

## Proyecto VIDA Veracruz Initiative for Diabetes Awareness



## 2ª Sesión de Aprendizaje: Grupo de Discusión 2

### *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*

(Evaluación de la Atención a  
Enfermedades Crónicas; julio de 2004)

OPS/DPC/NC/DIA/66/1-163-04  
Versión 3.5

## Contenido

Introducción.....	1
Figura 1: Modelo de atención a la diabetes.....	2
Explicación para completar el cuestionario.....	3
Descripción de las áreas del modelo de la atención a la diabetes.....	3
1. Organización del Sistema de Salud .....	3
2. Recursos de la Comunidad .....	3
3. Auto cuidado del paciente con Diabetes Mellitus.....	3
4. Normas de atención de la Diabetes Mellitus.....	4
5. Apoyo técnico .....	4
6. Sistema de información de la Diabetes Mellitus.....	4
Evaluación de la atención a la diabetes.....	5
Área 1: Organización del Sistema de Salud .....	5
Área 2: Cooperación Comunitaria .....	6
Área 3: Nivel de la práctica .....	7
Área 4: Normas de atención de la Diabetes Mellitus.....	8
Área 5: Apoyo técnico .....	9
Área 6: Sistema de Información de la Diabetes Mellitus .....	10

## Introducción

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

Figura 1: Modelo de atención a la diabetes

## Modelo de la atención a la diabetes



Más salud para las personas con diabetes

## Explicación para completar el cuestionario

Este cuestionario debe de ser llenado por un equipo de trabajadores de la salud que incluya por lo menos representantes de tres servicios de salud. Ej. Laboratorio, nutrición, trabajador social, psicólogo, 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.

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

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

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

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

Los sistemas de atención de salud pueden mejorarse utilizando los recursos de la comunidad que sean relevantes a la atención eficaz de la diabetes. Los recursos de la comunidad que apoyan el cuidado para la diabetes, incluidos tanto programas gubernamentales como de programas de organizaciones voluntarias comunitarias, se necesitan para aumentar los servicios de atención de salud, pero las organizaciones de atención de salud son a menudo mal organizadas para hacer uso de los programas existentes de la comunidad o para estimular su desarrollo.

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

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

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

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

#### ***5. Apoyo técnico***

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

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

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

El modelo se ha usado con éxito para mejorar la atención de las afecciones crónicas tales como la diabetes, el asma, la insuficiencia cardíaca congestiva, la depresión y para el cuidado del adulto mayor. en más de 300 organizaciones de atención de salud en Los Estados Unidos de América.

## Evaluación de la atención a la diabetes

(Modificación del ACIC Versión 3)

### Área 1: Organización del Sistema de Salud

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

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

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

## Área 2: Cooperación Comunitaria

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

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<i>Disponibilidad de recursos comunitarios para las personas con diabetes</i>	...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.
<i>Puntuación</i>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<i>Cooperación/coordinación con organismos comunitarios tales como La Asociación de Diabetes, casas farmacéuticas, organizaciones religiosas, etc.</i>	...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.
<i>Puntuación</i>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<i>Planes Regionales y/o Locales de Salud</i>	...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.
<i>Puntuación</i>	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) \_\_\_\_\_

### Área 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 diabetes.

#### Auto cuidado de la Diabetes Mellitus

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

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

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

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

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

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

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

## Área 5: Apoyo técnico

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

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

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

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

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

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

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