se analiza la información colectada y se estudian los resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Completar el análisis de los datos.</li> <li>→ Comparar los datos a las predicciones.</li> <li>→ Resumir y reflejar lo que se ha aprendido.</li> </ul>
<p><i>Paso 4:</i> <b>Actuar</b></p> <p>De acuerdo a lo aprendido en el paso anterior, se reajusta el cambio para re afinarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Determinar cuáles cambios debieron ser realizados.</li> <li>→ Prepare un plan para la siguiente prueba.</li> </ul>

La prueba de los cambios que producirán mejoría, es un proceso interactivo, la finalización de cada uno de los ciclos ORCA conlleva el inicio de un nuevo ciclo. Es aquí donde los equipos que implementan la intervención aprenden al responder a las siguientes preguntas: Qué funcionó y qué no? Qué debe ser mantenido, cambiado o abandonado?. El conocimiento resultante servirá para planear la siguiente prueba. De esta manera se continua con el proceso de calidad para mejorar la prueba hasta que el cambio es reafinado y está listo para una implementación más amplia (Figura 3).



**Figura 3**

Los equipos prueban simultáneamente muchos cambios, los cuales son dirigidos al alcanzar la misma meta. El uso de varios ciclos ORCA relacionados permite que los equipos prueben más de un cambio simultáneamente (Figura 4).



**Figura 4**

## **La Serie Innovativa de Mejoría**

---

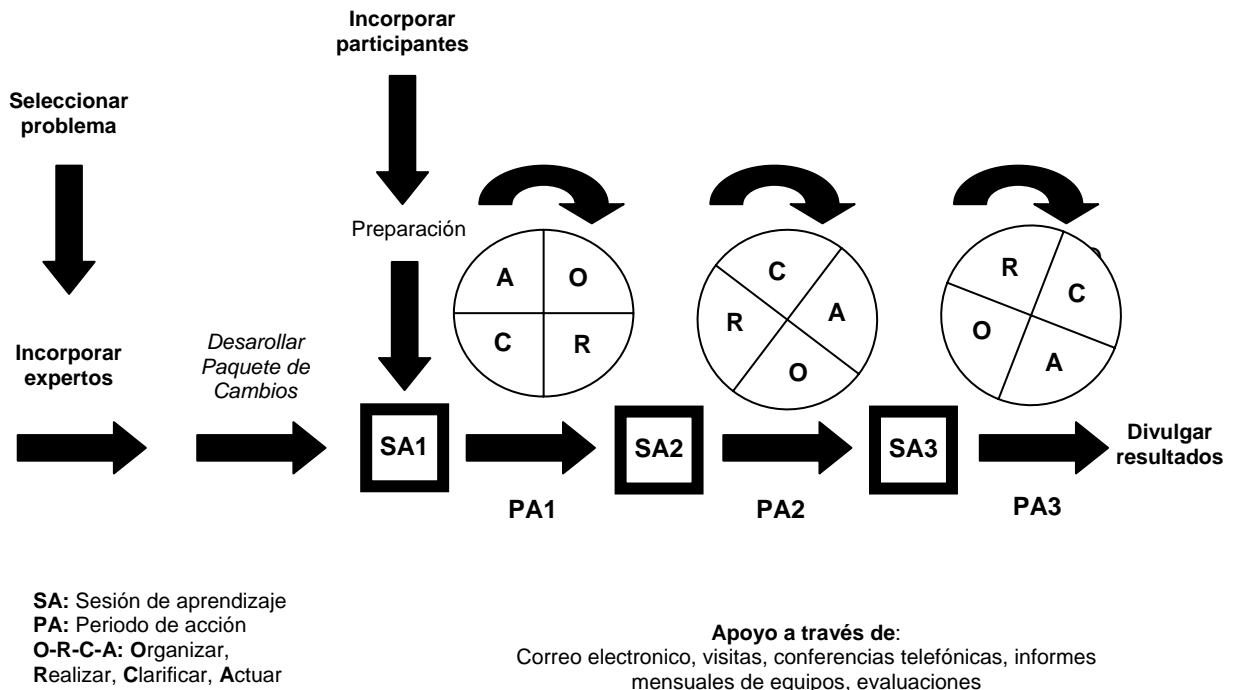
La implementación de un colaborativo es a través del modelo llamado Serie Innovativa de Mejoría, el cual es la integración de las actividades que deben seguirse a fin de estructurar la base sobre la cual los equipos que intervienen en el colaborativo pueden intercambiar

experiencias, recibir asesoría de expertos y aprender mutuamente en las áreas identificadas para mejorar la atención de las personas con Enfermedades Crónicas.

Los elementos claves para que *La Serie Innovativa de Mejoría* sea desarrollada (Figura 5 ) son:

1. *Selección del tópico.* Se identifica un área particular de la atención que reciben los pacientes, que sea susceptible y esté lista para ser mejorada.
2. *Incorporación de expertos.* Se identifican al menos 5 expertos de las disciplinas relacionadas con el área identificada para mejoría. Estos deben haber demostrado su conocimiento con un buen desempeño y aportes pertinentes en sus áreas de trabajo. Uno de estos expertos deberá ser quien diriga el colaborativo. Todos los expertos contribuyen a la construcción del colaborativo, haciendo aportes para la elaboración de la meta que se perseguirá, las estrategias de monitoreo, y proveyendo una lista de las actividades que han demostrado cambios basandose en la evidencia.
3. *Incorporación de participantes.* Se espera que participen personas claves pertenecientes a los servicios que iniciarán el proceso de mejoría. El personal más experimentado guiará, apoyará y motivarán al resto del equipo para brindar de manera responsable sostenibilidad de los cambios efectivos que los equipos han demostrado.

**Figura 4: Serie Innovativa de Mejoría**



4. *Sesiones de aprendizaje.* Estas son reuniones de intercambio de ideas, usualmente se realizan tres sesiones, en donde se junta a las personas que están implementando los cambios de mejora con el equipo que guía el colaborativo. Durante la *primera sesión de aprendizaje* el equipo de expertos presenta la visión de la atención ideal en al área definida a ser mejorada y los cambios específicos que se implementarán, este es el *Paquete de Cambios*, que al ser aplicado localmente mejorará significativamente el desempeño del servicio de atención. En las *segunda y tercera sesiones de aprendizaje*, los equipos aprenden más de sí mismos a través de los reportes de progreso, dificultades y las lecciones aprendidas durante sus reuniones, talleres, presentación de posters o murales, y del diálogo en intercambio informal.
5. *Períodos de acción.* Ocurren entre las sesiones de aprendizaje. Los equipos trabajarán en sus unidades o servicios de salud para probar e implementar los cambios propuestos durante la sesión de aprendizaje y harán los círculos de calidad ORCA. Los equipos presentaran sus resultados en informes mensuales y también durante la sesión de aprendizaje siguiente en la presentación de carteles. En los casos que tengan un listado de correos electrónicos o una página Web podrían comunicarse por estos medios para intercambiar ideas.
6. *Aplicación del modelo para el proceso de mejoramiento.* Este es la aplicación de los ciclos de calidad ORCA (descrito anteriormente), permite identificar cuatro elementos claves para que el proceso sea exitoso: Metas específicas y medibles, monitoreo continuo de los cambios, predicción de los cambios claves que se desean, y los ciclos de calidad ORCA.
7. *Divulgación de resultados.* Una vez que el colaborativo se ha completado, el trabajo es documentado y los equipos presenta sus resultados y las lecciones aprendidas a personas y organizaciones nacionales e internacionales que no participaron en el proceso, a través de conferencias, congresos, publicaciones y reu

## Cronograma del Proyecto

La secuencia de los eventos para el proyecto Colaborativo son las siguientes:

EVENTOS	MES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>Actividades preparatorias</b>																
→ Elaboración del documento del proyecto.																
→ Reunión con las Autoridades y Gestores Nacionales.																
→ Panel de expertos.																
→ Formación de Equipos.																
→ Memorando de entendimiento.																
→ Programación de reuniones.																
→ Conformación de lista de contactos.																
→ Apicación de ACIC.																
→ Preparación de la primera sesión de aprendizaje.																
→ Propuesta de Trabajo de los Centros de Salud.																
→ Definición de Población Piloto.																
→ Selección de Indicadores.																
→ Preparación de cartel de experiencias.																
→ Coordinación con ONG's locales																
<b>Sesión de aprendizaje #1(SA1)</b>																
<b>Período de Acción 1 (1PA)</b>																
→ Aplicación de VICEN Panamericano.																
→ Toma de A1c.																
→ Primera ronda de ciclos ORCA.																
→ Segunda ronda de ciclos ORCA.																
→ Tercera ronda de ciclos ORCA.																
→ Preparación de cartel de experiencias.																
→ Preparación de la segunda sesión de aprendizaje.																



EVENTOS	MES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Sesión de aprendizaje2 (SA2)																
Período de Acción 2 (2PA)																
→ Primera ronda de ciclos ORCA.																
→ Segunda ronda de ciclos ORCA.																
→ Tercera ronda de ciclos ORCA.																
→ Preparación de cartel de experiencias.																
→ Preparación de la tercera sesión de aprendizaje.																
Sesión de Aprendizaje 3 (SA3)																
Período de Acción 3 (3PA)																
→ Primera ronda de ciclos ORCA.																
→ Segunda ronda de ciclos ORCA.																
→ Tercera ronda de ciclos ORCA.																
→ Aplicación de VICEN Panamericano.																
→ Toma de A1c.																
→ Preparación de cartel de experiencias.																
→ Preparación del evento final.																
Evento Final																

## Actividades en la Etapa Preparatoria del Colaborativo

En las próximas páginas revisaremos la información de cómo completar cada una de las actividades preliminares. Al final tenemos una hoja en la cual cada uno de los equipos pueden llenar de forma a ayudar en el proceso de monitoreo del desarrollo de su trabajo.

### 1. Documento del Proyecto y/o la Declaración de Principios

Cada país u organización que quiera desarrollar el proyecto colaborativo deberá nombrar un Grupo de Planificación que será responsable de elaborar un documento del proyecto, donde hace una revisión de la situación de la Enfermedad Crónica que interesa abordar en el país, que justifique su implementación con base a indicadores nacionales. De igual manera deberá estar definida la misión del Proyecto, las evidencias científicas que apoyan el establecimiento de líneas de trabajo, el Paquete de Cambios, los métodos que los equipos deberán utilizar para alcanzar la misión, y la lista de las expectativas que los equipos participantes deben tener de los líderes del proyecto, así como las que los líderes deben esperar de los equipos y

el modelo de Registro de Pacientes que servirá para dar seguimiento al progreso del paciente (Ver Anexo ##)

En la sección anexos encontrará ejemplos de declaración de principios y una lista de tareas que el Grupo de Planificación Local podría usar como modelos. Algunos países u organizaciones pueden preferir elaborar una Declaración de Principios, que sería como un término de compromiso, donde se haría el planteamiento del problema, misión, metas, metodología y expectativas del proyecto.

## **2. Reunión con las Autoridades y Gestores Nacionales.**

---

Para iniciar el proyecto es necesario hacer una reunión con las autoridades sanitarias del país donde se hará el colaborativo. Durante la reunión, el Grupo de Planificación del Colaborativo, explicará la propuesta del proyecto, sus metas y resultados esperados y se hará un listado de todas las unidades de salud existentes en la región que sea asignada como área demostrativa. Este listado es necesario para poder hacer la selección de las unidades de salud (Casos/ Controles), que participarán en el proyecto. En esta reunión se pretende que las autoridades sanitarias nacionales autoricen la realización del Colaborativo e identifiquen a los expertos que conformarán el Equipo de Liderazgo Nacional y al Grupo de Coordinación Local. El producto final esperado es la observación a la propuesta inicial del Colaborativo, con la adaptación del Paquete de Cambios y las estrategias de monitoreo y evaluación a la realidad nacional.

## **3. Realización de Panel de Expertos**

---

Es fundamental, también, para el éxito del proyecto, la realización de un Panel de Expertos, con la participación de Expertos en Diabetes del País y/o local. Este grupo de Expertos debe evaluar la propuesta del Paquete de Cambios para adaptarlo a la realidad del País, además de revisar los indicadores propuestos para el proyecto colaborativo. También participarán en este panel los expertos del Grupo de Coordinación Regional.

## **4. Formación de Equipos**

---

Tener un equipo apropiado y efectivo es clave para alcanzar los resultados exitosos en los esfuerzos por el mejoramiento. Se recomienda la conformación de tres equipos: Liderazgo nacional, liderazgo regional y liderazgo local.

Los miembros del **Equipo de Liderazgo Nacional** deben ser autoridades en salud pública en la esfera nacional, en especial en el área de las enfermedades crónicas y/o mejora de la calidad de la atención sanitaria y con conocimientos, interés y entusiasmo por los sistemas y procesos de mejoramiento continuo. Se recomienda que formen parte de este equipo: Coordinador del programa de enfermedades crónicas y/o coordinador de la mejoría de la

calidad de la atención sanitaria, el coordinador nacional de epidemiología, un representante de las sociedades científicas relacionadas con las enfermedades crónicas, ONG's que promueven la causa para el control de las enfermedades crónicas, las universidades a través de los representantes de la Facultad de Medicina o de los programas de maestría de Salud Pública o Epidemiología y agrupaciones de pacientes.

El **Equipo de Asesoría Internacional** estará integrado por representantes de la Unidad de Enfermedades Crónicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con sede en Washington DC.

El **Equipo de Asesoría Nacional** estará integrado por los puntos focales para Enfermedades Crónicas y/o Promoción de la Salud, de la oficina nacional de la OPS.

De la misma manera que el Equipo de Liderazgo Nacional, el **Grupo de Coordinación Regional** debe tener un equipo apropiado y efectivo. Para alcanzar los resultados propuestos en el proyecto es clave que los equipos de las unidades tengan en la coordinación regional personas que les instruyan y apoyen. Todos sus miembros deben tener conocimientos, interés y entusiasmo por el sistema y procesos de mejoría continuada de la calidad. Se procurará que formen parte del grupo profesionales con prestigio técnico científico en el área determinada. Se recomienda la participación de: Director regional del sistema de salud, coordinado regional de epidemiología, representantes de sociedades científicas relacionadas al tema, agrupaciones de pacientes y ONG's que tengan programas relacionados en la región.

El grupo de Coordinación Regional nombrará un **Equipo de monitoreo y evaluación** que apoyará en el seguimiento del Colaborativo a nivel local.

Los **Equipos de las Unidades de Salud** elegirán a los miembros del equipo basándose en los conocimientos, interés y entusiasmo por el sistema y procesos en los cuales se debe trabajar para mejorar. Para desarrollar el proyecto las unidades de salud necesitarán nombrar los encargados de las cuatro funciones de liderazgo del equipo: **líder de la unidad, líder de sistemas en la unidad, líder clínico y líder de los cambios**. El líder de la unidad debe planificar atender por lo menos la primera y la tercera sesiones de aprendizaje y el evento final. Los líderes de proyecto, el clínico y el de los cambios deben planificar para asistir a las tres sesiones de aprendizaje y al evento final. Puede ocurrir que más de un individuo ocupen la misma función. También puede ocurrir que una persona se ocupe de más de una función. En cualquier caso, llenar todas las funciones es esencial para el éxito del equipo.

Para la selección de los líderes, tome en cuenta las siguientes recomendaciones:

### **El líder de la unidad ideal**

- Debe tener autoridad final para destinar el tiempo y los recursos necesarios para que los equipos puedan realizar sus tareas,
- Debe tener autoridad administrativa sobre todas las áreas afectadas por los cambios que serán probados, y
- Deberá estar dispuesto a ejercer el liderazgo para alcanzar los cambios exitosos a través de su unidad.

El líder de la unidad es generalmente uno de los directores de la unidad. El o ella deben ser estimulados a participar en todas las sesiones de aprendizaje y en el evento final.

### **El líder de Sistemas ideal**

- Debe tener autoridad directa para destinar el tiempo y los recursos necesarios para que los equipos puedan realizar sus tareas,
- Debe tener autoridad directa sobre los sistemas afectados por los cambios que el equipo va a probar, y
- Deberá ejercer el liderazgo para alcanzar los cambios exitosos a través de su departamento o servicio.

Un ejemplo de líder de sistemas podría ser el director médico o el director clínico. El líder de sistemas deberá participar de todas las sesiones de aprendizaje y del evento final.

**Observación:** en unidades pequeñas, el líder de la unidad y el líder de sistemas podrá ser la misma persona, Asimismo, el líder clínico (vea abajo) podrá ser el líder de sistemas y el líder de la unidad o ambos.

### **El líder clínico ideal**

- Es un profesional que es un formador de opinión y es respetado por sus pares,
- Conoce de diabetes profundamente y entiende el proceso de atención de la salud,
- Tiene buena relación de trabajo con sus colegas y con el líder de cambios, y
- Está interesado en introducir mejoras al sistema.

Es esencial tener un líder clínico – usualmente un médico pero, en algunos casos puede ser una enfermera u otro profesional de la salud – en los equipos. El líder clínico deberá participar en todas las sesiones de aprendizaje y en el evento final.

### **El líder de mejora de calidad ideal**

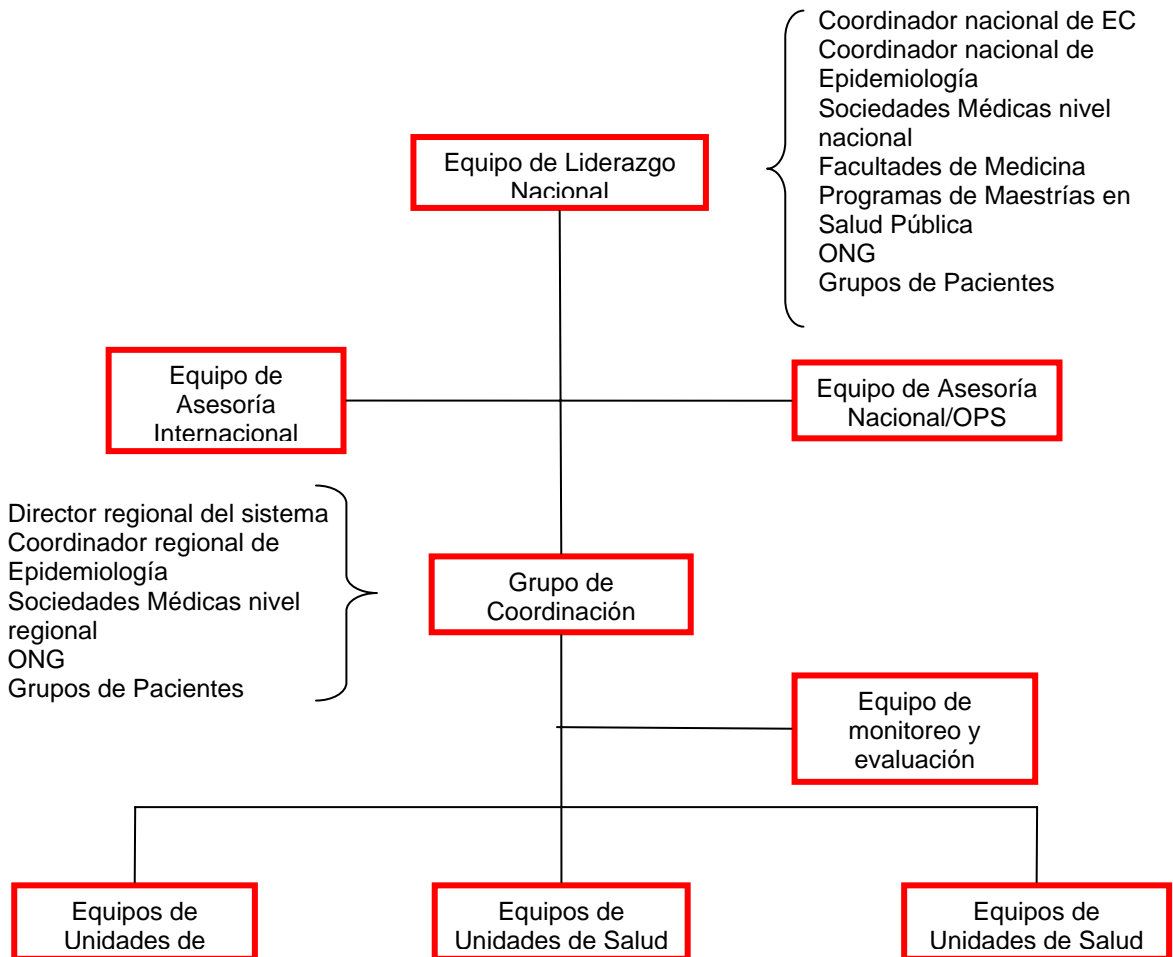
- Dirige el proyecto, asegurando que los ciclos de cambio sean probados, implementados y documentados,
- Coordina la comunicación entre los equipos y el grupo de planificación del proyecto,

- ➔ Revisa y supervisa la recolección de datos, y
- ➔ Trabaja efectivamente con el líder clínico.

El **líder de cambios** es un gerente de calidad, enfermera o educador en diabetes. El o ella deben entender como los cambios afectarán el sistema y tener tiempo para mantener el proyecto en curso. El líder de cambios deberá participar en todas las sesiones de aprendizaje y en el evento final.

Además de los cuatro miembros fundamentales listados hasta ahora, los equipos incluirán **otros miembros de la unidad** que estarán involucrados en probar e implementar los cambios. También ellos serán invitados a participar en las sesiones de aprendizaje y el evento final. Los equipos deberán tener entre 5 a 8 miembros en total.

La estructura organizativa que se propone para la implementación del Colaborativo es la siguiente:



Deberán nombrarse un Director del Proyecto a nivel nacional y un Coordinador a nivel Local, quienes serán los responsables de la ejecución del Colaborativo. Se recomienda que el Director sea un representante del Equipo de Liderazgo Nacional, y por su parte el Grupo de Coordinación Regional deberá nombrar al Coordinador del proyecto, el cual será miembro del Equipo de la Unidad de Salud.

## **5. Memorando de Entendimiento: Elaborando y Completando el documento**

---

La propuesta del Memorando de Entendimiento (MDE) debe ser preparada por el Grupo de Planificación del proyecto. En el documento deben estar especificadas las responsabilidades que asumen los equipos al aceptar participar en el proyecto (ver Anexo # modelo de MDE).

El MDE será firmado por la persona de la organización o servicio que tenga la autoridad necesaria para firmar contratos.

El grupo de Coordinación Local debe informar los nombres para que se puedan elaborar estos MDE individual a cada servicio y hacer que estos documentos sean firmados y devueltos al grupo de planificación, para los archivos del proyecto.

## **6. Programando las reuniones y conferencias telefónicas**

---

### **a) Grupo de Coordinación Local, Equipo de Liderazgo Nacional y Grupo de Planificación**

El grupo de planificación debe plantear conferencias telefónicas periódicamente para mantenerse al tanto de todo lo que ocurre en el proyecto: los avances, barreras del proyecto y ejecución de las actividades. Estas conferencias pueden ocurrir con la participación del Equipo de Liderazgo Nacional y/ o con el Grupo de Coordinación Local, de acuerdo con las necesidades. Es importante siempre al final de cada conferencia que se haga un registro, con los acuerdos y compromisos asumidos por cada participante.

### **b) Equipos de las Unidades de Salud y Grupo de Coordinación Local**

Cada equipo debe programar una reunión con el equipo de planificación local, antes de la primera sesión de aprendizaje. Un miembro del equipo de planificación local apoyará los equipos en su preparación y esclarecerá las dudas que los equipos tengan para poder participar en el Proyecto. Antes de la reunión los equipos deben haber comenzado las actividades preliminares.

## **7. Conformando un Listado de Correo Electrónico**

---

Una forma ágil y fácil de comunicación entre los grupos y equipos es el correo electrónico. Todos los miembros del Grupo de Planificación del Proyecto, del equipo de Liderazgo Nacional y del Grupo de Coordinación Local deben tener un e-mail registrado para el proyecto por donde se pueda establecer la comunicación. Se sugiere también que por lo menos un miembro de los equipos de las unidades de salud tenga un correo electrónico para que pueda hacer parte del listado para el proyecto colaborativo, de forma que facilite la comunicación para el resto del equipo de la unidad de salud. Se estimulará que todos tengan un correo electrónico para participar del listado del proyecto, para que puedan recibir información, herramientas, hacer preguntas y recibir respuestas y participar de discusiones vía web.

## **8. Aplicando el ACIC en las unidades de salud (línea basal)**

---

En los *anexos* de este manual se encontrará el instrumento para ser aplicado en cada una de las unidades de salud *“Evaluación de la atención a la Diabetes (Modificación del ACIC Versión 3)”*, que se trata de una evaluación cuali-cuantitativa de la calidad de la atención prestada a las personas con diabetes. Esta evaluación será aplicada inicialmente – línea basal - y al final del proyecto, para evaluar la percepción de los profesionales de salud del modelo de atención de enfermedades crónicas del sistema u organización al que pertenecemos. Una persona del grupo de planificación debe ir a cada unidad de salud para aplicar el cuestionario a los profesionales.

## **9. Preparando la Primera Sesión de Aprendizaje**

---

Para la realización de las sesiones de aprendizaje se debe garantizar un local adecuado para acomodar confortablemente todos a los equipos de las unidades de salud, el Grupo de Coordinación Local, el Equipo de Liderazgo Nacional y el Grupo de Planificación. Para que todos los miembros del equipo puedan participar, se debe viabilizar el traslado y la estrategia para cubrir las necesidades del grupo. El registro de los participantes se hará al inicio de cada sesión, donde se entregará el material personal y del equipo. En el anexo # de este manual encontrará modelos de agenda de las sesiones de aprendizaje y de la dinámica. Cada servicio se deberá responsabilizar por la acomodación y alimentación de los equipos de salud y los pacientes (si los hubiere). Durante la sesión serán servidos cafés y almuerzos a los participantes.

Los equipos de las unidades de salud deben organizarse de forma de poder participar en el evento, garantizando al mismo tiempo la no suspensión de los servicios en la unidad de

salud. El líder de la unidad es la persona que debe seleccionar a los participantes de las sesiones, de acuerdo con el interés y desarrollo de los trabajos en la unidad.

## **10. Desarrollar la Propuesta de Trabajo de la Unidad de Salud**

---

La Propuesta de Trabajo de la unidad de salud debe ser un documento objetivo y consistente, describiendo lo que el equipo espera cumplir y lograr durante el desarrollo del colaborativo; la propuesta servirá de guión para el equipo durante todo el período del proyecto y ayudará a alcanzar esfuerzos específicos de mejoría.

La Propuesta de Trabajo garantiza que el equipo se guíe con los objetivos estratégicos de todo el sistema de salud, pero de acuerdo con su realidad local. Se debe involucrar al líder de la unidad en el desarrollo de esta actividad para asegurar su apoyo al trabajo.

Al desarrollar su propuesta, asegúrese de:

- **Involucrar el líder de la unidad de salud:** el debe alinear la propuesta con los objetivos del sistema de salud y proveer apoyo de personal y recursos del sistema de información, financieros y de reubicación de los equipos de salud;
- **Basar su Propuesta en los datos o necesidades de la organización;**
- **Elaborar su Propuesta de Trabajo claramente y usar objetivos numéricos:** los equipos hacen mejores avances cuando saben a donde quieren llegar. Además de tener objetivos específicos, trate de seleccionar indicadores más apropiados para saber si se avanza o no en la dirección trazada. Teniendo objetivos concretos y numéricos los equipos pueden visualizar sus metas y ayudar a crear la tensión por los cambios. Por ejemplo, si se tiene la meta de “mejorar el porcentaje de pacientes con educación para el autocuidado para 50%” será más efectivo del que “mejorar las prácticas de autocuidado”.

Deberá haber un tiempo en la primera sesión de aprendizaje para los equipos definan sus Propuestas de Trabajo.

### **Ejemplos de Metas en Diabetes**

Los equipos de salud rediseñarán sus prácticas de atención para implementar el Modelo de Atención en Diabetes (Modelo de Wagner) así, 60% de los pacientes con diabetes en seguimiento tendrán una HbA1c menos de 8.0%, más de 70% tendrá su presión arterial por debajo de 140/90mm Hg, 70% tendrá el LDL colesterol menos que 130 mg/dl, 80% tendrá su



educación y practica de autocuidado documentada en los expedientes médicos, y 80% de los fumadores reciban consejos/ y apoyo psicológico para dejar de fumar.

## **11. Definiendo Población Piloto**

---

Durante el proyecto colaborativo, los equipos probarán e implementarán los cambios en la atención con una población piloto, que podrán ser todos los pacientes de la unidad de salud o parte dellos, definiendo los criterios de inclusión o exclusión en la Propuesta de Trabajo. Normalmente, teniendo en cuenta la experiencia del proyecto en México, se prefiere tener unidades casos - donde todos los pacientes con diabetes de la unidad participan en el piloto, desde que acepten participar voluntariamente del proyecto (debe ser documentado a través del consentimiento informado de cada paciente) -, y unidades control - donde no hay intervención más que la evaluación basal y al final del proyecto. Los pacientes en las unidades control reciben la atención usual.

### **Ejemplo de criterios de inclusión en el piloto:**

Pacientes con diabetes que en el momento del inicio proyecto, en la recolección de los datos, estén diagnosticado como diabetes tipo 1 ó 2, tengan edad entre 18 y 75 años, que hayan tenido por lo menos una cita médica en el año anterior.

## **12. Aplicando los Cuestionarios y Llenando la Base de Datos VICEN Panamericano**

---

### **Aplicación de los Cuestionarios**

Para poder verificar los cambios en su población piloto, es necesario recoger información de los expedientes médicos y de entrevistas con los pacientes en los formularios del Sistema de Vigilancia Centinela del Manejo de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles Panamericano (VICEN Panamericano) que deberán ser distribuidos a todas las unidades de salud en cantidad suficiente para la población piloto. La recolección de los datos debe ser realizada por un miembro del equipo de salud, preferiblemente el líder de sistemas y un miembro de la coordinación local.

Para informaciones o dudas sobre los cuestionarios, deben ser consultados los equipo de liderazgo nacional o el grupo de planificación del proyecto. En Anexo # 3 encontrará toda el material explicativo del cuestionario.

### **Llenando la Base de Datos VICEN Panamericano**

La base de datos de VICEN Panamericano estará instalada en computadoras donde funcionen los Grupos de Coordinación Local. Para completar la base de datos VICEN Panamericano, los cuestionarios llenados deben ser enviados por los Equipos de las Unidades de Salud a su respectivo Grupo de Coordinación Local, para que, una vez centralizados en la coordinación, puedan ser digitados en la base de datos. Cualquier información, duda o problema en el ingreso de los datos, los grupos deben comunicarse con el Equipo de Liderazgo Nacional o el Grupo de Planificación del Proyecto.

### 13. Selección de los Indicadores

---

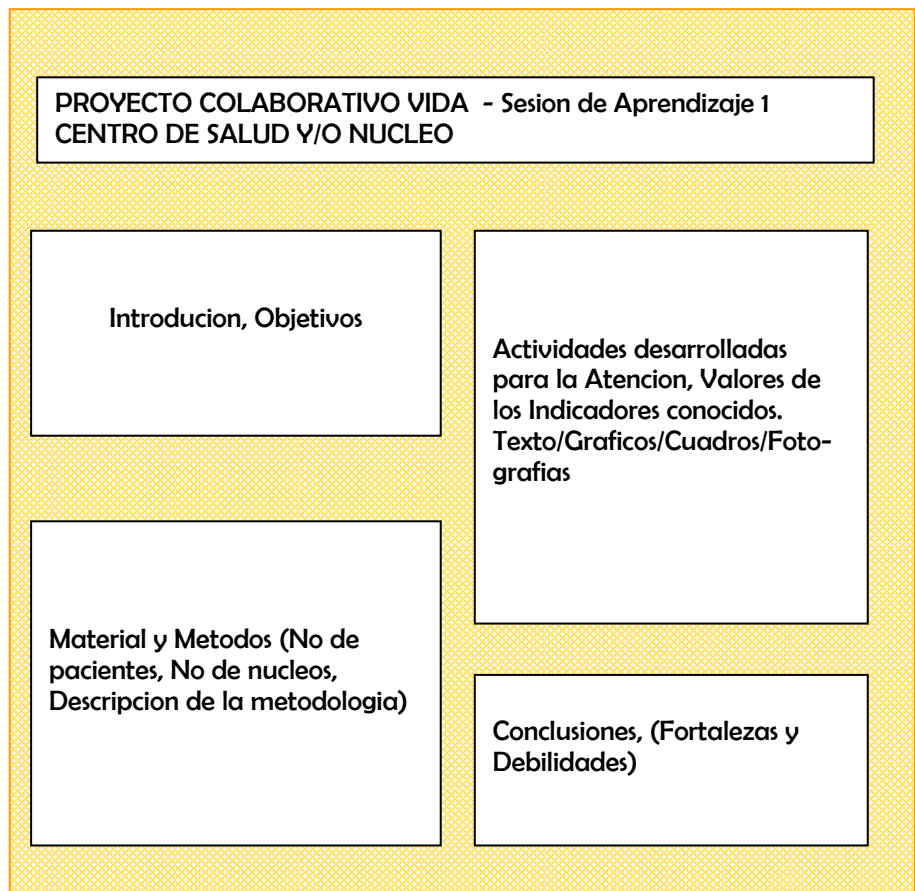
La selección de los indicadores para el proyecto tiene la intención de permitir a los equipos que realicen el seguimiento de su desempeño, evaluando los cambios probados; el seguimiento de los indicadores no es un fin en si mismo, pero debe promover o mejor acelerar el proceso de cambio y no retrasarlo. Cada equipo deberá probar e implementar cambios y monitorar el progreso; algunas veces esto puede requerir algunas medidas o indicadores adicionales u opcionales, que deben ser seleccionados por cada equipo. Se recomienda que se seleccionen de 5 a 7 indicadores en total. Estos deben estar relacionados con el o las áreas identificadas como débiles en el ACIC, y corresponder al área identificada en el modelo de Warner para la atención de las enfermedades crónicas. En el Anexo #4 encontrará ejemplos de indicadores.

### 14. Preparando su Cartel de Experiencias

---

Los Equipos de las Unidades de Salud, deberán preparar carteles que reflejen sus experiencias en la atención a los pacientes con diabetes para ser mostrados en cada Sesión de Aprendizaje. Los carteles proveerán a los participantes de un medio de intercambiar experiencias e información. Habrá horarios durante las

Manual de Implementación



sesiones para visitar los carteles, donde una persona del centro correspondiente debe permanecer para poder explicar el contenido del cartel. Los tableros para la instalación de los carteles proveen a cada cartel un espacio máximo de 1 X 2 metros. Los tableros tendrán una identificación para cada centro de salud o equipo que realiza un cambio. Los carteles deberán traer en la parte superior un letrero con el nombre del centro de salud y/ o núcleo, de manera que sean fácilmente identificables. El tamaño de la fuente del texto debe permitir leer a distancia. Los dibujos, ilustraciones, fotos y cuadros también deben ser suficientemente grandes. Material escrito a mano no es aceptable.

## 15. Colaboración con ONG's Locales (Opcional)

---

Muchas unidades de salud pueden o podrán trabajar con ONG's o con asociaciones locales (iglesias, asociaciones de barrios, asociaciones profesionales, etc.) para apoyar actividades desarrolladas en las unidades con los pacientes con Enfermedades Crónicas. Estas colaboraciones deben ser estimuladas por el Colaborativo ya que contribuyen junto a los equipos, a la mejoría de la atención de los pacientes.

## Etapa operativa del Colaborativo

---

### Primera Sesión de Aprendizaje

---

La Primera Sesión de Aprendizaje es la oportunidad formal para los miembros del Equipo que implementará el Colaborativo de entrar en contacto con el proyecto. La combinación de presentaciones magistrales por expertos con períodos de trabajo asistido provee de información didáctica y escenarios clínicos que asisten a los miembros de los equipos en su proceso de aprendizaje y en la aplicación del modelo de atención de enfermedades crónicas.

Se espera que al final los equipos elaboren su plan de mejoría para aplicarlo en sus servicios, por lo que son introducidos al método del colaborativo y al estilo que implica la cooperación entre los miembros del equipo, los ciclos ORCA y el monitoreo de las actividades. Al final de la Primera Sesión de Aprendizaje los participantes deben estar completamente motivados con la transformación del modelo de atención.

Los **objetivos** de la Primera Sesión de Aprendizaje son:

1. Aumentar el conocimiento del Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas, con particular énfasis en las siguientes áreas: sistema de información clínico, fundamento de las decisiones, diseño del sistema de entrega de servicios y el auto control.

2. Describir los cambios específicos en el sistema de información clínico, fundamento de las decisiones, diseño del sistema de entrega de servicios y el auto control, que ya han sido probados en otras experiencias.
3. Discutir el Modelo para la Mejoría, incluyendo las pruebas de cambio y la necesidad de los ciclos ORCA para cada uno de ellos.
4. Apoyar a los equipos en la aplicación del Modelo para la Mejoría y los ciclos ORCA, especialmente el primer paso (Organización y planificación) para cada uno de los cambios que se planificará probar.
5. Describir la metodología de reporte del colaborativo, los formularios que se emplearán, y las expectativas de los participantes en relación a este sistema de reportes.

En Anexos encontrará una lista de tareas que podrá orientarlo para la planificación de la Primera Sesión de Aprendizaje, además de otras herramientas para planificar el Paquete de Cambios.

## **Primer Período de Acción**

---

El Primer Período de Acción es la etapa en donde los equipos probaran los cambios, compartirán información entre ellos y con el resto del personal del centro de salud, y tendrán la oportunidad de contactar a los expertos para aclarar dudas.

El líder del Colaborativo comenzará a elaborar su informe, que luego será compartido con los miembros del equipo local y con los miembros del equipo regional, y con el equipo nacional. El reporte incluirá la meta, indicadores de medición, resúmenes de los ciclos ORCA realizados, hojas de monitoreo de los indicadores medidos, y la auto medición de logros a la fecha.

## **Segunda Sesión de Aprendizaje**

---

Esta sesión está diseñada para ampliar el conocimiento de los equipos en los componentes del modelo de atención de las enfermedades crónicas, en particular el sistema de información clínico, el diseño de la entrega de los servicios, el apoyo en la evidencia para la toma de decisiones y el autocontrol. Se pretende que se identifiquen más acciones que pudieran probarse y en la aplicación de cada componente a la realidad del establecimiento. Los equipos aprenden a utilizar los ciclos de prueba para acelerar su mejoría. El sistema de medición y de reportes se reviza para fortalecer el proceso. Los equipos elaboran un plan para probar nuevos cambios, tratando de incorporar más elementos del Modelo de Atención para Enfermedades Crónicas.

Los **objetivos** de la segunda sesión de aprendizaje son:

1. Promover la automejoría de la implementación del Modelo de Atención para Enfermedades Crónicas.
2. Describir cambios específicos en el sistema de información clínica, en el fundamento de las decisiones, el rediseño del sistema de entrega de los servicios, y el apoyo al autocontrol, que han sido probados exitosamente e implementados en los servicios.
3. Introducir el componente de la Comunidad del modelo.
4. Incorporar las presentaciones de los grupos y colaboración a través de sesiones separadas.
5. Describir formas de acelerar la prueba de los cambios y el mejoramiento.
6. Introducir el concepto de divulgación de la información.
7. Asistir a los equipos en la elaboración de planes para pruebas adicionales en los componentes del modelo.
8. Reforzar la metodología de informes, y solventar problemas en particular con cada uno de los equipos.

## **Segundo Período de Acción**

---

Durante el Segundo Período de Acción, los equipos continúan refinando sus planes para la mejoría. Así como en el Primer Período de Acción, se mantiene en contacto entre sí y consultan a los expertos y a los líderes del colaborativo.

## **Tercera Sesión de Aprendizaje**

---

Los **objetivos** de la tercera sesión de aprendizaje son:

1. Promover la automejoría de la implementación del Modelo de Atención para Enfermedades Crónicas.
2. Realizar presentaciones de las mediciones de las mejorías, y de las pruebas específicas que contribuyeron a la mejoría.
3. Identificar presentaciones en las que se describan pruebas profundamente desarrolladas para los componentes del modelo.
4. Introducir el componente del modelo, Organización de los Servicios de Atención.
5. Incorporar tanta colaboración como sea posible a las presentaciones de los equipos durante la plenaria.
6. Describir estrategias de sostenimiento y divulgación de las acciones de mejora.
7. Asistir a los equipos en el desarrollo de planes para la prueba e implementación de los componentes del modelo de atención.

## **Tercer Período de Acción**

---

Durante el Tercer Período de Acción los equipos enfocan su atención a la implementación de mejoras en el sistema de atención, esforzándose mensualmente por la mejoría de los servicios. Continúa estimando su éxito y podrían elaborar una herramienta para medir el proceso de divulgación de las innovaciones a través del sistema de salud. Continuarán en contacto con los expertos y los líderes del colaborativo, sin embargo ellos (los equipos) tendrán un rol de más relevancia en este período.

## **Evento Final**

---

En el Evento Final se muestran los casos exitosos del colaborativo. Se celebran los logros alcanzados por todos los equipos. El evento es una oportunidad para promover el Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas. En la preparación del evento se solicita a los equipos con el más alto desempeño presentar su trabajo completado a la fecha. A algunos se les solicita presentar actividades relacionadas solamente con uno de los componentes del modelo, mientras a otros se les solicita documentar actividades para todos los componentes. También algunos equipos aprovecharán el evento para informar sus resultados a través de los medios de comunicación.

---

## Anexos

### Anexo 1: Listado de Tareas de las Actividades Preliminares

---

Para preparar la Sesión de Aprendizaje 1 cada uno de los grupos tiene una serie de tareas a cumplir:

1 - El **Grupo de Planificación** y el **Equipo de Liderazgo Nacional** precisan completar las tareas a seguir:

- Preparar Documento del Proyecto y la Declaración de Principios
- Seleccionar las unidades de salud participantes – Casos/ Controles
- Reunir con las autoridades y gestores locales
- Preparar los Memorandos de Entendimiento para firma de las Autoridades
- Preparar el Painel de Expertos para discutir la Propuesta del Paquete de Cambios
- Definir el Equipo de Coordinación Local
- Preparar los cuestionarios *Qualidiab* para la línea basal
- Definir la población piloto
- Aplicar el ACIC a los profesionales de las unidades de salud participantes (línea basal)
- Estructurar un listado de Correo electrónico para los distintos grupos y equipos del proyecto (Grupo de Planificación, Equipo de Liderazgo Nacional, Equipos de Coordinación Local, Equipos de las unidades participantes)
- Preparar toda la estructura para la Primera Sesión de Aprendizaje

2 - El **Grupo de Coordinación Local** precisa completar las tareas abajo:

- Leer este manual y toda documentación referente al proyecto
- Informar a las unidades o servicios seleccionados para participar del proyecto al Grupo de Planificación
- Apoyar en la organización y Participar de la reunión con las autoridades y gestores locales
- Designar los responsables y orientar en la aplicación de los cuestionarios *Qualidiab*
- Hacer que se firmen los Memorandos de Entendimiento por las autoridades y/o gestores locales
- Participar de las conferencias telefónicas y de los listados de correo electrónico

3 – Los **Equipos de las Unidades de Salud Participantes** precisan completar las tareas de:

- Leer este Manual y demás documentos del proyecto colaborativo VIDA
- Formar el equipo en la unidad de salud
- Firmar el Memorando de Entendimiento con la OPS y el Minsa
- Participar de los listados de correo electrónico
- Arreglar o Solicitar el apoyo necesario para la participación en la Primera Sesión de Aprendizaje (traslado, diarias, etc)
- Definir su población piloto
- Apoyar en la aplicación de los cuestionarios de su área
- Participar de la aplicación del ACIC
- Preparar un cartel de sus experiencias para la SA1
- Seleccionar organizaciones (parceros) para participar del proyecto



## **Anexo 2: Hoja de Información de las Actividades Preliminares**

---

El objetivo de este documento es facilitar el desarrollo de las actividades preliminares y ayudar al planeamiento de las actividades. Durante las reuniones y conferencias telefónicas el documento ayudará a verificar las dudas o problemas que los equipos tengan en el desarrollo de sus actividades junto al Grupo de Coordinación Local (GCL). No es necesario devolver esta hoja al GCL.

### **1. Información General**

Nombre de la Unidad \_\_\_\_\_

### **2. Miembros del Equipo**

Líder de la unidad \_\_\_\_\_

Líder de sistemas \_\_\_\_\_

Líder clínico \_\_\_\_\_

Líder de los cambios \_\_\_\_\_

Otros Miembros del Equipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Memorando de Entendimiento Firmado:**                     Si         No

**4. Documentos del Proyecto Revisados:**                     Si         No

**5. Elección/ Selección de los casos - Población Piloto:**  Si         No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Ejecución del Registro de Línea Basal:**                     Si         No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Aplicación del ACIC:**     Si         No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Asuntos Potenciales sobre Registro:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Listado de Indicadores para el Equipo:**

*Indicadores Requeridos*

- \_ Percentual de Glucosa de Ayuna < 130
- \_ Percentual de HbA1c < 8.0%
- \_ Percentual de PA < 140/90 mm Hg
- \_ Percentual de LDL < 130 mg/dl
- \_ Participación en Grupos de Apoyo a pacientes
- \_ Revisión de los Pies a cada consulta
- \_ Aconsejamiento para cesación de Tabacco

*Indicadores Opcionales*

---

---

---

---

## Anexo 3: Estrategias para Evaluar los Resultados

---

### 1- Aplicación del cuestionario VICEN Panamericano

El cuestionario VICEN Panamericano es un instrumento que facilitará la evaluación del Proyecto. El cuestionario contiene tres módulos: Datos Personales, Revisión de Expedientes y Módulo Económico (entrevista). También tiene una guía Pregunta por Pregunta que se adjunta en este anexo.

Se obtendrá información de pacientes que reciban atención del centro de salud, por lo menos durante 1 año, que tengan diabetes tipo 1 o tipo 2, edad entre 18 y 75 años y que por lo menos tengan una visita al centro de salud con su médico en el año anterior.

Para realizar el registro del paciente primero él o ella deben llenar una hoja de **consentimiento informado** para participar del proyecto.

Estudiar la proporción de pacientes que reciben:

- Educación en diabetes
- Examen de ojos
- Examen de pies
- Control o auto-monitoreo de la glucosa
- Prueba anual de perfil lipídico
- Examen de tensión arterial

Estudiar la proporción de pacientes con:

- Inadecuado control metabólico
- Perfil lipídico inadecuado
- Sobrepeso
- Tensión arterial elevada
- Complicaciones micro y macroangiopatías

Estudiar la conducta terapéutica seguida con los pacientes con diabetes, tales como indicaciones de nutrición, actividad física y tratamientos farmacológicos para el control de la diabetes y de sus complicaciones o factores de riesgo asociados, y su relación con el control metabólico. Abajo, traemos el ejemplo de indicadores seleccionados inicialmente en el proyecto VIDA en Mexico. También, en el anexo 4 traemos una tabla con ejemplos de indicadores y la forma de calcularlos.

**Anexo 4 Ejemplo de Indicadores utilizados para medir la Mejoría de la Calidad de la Atención de la diabetes en México**

Indicador	Definición	Fuente para recolección de la información	Nivel basal	Meta a lograr
Control glicemico	Cifra menor a 126 mg de glucosa	SISPA	34%	40%
Hemoglobina glicosilada	Cifra menor que 8%	Resultados análisis laboratorial - VIDA		
Presión arterial	Cifra menor a 140/90 mm de Hg	SISPA	40%	50%
Registro de la revisión de pies	Revisión del estado de la piel uñas, temperatura, presencia de pulsos y reflejos osteotendinosos de los pies de pacientes diabéticos.	EXPEDIENTE CLINICO	0%	50%
Registro de tratamiento no farmacológico	Registro de alimentación y actividad física.	EXPEDIENTE CLINICO	40%	80%
Registro de tratamiento farmacológico	Registro de los medicamentos que esta tomando el paciente diabético.	EXPEDIENTE CLINICO	90%	100%
Capacitación del paciente diabético	Conocimiento de información para controlar la enfermedad	Cuestionario	Definir	Definir
Disponibilidad de medicamentos	Medicamento disponible para el paciente diabético en tratamiento	EXPEDIENTE CLINICO	Información Estatal	90%
Grado de cumplimiento de citas	Asistencia	Tarjeta de Registro y Control de DM	-Investigar -Muestra	Un 50% en relación a lo que tengan

**Evaluación Cualitativa-Cuantitativa de Tecnologías en Salud:**

**Assessment of Chronic Illness Care ACIC, Version 3 – Adaptado al español**

**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, medico, 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.

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

Puntuación Total de la organización del sistema de salud: \_\_\_\_ Puntuación promedio (puntuación de la organización del sistema de salud/6) \_\_\_\_

**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
Disponibilidad de recursos comunitarios para las personas con diabetes	...no hay ó no están organizados sistemáticamente.	...esta limitada a una lista de recursos comunitarios en una forma que es accesible.	...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.	... es realizada a través de la coordinación activa entre el sistema de salud, los organismos de servicio comunitarios y las personas con diabetes.
Puntuación	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
Cooperación/coordinación con organismos comunitarios tales como La Asociación de Diabetes, casas farmacéuticas, organizaciones religiosas, etc.	...no existen.	...están todavía considerándose pero no están implementadas.	...se forman para desarrollar programas y políticas de apoyo.	...se buscan activamente para desarrollar programas y políticas de apoyo para todo el sistema.
Puntuación	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
Planes Regionales y/o Locales de Salud	...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.	...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.	...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.	... coordina el uso de guías/normas médicas, las medidas estandarizadas ó recursos en la práctica medica para la mayoría de las enfermedades crónicas.
Puntuación	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11

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

**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 DM.

**Área 3: Auto-cuidado de la Diabetes:** 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
Evaluación y documentación de las necesidades y actividades del <u>auto cuidado</u> de la diabetes  Puntuación	...no se han hecho.  0      1      2	...se espera hacerlas.  3      4      5	...son completadas estandarizadamente.  6      7      8	...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.  9      10      11
Apoyo al auto cuidado de la diabetes  Puntuación	...es limitado a la distribución de información (folletos, trifoliales)  0      1      2	...esta disponible a través de referencia a clases de auto cuidado o a educadores especialistas en diabetes.  3      4      5	...lo proporcionan educadores clínicos entrenados y que están designados para apoyar el auto cuidado, coordinados con clínicas que ven a los pacientes referidos.  6      7      8	...se ofrece a través de educadores clínicos, entrenados en apoyar pacientes con enfermedades crónicas y enseñarles técnicas para resolver problemas.  9      10      11
Apoyar las inquietudes de los pacientes y familiares  Puntuación	...no es hecho sistemáticamente.  0      1      2	...se proporciona a pacientes y familiares a través de referencias medicas.  3      4      5	...es promulgado a través de grupos de apoyo, o apoyo individual y programas para educadores.  6      7      8	...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 consejería.  9      10      11
Cambios del comportamiento y apoyo de grupo  Puntuación	...no hay o no están disponibles.  0      1      2	...están limitados a la distribución de folletos, plegables, trifoliales y otros tipos de nota escrita.  3      4      5	...están disponibles solamente a través de referencias de centros especializados.  6      7      8	...están disponibles y forman una parte integral de la atención de la diabetes.  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.** 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>Guías/ normas de diabetes basadas en evidencias medicas</p> <p align="right">Puntuación</p>	<p>...no hay o no están disponibles.</p> <p align="center">0      1      2</p>	<p>...hay pero no están integradas en la atención de diabetes.</p> <p align="center">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 align="center">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 align="center">9      10      11</p>
<p>Participación de los <u>especialistas</u> dentro del sistema de salud para el mejoramiento de la <u>atención primaria</u> de la diabetes</p> <p align="right">Puntuación</p>	<p>...se ofrece principalmente a través de la referencia tradicional.</p> <p align="center">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 align="center">3      4      5</p>	<p>...incluye influyentes especialistas así como designados a proveer entrenamiento al equipo de salud de atención primaria.</p> <p align="center">6      7      8</p>	<p>... incluye influyentes y especialistas que están designados a mejorar la atención primaria de la diabetes.</p> <p align="center">9      10      11</p>
<p>Educación al <u>equipo de salud</u> de atención de la diabetes</p> <p align="right">Puntuación</p>	<p>...se proporciona esporádicamente.</p> <p align="center">0      1      2</p>	<p>...se proporciona sistemáticamente mediante los metodos tradicionales.</p> <p align="center">3      4      5</p>	<p>...se proporciona usando métodos optimizados (Ej. Cursos acreditados o calificados).</p> <p align="center">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 align="center">9      10      11</p>
<p>Informar a las <u>personas con diabetes</u> acerca de guías/normas medicas</p> <p align="right">Puntuación</p>	<p>...no se proporciona información.</p> <p align="center">0      1      2</p>	<p>...se hace por petición o a través de publicaciones.</p> <p align="center">3      4      5</p>	<p>...se hace através de materiales educativos específicos para cada guía/norma clinica.</p> <p align="center">6      7      8</p>	<p>...incluye materiales específicos desarrollados para los pacientes donde se describen sus funciones en el logro y cumplimiento de las guías/normas.</p> <p align="center">9      10      11</p>

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

**PROYECTO COLABORATIVO**

*“Mejorando la Atención, Para Cambiar Vidas”*

**Área 5: Apoyo técnico:** La evidencia sugiere que un manejo efectivo de la atención de DM incluye algo más que simplemente agregar más intervenciones al sistema actual, que es basado en la atención de enfermedades agudas. Podría requerir cambios de la práctica en la organización que repercutan en la prestación de la atención

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Funcionamiento del equipo de salud	...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 DM.	...el equipo se reúne regularmente y han definido claramente las funciones, incluyendo la educación, el auto cuidado, el seguimiento preventivo y la coordinación con otros recursos.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderazgo del equipo de salud	...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 DM.	...existe el nombramiento de un líder de equipo que asegura de que las funciones y responsabilidades en la atención a la DM se definan claramente.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de Cita	...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.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Citas de seguimiento	... 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.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Visitas flotantes o por demanda espontánea del paciente	...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 el apoyo al auto cuidado.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidad en el cuidado de la diabetes	...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 prioridad entre proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores pero no se lleva a cabo sistemáticamente.	...es prioridad y todas las intervenciones para la DM incluyen una coordinación activa entre la atención primaria, los especialistas y otros grupos pertinentes.
Puntuación	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: 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 <u>papel</u> o en la <u>computadora</u>	...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) \_\_\_\_\_

**Evaluación de la atención a la Diabetes (Modificación del ACIC Versión 3)**

**Sumario del Escore** (Traga los puntajes promedias de cada una de las secciones anteriores para esta página)

---

**Total Organización del Sistema de Salud** \_\_\_\_\_  
**Total Cooperación Comunitaria** \_\_\_\_\_  
Total Auto-cuidado de la Diabetes \_\_\_\_\_  
Total Normas de atención de la Diabetes \_\_\_\_\_  
Total Apoyo técnico \_\_\_\_\_  
**Total Sistema de Información Clínica** \_\_\_\_\_  
Puntaje Total del Programa en el Servicio/Unidad (Suma de todos los puntajes) \_\_\_\_\_  
Puntaje Promedia del Servicio/ Unidad (Total anterior /6) \_\_\_\_\_

## Anexo 5: El Modelo del Paquete de Cambios

---

### Principios Generales: Objetivos

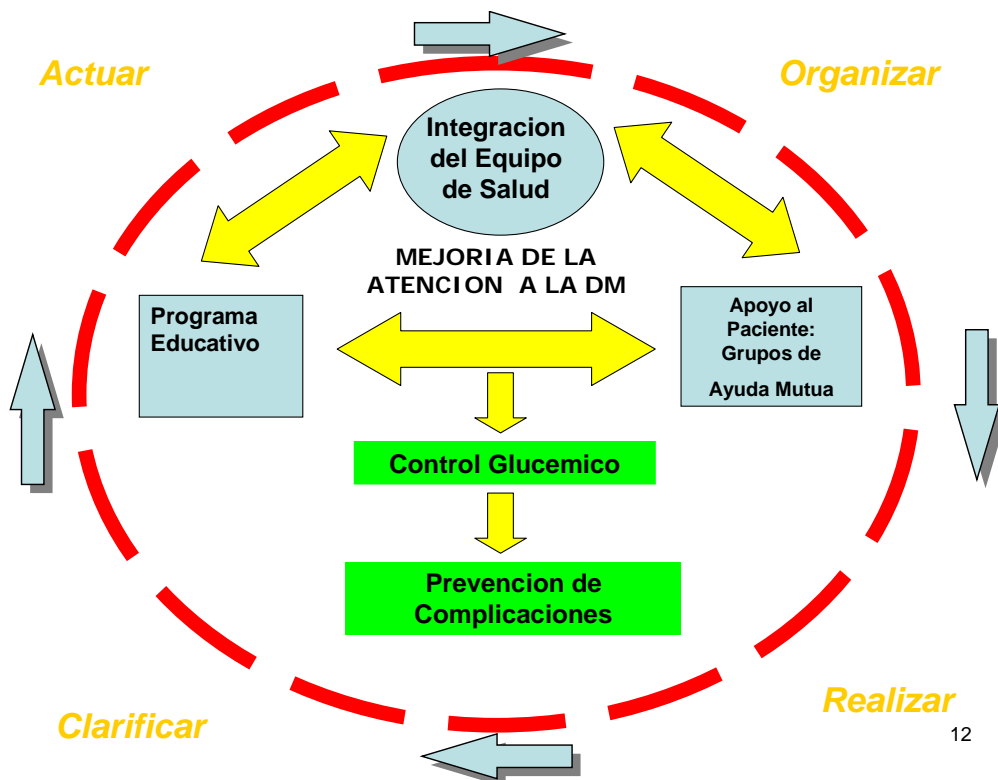
---

### Objetivo General

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

### Objetivos Específicos

- Capacitar los profesionales de salud en la prevención, detección y control del diabetes y sus complicaciones.
- Entrenar a todos los pacientes en autocuidado 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 interconsulta con especialista en casos de difícil manejo.
- Implementar Guías de Diagnóstico y Tratamiento en base a los protocolos mundiales o normas nacionales.
- 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****a) 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,

**b) 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 interconsulta con especialista en casos de difícil manejo.

**c) 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.

**d) 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)

**e) 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)

**d) 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.

**Anexo 6: Listado del Grupo de Planificación y del Equipo de Liderazgo Nacional**

---

## Grupo de Planificación

Nombre	Función	Teléfono y e-mail
Alberto Barceló	Investigador Principal	
Enrique Flores	Coordinador	
Elisabeth Cafiero	Oficial de Proyecto	
Oscar Dias Dias	Experto en Endocrinología	
Carlos Gurrola	Experto en Podología	
Pablo Ashner		

## Equipo de Liderazgo Nacional

Para ser llenado con los equipos de cada país



## **Anexo 7: Propuesta Agenda de Reunión con Autoridades Locales**

---

### **Agenda**

08:30-08:45	Presentación de autoridades nacionales, locales y del equipo internacional
08:45-09:15	Presentación de la propuesta del proyecto, su metodología y sus objetivos
09:15-10:00	Plan de acción, condiciones de los centros de salud y prioridades
	10:00-10:30 Café
10:30-11:00	Selección de unidades médicas de intervención y controle entre las unidades seleccionadas
11:00-11:30	Propuesta de participantes para los Grupo de Cordinación Local (nombres y direcciones)
11:30-12:00	Estructuración del Grupo de Cordinación Local I (nombres, funciones y responsabilidades)

## Anexo 8: Propuesta Agenda de Painel de Expertos

---

### Participantes

Resultados esperados

Conformación del Grupo de planificación

Elaboración de la Declaración de Principios

Construcción del paquete de cambios (conceptos y ideas)

Construcción del sistema de evaluación

### Agenda tentativa

- 09:00-09:20 Bienvenida e Introducción.
- 09:20-09:30 Presentación de los participantes
- 09:30-10:00 Proyecto de calidad de la atención de la diabetes mellitus en el país
- 10:00-10:30 Proyecto *Calidad de la Atención a la Diabetes*, aspectos técnicos. Sistema de Información Clínica. Dr. Alberto Barceló, OPS, Washington DC
- 10:30-11:00 Discusión, preguntas y respuestas
- 11:00-11:35 Estrategias para mejoría de la calidad de la atención
- 11:35-12:05 Propuesta de Indicadores para el Proyecto *Calidad de la Atención a la Diabetes*.
- 12:05-13:05 Discusión
- 13:05-14:30 Almuerzo
- 14:30-15:30 Continuación de la discusión
- 15:30-17:30 Resumen y redacción del paquete de cambio.

**Anexo 9: Sugerencias de Indicadores para el Proyecto**

Indicador	Cálculo estadístico	Valor típico	Propuesta de meta
Hemoglobina glicosilada	Numerador: # de pacientes con HbA1c reciente < 8.0% Denominador: # de pacientes en la población piloto	58%	75%
Tensión Arterial	Numerador: # de pacientes con tensión arterial reciente < 140/90 mm Hg Denominador: # de pacientes en la población piloto	64%	75%
LDL	Numerador: # de pacientes con LDL reciente < 130 mg/dl Denominador: # de pacientes en la población piloto	70%	85%
Automonitoreo	Numerador: # de pacientes con objetivos de automonitoreo registrados en el expediente clínico Denominador: # de pacientes en la población piloto	< 20%	> 70%
Programa anti-tabaco	Numerador: # de pacientes que frecuentaron el programa anti-tabaco durante el proyecto Denominador: # de pacientes en la población piloto que utilizan tabaco	< 50%	> 90%
Uso de IECA	Numerador: # de pacientes con prescription de inhibidores de la ECA Denominador: # de pacientes en la población piloto con 55 años o más	n/a	n/a
Tensión arterial < 130/80mm Hg	Numerador: # de pacientes con tensión arterial reciente < 130/80 mm Hg Denominador: # de pacientes en la población piloto	n/a	n/a
Média de HbA1c	Average value (using most recent value) for patients in the pilot population with at least one HbA1c reading in the past year	> 9.0	< 8.0
LDL < 100 mg/dl	Numerator: # of patients with most recent (within the past year) LDL < 100 mg/dl Denominador: # de pacientes en la población piloto	38%	50%
Uso de aspirina 100mg diarios	Numerador: # de pacientes con prescripción de aspirina 100mg diaria Denominador: # de pacientes en la población piloto con más de 30 años	< 50%	> 80%
Examen de hondo de ojos	Numerador: # de pacientes con resultados documentados del examen de hondo de ojo Denominador: # de pacientes en la población piloto	< 30%	> 70%

**PROYECTO COLABORATIVO**

*“Mejorando la Atención, Para Cambiar Vidas”*

Indicador	Cálculo estadístico	Valor típico	Propuesta de meta
Examen de los pies	Numerador: # de pacientes con examen documentado de los pies Denominador: # de pacientes en la población piloto	< 30%	> 90%
Examen de Microalbuminuria	Numerador: # de pacientes con solicitud documentada de examen para microalbuminuria Denominador: # de pacientes en la población piloto con creatinina normal y sin neuropatía	42% %	> 50
Examen Odontológico	Numerador: # de pacientes con examen documentado de odontología Denominador: # de pacientes en la población piloto	n/a	n/a
Evaluación Psicológica	Numerador: # de pacientes con examen documentado por psicólogo para detección de depresión Denominador: # de pacientes en la población piloto	n/a	n/a
Aceso	Media de Tiempo de espera para una sita	n/a	n/a
Días de hospitalizaciones	Total días de hospitalizaciones por cién pacientes en la población piloto	n/a	n/a
Satisfacción del Paciente o del profesional con la atención	Média de índice de satisfacción o porcentaje de alta satisfacción en la entrevista o encuesta	n/a	n/a
Costos farmacéuticos	Média anual de costos con medicamentos por paciente en la población piloto	n/a	n/a
Sitas de Atención Primaria	Média anual de sitas por paciente en la población piloto	n/a	n/a
Sitas con especialistas	Média anual de sitas por paciente en la población piloto	n/a	n/a
Costo Médico Total por paciente	Média anual de costos con Atención Médica por paciente en la población piloto	n/a	n/a
Media de sedentarismo	Numerador: # de pacientes que no practican actividad física Denominador: # de pacientes en la población piloto	n/a	n/a
Participación en Grupos de Pacientes	Numerador: # de pacientes que participan de forma documentado del grupo de pacientes Denominador: # de pacientes en la población piloto	n/a	n/a

## **Anexo 10: Propuesta de Agenda de las Sesiones de Aprendizaje**

---

### **Agenda de 1ª Sesión de Aprendizaje [SA1]**

#### *Participantes: Definir*

#### **Explicación:**

*En la Sesión de Aprendizaje I (SA1) participaran las unidades de salud seleccionadas. Los equipos de atención (médico, enfermera, promotor de salud y paciente) de los centros seleccionados como intervención deben traer carteles que reflejen el estatus de la atención a la diabetes en sus unidades. La SAI consistirá en conferencias de expertos nacionales e internacionales que abordaran los diferentes componentes del modelo de atención crónica, así como grupos de trabajo que discutirán sobre la metodología de la intervención y la conformación de un plan de acción.*

### **AGENDA TENTATIVA**

#### **PRIMER DIA**

- 09:00-09:20 Bienvenida e Introducción [Generalidades de la SA1].
- 09:20-10:00 Presentación de la Misión, Objetivos y Metodología del Proyecto VIDA.
- 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.
- 11:00-12:00 Papel de la Educación y el Auto Cuidado en el Control de la Diabetes.
- 12:30- 13:00 Receso para visita a los carteles
- 13:00-14:30 Grupos de Discusión (por área profesional):
- **Guías Clínicos: Médicos**
  - **Educación: Enfermeras**
  - **Auto cuidado: Otros profesionales (Pié diabético y Nutrición)**
  - **Grupos de Ayuda Mutua: Pacientes**
- 14:30-15:00 Presentación de Resultados de los Grupos.
- 15:00-15:30 Experiencias personales: Vivir con Diabetes. TBD
- 15:30 Almuerzo

## SEGUNDO DIA

- 09:00-09:30 Situación de la Diabetes en el país
- 09:30-10:30 Grupos de Discusión: Situación de la Atención a la Diabetes en las localidades de intervención
- 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
- 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.
- 15:30 - Almuerzo

## **Anexo 11: Agenda de 2<sup>a</sup> Sesión de Aprendizaje [SA2]**

---

### **PRIMER DIA**

- 09:00-09:20 Bienvenida y Generalidades de la SA2.
- 09:20-09:50 Relato de Progreso del Proyecto VIDA. Dr. Alberto Barceló, OPS-Washington DC.
- 09:50-10:10 Presentación de Experiencias exitosas (2 centros de salud).
- 10:10-10:30 Mejoría de la Atención a la Diabetes: *Indicadores y Paquetes de Cambio del Proyecto Vida.*
- 10:30-11:30 Curso: Atención Integral en la Prevención y el Control de la Diabetes.
- 11:30- 11:50 Receso para visita a los carteles
- 11:50- 13:00 Continuación del Curso
- 13:00-14:00 Grupos de Discusión 1 (por área profesional):
- **Casos Clínicos: Médicos**
  - **Mediciones TA, IMC, Glucose: Enfermeras**
  - **Alimentación: Otros profesionales y Pacientes**
- 14:00-15:00 Continuación Curso
- 15:00- 15:30 Sistemas de Referencia y Contra-referencia: Situación actual y propuestas para su agilidad.
- 15:30 Almuerzo - Dinámica para el cierre del día

## SEGUNDO DIA

- 09:00-10:30 Resultados de la Evaluación ACIC.
- 10:30- 11:20 Grupos de Discusión 3 (Por equipo de atención)  
*Dinámica: Cambiando Roles*
- 11:20-11:50 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 Curso
- 13:00- 13:50 Grupo de Discusión 4 (Por equipo de atención)  
**Evaluación del Primer Periodo de Acción**
- 13:50- 14:00 ¿O que deberá ocurrir en los próximos 3 meses?
- 14:00-15:00 Grupos de Discusión 5 (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.
- 15:30 - Almuerzo



## **Anexo 12: Agenda de 3<sup>a</sup> Sesión de Aprendizaje [SA3]**

---

### **PRIMER DIA**

- 09:00-09:20 Bienvenida y Generalidades de la SA3.
- 09:20-09:30 Relato de Progreso del Proyecto VIDA. Dr. Alberto Barceló, OPS-Wash/ DC
- 09:30-10:20 Presentación de las Experiencias exitosas (5 centros de salud).
- 10:20-11:40 Presentación de Abordaje de la Obesidad,
- 11:40- 12:10 Receso para visita a los carteles
- 12:10-13:00 Dramatización (por los pacientes): ¡Diabéticos!!! ¿Y, qué?
- 13:00-13:45 Grupos de Discusión 1 (por especialidad):  
*Problemas para lograr el Control Metabólico en personas con diabetes.*
- 13:45- 14:00 Presentación de los resultados de los grupos
- 14:00- 15:00 Grupo de discusión 2 (por Centro de Salud)  
*Propuestas para mejorar el control metabólico de las personas con diabetes.*
- 15:00- 15:15 Presentación de los resultados de los grupos
- 15:30 Almuerzo

## SEGUNDO DIA

- 08:45-09:40 Curso: Complicaciones Agudas –
- 09:40-10:20 *Mejorando la Calidad de la Atención: Los ciclos de gestión de la calidad.*
- 10:20 11:00 Grupos de Discusión 3 (Por equipo de atención)  
➤ *Evaluación del Segundo Período de Acción*
- 11:00- 12:00 Grupo de Ayuda Mutua – *Experiencia exitosa de una iniciativa apoyada por pacientes y comunidad.*
- 12:00-12:30 Receso para visita a los carteles
- 12:30-14:00 Curso: Pié diabético – Podólogo Lic. Carlos Gurrola Togasi
- 14:00-14:10 ¿Qué deberá ocurrir en los próximos 3 meses?
- 14:10- 15:00 Grupos de Discusión 5  
➤ *Planeando el Período de Acción 3*
- 15:00-15:30 Clausura: Compromisos para la Mejoría de la Atención a la Diabetes: Tercero Período de Acción.
- 15:30 Almuerzo

## Anexo 13: Guía para el facilitador: Evaluación del Período de Acción

Cada Grupo = Equipos de Salud

Duración = 40 mins.

### Para Cada Grupo

**Materiales:** Informes Mensuales (sep.-dec.) de cada equipo (cada equipo sus informes)  
 Paquete de Cambios (copia para cada participante)  
 2 Atriles para papelógrafo / Plumones [Papelógrafo 1 y Papelógrafo 2]  
 Reloj



(Facilitador repasa el Paquete de Cambios) (2 mins)

Equipos determinan qué cambios han hecho para el Primer Componente del Paquete de Cambios (5 mins).

Anotador escribe Cambios en el Papelógrafo 1 (3 mins)

Componente I

Discusión (5 mins.) *¿Por qué no hay nadie trabajando algunos de los conceptos de cambio?* Cuando sólo haya un equipo que haya trabajado el cambio, pídanle que comparta su experiencia.

No salirse del tiempo límite. Si son muchas las ideas innovadoras, problemas, y aspectos que quiere tratar el equipo, entonces...

	Equipos					
	1	2	3	4	5	6
Ideas de Cambio						
.....						
.....						
.....						
Etc.						

...resumir los asuntos, las barreras, y las ideas innovadoras en el Papelógrafo 2 con el nombre del componente en la parte superior.

Comience una página nueva para cada componente.

Estos se discutirán en la sesión de Trabajo Grupal B y C

Repetir el proceso para cada uno de los componentes. Una matriz similar se prepara para cada uno de los siete componentes (15 minutos/componente.) Deben tener 10 minutos al final de la sesión para alguna discusión, o recuperar el tiempo perdido.

Al final de la sesión, debe haber:

7 papelógrafos con la matriz llena – para ser resumida

7 papelógrafos con los asuntos, barreras, ideas para discutir en la sesión principal

**Anexo 14: Hoja de Compromisos para el Período de Acción**

---

**COMPROMISOS ASUMIDOS EN LA SA\_\_**

Centro de Salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estrategia \_\_\_\_\_

Compromiso	Meta	Responsable (s)

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_

**Anexo 15: Modelo de Reporte Mensual del Líder de la Unidad**

---

Compromiso/ meta	Actividades desarrolladas	Resultados

Observaciones pueden ser hechas en una hoja a parte o en el verso de esta

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 16: Escala para Evaluación de Proyectos Colaborativos que utilizan el Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas – MAEC (Wagner)

Evaluación/ Descripción	Definición
1.0 <i>Formando el equipo</i>	El equipo fue estructurado; la población “target” identificada; metas determinadas y línea basal iniciada.
1.5 Plan para el proyecto fue iniciado	El equipo se está reuniendo, discusión está ocurriendo. Planos para el proyecto fueron elaborados.
2.0 Actividades, pero no cambios	Equipo activamente participativa en el desarrollo, investigación, discusión pero los cambios no fueron probados
2.5 Cambios probados, pero no mejoría	Componentes del modelo fueron probados, pero no hay mejoría mensurable. Datos en medidas claves son reportados. El modelo de Wagner fue entendido
3.0 Mejoría modesta	Pruebas iniciales de los ciclos fueron completadas y la implementación ya se inició para muchos componentes. Hay evidencia de mejoría moderada en las medidas de proceso.
3.5 Mejoría	Alguna mejoría en medidas de resultado, medidas de proceso continuamente mejorando. Ciclos ORCA probado para todos los componentes, cambios implementados para muchos componentes del modelo.
4.0 Mejoría significativa	La mayoría de los componentes del modelo fueron implementados para la población en foco. Hay evidencias de mejoría sostenible en las medidas de resultado, alrededor de 50% de metas realizadas. Los planes para la extensión de la mejoría están ocurriendo.
4.5 Mejoría sostenible	Mejoría sostenible en la mayoría de las medidas de resultado, 75% de metas cumplidas, extensión para una mayor población han iniciado
5.0 Resultados sostenibles excelentes	Todos los componentes del modelo fueron implementados, todas las metas fueron realizadas, medidas de resultado compiladas para referencia de nivel nacional y extensión para otras áreas en proceso.

## Anexo 17: Modelo de Programa del Curso Taller de Educación en Diabetes

<b>Primero día</b>		<b>Segundo día</b>	
08:30 a 08:45	<b>Registro</b>	08:30 a 8:45	<b>Dinámica grupal</b> Todos los participantes
08:45 a 09:00	<b>Inauguración</b> Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	08:45 a 9:00	<b>Presentación del Programa de Educación para Personas con Diabetes tipo 2 (PEDNID)</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez
09:00 a 09:15	<b>Presentación de los participantes</b> Todos los participantes	09:00 a 09:30	<b>Primera Unidad del PEDNID - Generalidades de la DM</b> Todos los participantes
09:15 a 10:45	<b>Dinámica grupal</b> Todos los participantes	09:30 a 10:00	<b>Segunda Unidad del PEDNID- Automonitoreo</b> Todos los participantes
09:45 a 10:00	<b>Presentación del programa y los objetivos del curso.</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez	10:00 a 10:30	<b>Tercera Unidad del PEDNID- Alimentación porciones de 100 calorías</b> Todos los participantes Dra. Rosa Aurora Jiménez
10:00 a 10:45	<b>Panorama general de los Grupos de Ayuda Mutua -GAM</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez	10:30 a 11:00	<b>Taller 1 - Tercera Unidad del PEDNID- Alimentación</b> Todos los participantes
10:45 a 11:00	<b>Receso</b>	11:00 a 11:15	<b>Receso</b>
11:00 a 11:45	<b>Taller GAM</b> Todos los participantes <b>Organización y funcionamiento de los GAM</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez	11:15 a 11:45	<b>Taller 2 - Tercera Unidad del PEDNID- Alimentación</b> Todos los participantes
11:45 a 12:00	<b>Resultados evaluación GAM</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez	11:45 a 12:15	<b>Cuarta Unidad- Días difíciles</b> Todos los participantes
12:00 a 13:00	<b>Ejercicio de comunicación</b> Todos los participantes	12:15 a 13:00	<b>Instrumentos utilizados para la evaluación del PEDNID</b> Todos los participantes Dra. Rosa Aurora Jiménez
13:00 a 14:20	<b>Herramientas para realizar una comunicación nutricia</b> Dra. Rosa Aurora Jiménez	13:00 a 13:45	<b>Ejercicio ¿Para qué debemos prevenir las complicaciones?</b> Todos los participantes Dra. Rosa Aurora Jiménez
14:20 a 14:30	<b>Cierre del día</b> Todos los participantes	13:45 a 14:00	<b>Compromisos. Todos los participantes</b>
		14:00 a 14:15	<b>Cierre del curso. Todos los participantes</b>
		14:15 a 14:30	<b>Clausura</b>