



Implementación y evaluación de programas de educación y apoyo para el automanejo de la diabetes (DSMES) para poblaciones o comunidades subatendidas

Guía basada en la práctica

Junio del 2019



Acrónimos y siglas

A1C Prueba de hemoglobina glucosilada (azúcar en la sangre)

ADCES Asociación de Especialistas en Atención y Educación sobre la Diabetes

ADA Asociación Americana de la Diabetes

IMC Índice de masa corporal

CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

CDE Educador certificado sobre la diabetes

DDT División de Diabetes Aplicada

DSMES Educación y apoyo para el automanejo de la diabetes

EA Análisis de la evaluabilidad

EMR Registros médicos electrónicos

FQHC Centro de Salud Federalmente Calificado

HEDIS Conjunto de Datos e Información de la Eficacia en la Atención Médica

SME Experto en la materia

Contenido

1. <u>Información general</u>	4
¿Por qué se elaboró esta guía?	5
¿Para quién es esta guía?	6
¿Qué contiene esta guía?	6
¿Cómo debería usarse esta guía?	7
2. <u>Marco conceptual para la implementación y evaluación de programas de DSMES</u>	8
3. <u>Cómo planificar e implementar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas</u>	11
Paso 1: Evaluar el contexto comunitario	12
Paso 2: Identificar los recursos que tiene la organización y los que faltan	14
Paso 3: Determinar las características esenciales del equipo y de las intervenciones	17
Paso 4: Desarrollar y ejecutar un plan de implementación	22
4. <u>Cómo evaluar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas</u>	26
Paso 5: Elaborar y ejecutar un plan de evaluación	27
5. <u>Consejos para sostener los programas</u>	30
6. <u>Evaluación de la guía</u>	32
Apéndice A: Observación más detallada de los retos para la salud pública	34
Apéndice B: Elaboración de la guía	36
Agradecimientos	39
Referencias	41

Presentaciones

Presentación 1. Marco de trabajo para implementar y evaluar programas de DSMES diseñados para llegar a poblaciones o comunidades subatendidas	9
Presentación 2. Evaluación del contexto: Ejemplos de preguntas para tener en cuenta	13
Presentación 3. Consejos para lograr la participación de los proveedores	21
Presentación 4. Componentes de un modelo lógico	24
Presentación 5. Consejos prácticos de implementación para proveer DSMES a poblaciones o comunidades subatendidas	25
Presentación 6. Ejemplos de preguntas, indicadores y fuentes de datos para la evaluación	28
Presentación 7. Factores que afectan la sostenibilidad de los programas de DSMES	31
Presentación 8. Proceso de preselección y análisis sistemáticos (SSA)	37

Herramientas

Herramienta 1. Planilla para el inventario de recursos	15
Herramienta 2. Planilla para adaptar las intervenciones	19
Herramienta 3. Lista de verificación del plan de implementación	23
Herramienta 4. Lista de verificación del plan de evaluación	29

1. Información general

Esta guía explica cómo implementar y evaluar programas de educación y apoyo para el automanejo de la diabetes (DSMES), reconocidos por la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) o acreditados por la Asociación de Especialistas en Atención y Educación sobre la Diabetes (ADCES), que están diseñados para llegar a poblaciones subatendidas. La información incluida en esta guía se alinea con los estándares nacionales del 2017 para DSMES.¹ Esta guía también está destinada a complementar el [Kit de herramientas para DSMES de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#), que provee recursos y herramientas generales para crear, promover, implementar y sostener los servicios de DSMES.



Datos y estadísticas sobre la diabetes

Consulte el apéndice A para ver datos adicionales sobre la prevalencia de la diabetes, las disparidades y las tasas de participación en los servicios de DSMES.

¿Por qué se elaboró esta guía?

La diabetes es la séptima causa principal de muerte en los Estados Unidos² y afecta de manera desproporcionada a minorías raciales y étnicas, como también a adultos con un bajo nivel socioeconómico.^{3,4} Los programas de DSMES pueden ayudar a las personas a manejar su diabetes y a prevenir complicaciones,⁵ pero la participación en estos programas sigue siendo insuficiente.⁶ La División de Diabetes Aplicada (DDT, por sus siglas en inglés) de los CDC trabajó con contratistas y expertos en la materia (SME) para evaluar dos programas de DSMES destinados a llegar a poblaciones o comunidades subatendidas: Tandem Health (antes, Sumter Family Health Center) y BronxCare Health System. Esta guía se creó para compartir las lecciones aprendidas en la evaluación y las perspectivas de los expertos con los programas de DSMES que están trabajando para llegar mejor a las poblaciones o comunidades subatendidas. Ver el apéndice B para obtener más información sobre cómo se elaboró esta guía.

¿Para quién es esta guía?

Esta guía está dirigida a organizaciones que deseen una orientación práctica acerca de cómo planificar, implementar, mejorar y evaluar programas de DSMES destinados a llegar a poblaciones o comunidades subatendidas. En esta guía, el término "poblaciones subatendidas" se utiliza para hacer referencia a grupos de personas que enfrentan sistemáticamente barreras

para la salud e incluyen a minorías raciales y étnicas, personas con bajo nivel socioeconómico, y personas que viven en áreas rurales.^{7,8} La orientación se basa en los hallazgos de las evaluaciones rápidas⁹ de dos programas de DSMES acreditados por la ADCES que se están implementando en centros de salud federalmente calificados (FQHC) y que brindan servicios principalmente a participantes afroamericanos e hispanos o latinos.

Si bien esta guía podría ser más útil para los FQHC que atienden principalmente a pacientes afroamericanos e hispanos o latinos, los consejos y las herramientas se pueden adaptar para los programas de DSMES implementados en otros entornos y para los que brindan servicios a otros grupos poblacionales que enfrentan inequidades relativas a la diabetes.

¿Qué contiene esta guía?

Esta guía incluye evidencia y perspectivas basadas en la práctica, provenientes de dos programas de DSMES en Centros de Salud Federalmente Calificados destinados a llegar a poblaciones o comunidades subatendidas, y de expertos en la materia de los CDC y de organizaciones no federales. Esta guía contiene seis secciones principales:

- 1 Información general.** La sección 1 describe brevemente el propósito de esta guía, lo cual incluye por qué se elaboró y cómo se puede usar.
- 2 Marco conceptual para la implementación y evaluación de programas de DSMES.** La sección 2 describe un marco, o pasos fundamentales, para generar o adaptar programas de DSMES con el fin de llegar a poblaciones o comunidades subatendidas.
- 3 Cómo planificar e implementar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas.** La sección 3 muestra cómo aplicar el marco de trabajo descrito en la sección 2 para planificar e implementar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas. Esta sección incluye orientación y herramientas específicas para lo siguiente:
 - evaluar el contexto comunitario,
 - identificar los recursos que tiene la organización y los que faltan,
 - armar un equipo y crear intervenciones que aborden las necesidades particulares de las poblaciones subatendidas, y
 - elaborar y ejecutar un plan de implementación.
- 4 Cómo evaluar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas.** La sección 4 provee consejos y herramientas para evaluar los programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas. Esta sección se concentra en la creación de un plan de evaluación y en el monitoreo de la participación en el programa, si los participantes lo completaron, y los resultados claves en el manejo de la diabetes.
- 5 Consejos para sostener los programas.** La sección 5 presenta consejos para sostener los programas de DSMES. Esta sección también destaca los posibles retos para la sostenibilidad que podrían encontrarse durante la implementación del programa.
- 6 Evaluación de la guía.** Apreciamos los comentarios sobre esta guía. La sección 6 contiene instrucciones para compartir comentarios que ayudarán a la DDT a mejorar el contenido y la usabilidad de futuros recursos de DSMES.

Los apéndices que aparecen a continuación de estas seis secciones principales contienen más detalles sobre la carga de la diabetes en la salud pública (apéndice A) y la creación de esta guía (apéndice B). Al final de la guía se encuentran los agradecimientos, incluida una lista de expertos en la materia.

¿Cómo debería usarse esta guía?

Adopte los consejos y las herramientas cuando sea práctico. Esta guía no es normativa. Los usuarios pueden decidir qué consejos y cuáles herramientas utilizar con base en los recursos disponibles y la relevancia para sus organizaciones y comunidades.

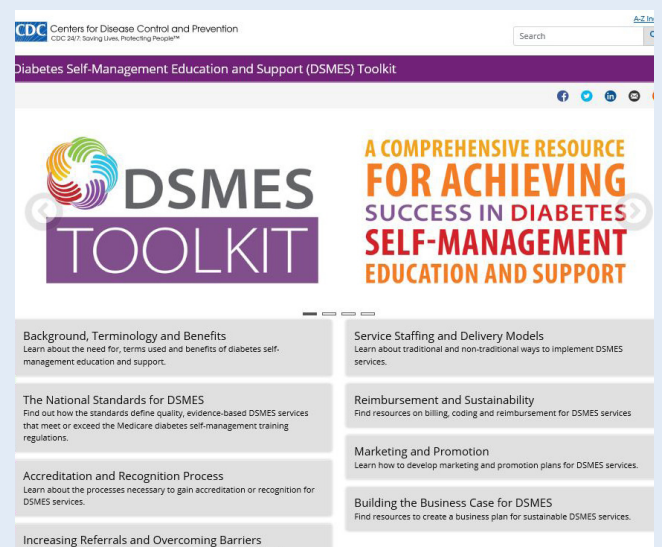
Adapte los consejos según sea necesario. Las herramientas y plantillas deben adaptarse para que se ajusten al contexto particular de la comunidad y de la organización de los usuarios. Esto incluye adaptar la orientación para que se ajuste a la cultura de los participantes a quienes se dirige el programa. Las herramientas y plantillas incluyen ejemplos; sin embargo, los programas son los que en definitiva tendrán que adaptar la orientación de la manera que mejor se ajuste a su contexto, entorno, recursos disponibles y poblaciones prioritarias.

Sea flexible. La planificación, implementación y evaluación del programa son procesos que se repiten. Esta guía es una hoja de ruta práctica, pero los desvíos son inevitables. Los desvíos también son importantes para asegurarse de que el programa esté adaptado adecuadamente para satisfacer las necesidades de sus participantes y esté mejorando los resultados clave en el manejo de la diabetes. Ser flexible permite que los programas de DSMES puedan hacer correcciones sobre la marcha y aplicar las lecciones aprendidas para mejorar en forma continua.

Úsela con el Kit de herramientas para DSMES de los CDC. El Kit de herramientas para DSMES está concebido para lo siguiente:

- comunicar la evidencia que respalda la educación y el apoyo para el automanejo de la diabetes (DSMES), incluidos los beneficios clínicos y económicos;
- aclarar el proceso para establecer un servicio de DSMES que cumpla con los estándares mínimos y sea elegible para el reembolso;
- proveer recursos y herramientas que faciliten convertirse en proveedor de DSMES reconocido o acreditado;
- describir las barreras comunes para el uso de DSMES y la remisión a estos servicios; y
- brindar consejos para superar estas barreras.

Esta guía complementa el [Kit de herramientas para DSMES de los CDC](#) al proveer orientación basada en la práctica sobre cómo adaptar los programas de DSMES que cumplan con los estándares nacionales con el fin de que respondan a las necesidades de las poblaciones o comunidades subatendidas.

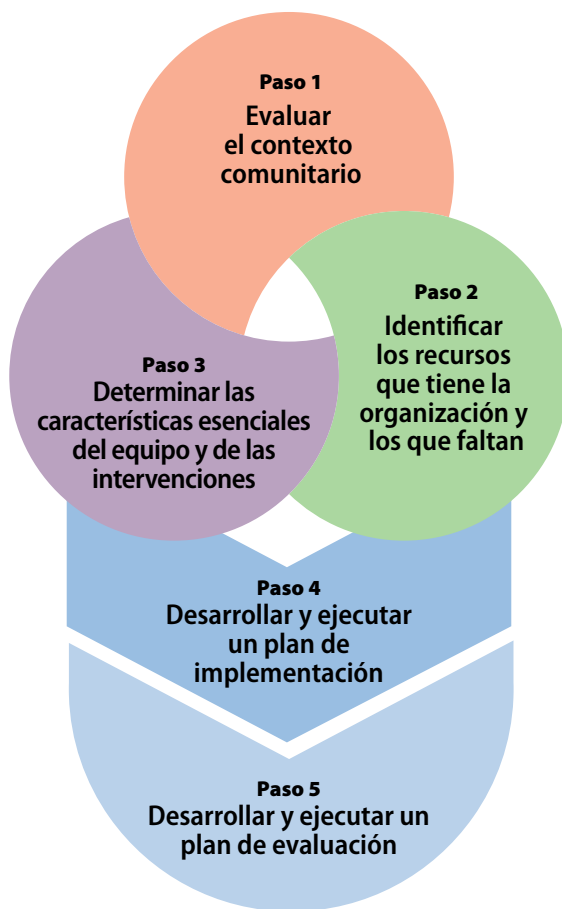


2. Marco conceptual para la implementación y evaluación de programas de DSMES

Esta guía parte de las evaluaciones de dos programas de DSMES basados en FQHC que brindan servicios principalmente a participantes de minorías raciales y étnicas, y de opiniones de SME. Para esta guía, adaptamos marcos de trabajo de la ciencia de implementación y de evaluación para reunir evidencia basada en la práctica.

Vea el apéndice B para obtener más información sobre cómo se elaboró esta guía.

La **presentación 1** es un marco de trabajo “orientado a la acción”, o serie de pasos conectados, cuya intención es ayudar a guiar los futuros esfuerzos para la implementación y evaluación de los programas de DSMES que llegan a poblaciones o comunidades subatendidas.



Presentación 1. Marco para implementar y evaluar programas de DSMES destinados a llegar a poblaciones o comunidades subatendidas

Estándares nacionales de DSMES

Esta guía está alineada con los estándares nacionales del 2017 para DSMES, los cuales "definen los servicios de DSMES oportunos, de calidad y basados en la evidencia". Esta guía ofrece información práctica y ejemplos de la vida real para impartir programas de DSMES que cumplan con estos estándares nacionales y respondan a las necesidades de las poblaciones o comunidades subatendidas. Vea el [Kit de herramientas para DSMES de los CDC](#) para obtener más información sobre los estándares nacionales para DSMES.

Resumen de los pasos correspondientes al marco conceptual

Paso 1: Evaluar el contexto comunitario

Los factores contextuales que pueden afectar a los programas incluyen lo siguiente:

- Políticas externas, reglamentaciones o incentivos (p. ej., incentivos por cumplir con los puntos de referencia establecidos para la calidad de la atención en los programas de calidad nacional o en los planes de salud).
- Características de la comunidad (p. ej., aspectos demográficos, clima social, condiciones económicas).
- Cantidad limitada de remisiones por parte de los proveedores.
- Ubicación del programa (p. ej., ubicado dentro de la comunidad, accesible por medio de transporte público).
- Barreras a la participación en DSMES, como factores económicos, médicos, lingüísticos y socioculturales.

Paso 2: Identificar los recursos que tiene la organización y los que faltan

Los recursos requeridos para implementar y evaluar programas incluyen lo siguiente:

- Fondos, personal, materiales, alianzas y apoyo del cuerpo directivo necesarios para implementar los programas de DSMES y adaptarlos a la cultura de los participantes.
- Sistemas de datos y protocolos para administrar las remisiones, monitorear la implementación del programa y hacer el seguimiento de los resultados.

Paso 3: Determinar las características esenciales del equipo y de las intervenciones

Las características del equipo y de las intervenciones para tener en cuenta incluyen lo siguiente:

- Complejidad (p. ej., cantidad y tipo de visitas requeridas para completar el programa).
- Adaptaciones culturales (p. ej., recomendaciones alimentarias adaptadas).
- Competencia cultural (p. ej., destrezas que son útiles para llegar a las poblaciones o comunidades subatendidas e identificarse con ellas, como ocurre con las entrevistas motivacionales).

Paso 4: Elaborar y ejecutar un plan de implementación

El plan de implementación incluye la descripción del programa y debería especificar lo siguiente:

- Estrategias adaptadas de alcance comunitario, reclutamiento y presentación (p. ej., uso de ayudas visuales para los participantes de bajo nivel de estudios alcanzado o con pocos conocimientos relacionados con la salud; uso de intérpretes para los participantes con dominio de inglés limitado).
- Protocolos para la remisión.
- Metas para la participación (es decir, la cantidad de personas con diabetes en el centro médico, lugar de trabajo o comunidad a los que los programas de DSMES intentan llegar).

Paso 5: Elaborar y ejecutar un plan de evaluación

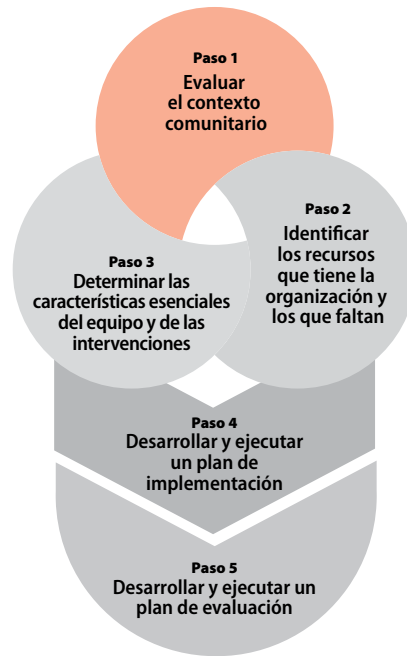
El plan de evaluación debería delinear los protocolos para la recolección y notificación de datos con fines de monitoreo interno y como parte del reconocimiento de la ADA o de la acreditación de la ADCES. Los ejemplos de indicadores de resultados para monitorear incluyen lo siguiente:

- Proporción de personal o socios elegibles que hacen remisiones al programa.
- Proporción de adultos elegibles que se inscriben en el programa de DSMES.
- Proporción de participantes que completan el programa.
- Cambios en los conocimientos de los participantes relacionados con el manejo de la diabetes y en las destrezas relacionadas con el manejo de esta enfermedad.
- Comportamientos saludables.
- Resultados clínicos (p. ej., A1c e índice de masa corporal).

3. Cómo planificar e implementar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas

Los estándares nacionales para DSMES deberían impulsar la planificación e implementación de los programas.

Los recursos para la planificación e implementación de un programa de DSMES que cumpla con los estándares nacionales se encuentran disponibles en el [Kit de herramientas para DSMES de los CDC](#). Este capítulo complementa el Kit de herramientas para DSMES con pasos adicionales para prestar servicios que respondan a las necesidades de las poblaciones o comunidades subatendidas. Los pasos descritos en las siguientes secciones no son normativos y los programas deberían adaptarlos del modo que mejor se ajuste a su contexto, la cultura de las poblaciones prioritarias y los recursos disponibles.



A lo largo de toda la guía se incluyen textos destacados y enlaces a capítulos relevantes del Kit de herramientas para DSMES, incluidas las descripciones de los estándares nacionales correspondientes.

Estándar 3
Evaluación de la población atendida



Paso 1: Evaluar el contexto comunitario

Los factores contextuales pueden apoyar la implementación de un programa de DSMES o dificultarla. Cuando se planifique o se perfeccione un programa de DSMES diseñado para llegar a poblaciones o comunidades subatendidas, es importante tener en cuenta el contexto comunitario, la cultura de los participantes y sus necesidades comunes, así como el contexto de las políticas de salud. Esto ayudará a los programas a prepararse para enfrentar posibles obstáculos y aprovechar recursos externos. La **presentación 2** enumera ejemplos de preguntas y fuentes de datos para evaluar los factores contextuales que podrían afectar a los programas de DSMES. Mantenerse en sintonía con el contexto y la cultura ayudará a los programas a formar el equipo de DSMES adecuado y a adaptar los servicios que mejor satisfagan las necesidades de sus participantes.



Presentación 2. Evaluación del contexto: Ejemplos de preguntas para tener en cuenta

Contexto comunitario

"[...] el transporte que tenemos es muy muy malo. El servicio de autobús funciona solo en la ciudad, no lo hace en ninguna parte fuera de nuestra ciudad".

Administrador de programa en un FQHC

Qué se debe tener en cuenta

¿Cómo podrían los factores comunitarios afectar al programa de DSMES? Considere lo siguiente:

- Ubicación geográfica.
- Clima político y social.
- Condiciones económicas.
- Organizaciones e instituciones locales relevantes.
- Iniciativas pasadas para abordar el tema.
- Aceptación de la comunidad.

Dónde obtener información

- [U.S. Census Quick Facts Data](#)
- [Informes del Sistema de Datos Uniformes de la Administración de Recursos y Servicios de Salud](#)
- Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad realizada por hospitales o el departamento de salud.
- Socios comunitarios.

Necesidades de los participantes

"A menudo deben enfrentar comorbilidades. Existen estas barreras relacionadas con los costos, las compañías de seguro y... uno está tratando de ayudarlos".

Miembro del personal clínico de un FQHC

Qué se debe tener en cuenta

¿Cuáles son las necesidades que a menudo notifican los participantes o las personas a las que se quiere hacer participar? ¿Cómo podrían estas necesidades afectar al programa de DSMES? Considere lo siguiente:

- Necesidades económicas y de transporte.
- Necesidades de idioma y relacionadas con el nivel de conocimientos básicos.
- Necesidad de responder a prácticas y preferencias culturales.
- Necesidad de apoyo relativo a la situación migratoria.
- Dinámica familiar y situación de vivienda.
- Necesidades médicas relacionadas con el manejo de las comorbilidades.
- Acceso a tiendas locales.
- Acceso a lugares seguros para hacer ejercicio y a alimentos saludables.

Dónde obtener información

- El Consejo Asesor de Pacientes y Familias, o grupos similares de pacientes, miembros de la familia y otros encargados de brindar cuidados, que han sido seleccionados para dar su opinión y comentar sobre la calidad de la atención.
- Encuesta a pacientes.
- Registros médicos electrónicos.
- Personal de DSMES, incluidos los miembros del equipo clínico y de apoyo.

Política de salud

"[...] nuestro Programa de Incentivo de la Calidad de Healthfirst. Por primera vez, están requiriendo no solo que se chequee la hemoglobina A1c y se realice un examen de ojos, sino que están agregando el control de la diabetes. Es una medida del HEDIS (Conjunto de Datos e Información de la Eficacia en la Atención Médica). O sea, nos incentivan no solo a brindar esta atención para la diabetes que mencioné, sino también a controlar la diabetes".

Administrador de programa en un FQHC

Qué se debe tener en cuenta

¿Cómo podrían afectar al programa de DSMES las políticas, reglamentaciones, órdenes oficiales o recomendaciones externas? ¿Afecta el contexto de las políticas de salud externas de un modo diferente a los grupos poblacionales? Considere lo siguiente:

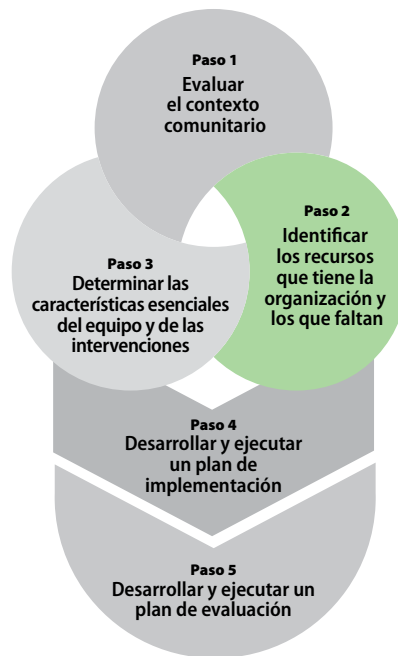
- Programas estatales o nacionales que dan incentivos para cumplir con los puntos de referencia establecidos para la calidad.
- Sistemas de pago basados en el valor aportado.
- Cobertura y expansión de Medicaid.
- Políticas de reembolsos.

Dónde obtener información

- Personal de facturación y de mejoras de la calidad.
- Compañías de seguro médico a las que su organización factura.
- Oficina estatal de Medicaid.

Ejemplos prácticos: Recursos de los FQHC para los servicios de DSMES

- Analista de datos que puede ayudar al personal de DSMES a elaborar informes sobre los datos de los resultados de DSMES.
- Promotores de la salud y traductores e intérpretes que estén disponibles para brindar apoyo en los programas clínicos, incluidos los de DSMES.
- Farmacia que participe en el Programa 340B de la Oficina de Asuntos Farmacéuticos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que provea medicamentos con importantes descuentos en el precio.
- Recursos de las farmacias de los FQHC para imprimir las etiquetas de los medicamentos en varios idiomas para pacientes con dominio de inglés limitado.



Paso 2: Identificar los recursos de la organización y los que faltan

Los recursos clave que se requieren para implementar los programas de DSMES incluyen personal, materiales educativos, sistemas de datos, alianzas y financiamiento. Su organización debe identificar los recursos disponibles para implementar o mejorar el programa de DSMES, adaptar los servicios y los materiales del programa a la cultura y a la situación socioeconómica de los participantes, mantener el programa, y evaluar los resultados. Al hacer el inventario de los recursos, podría ser útil tener en cuenta los factores contextuales clave que se identificaron en el paso 1. Es posible que se necesiten recursos especiales para superar aquellos que podrían limitar el alcance de su programa de DSMES. La **herramienta 1** es una planilla que los programas de DSMES pueden usar para hacer el inventario de recursos, identificar los que faltan y determinar una estrategia para abordar esa falta de recursos. Destaca ejemplos de los recursos usados por programas de DSMES de la vida real que llegan a poblaciones o comunidades subatendidas. Estos ejemplos provienen de nuestras evaluaciones rápidas de dos programas acreditados por la ADCES basados en FQHC.



Herramienta 1 Planilla para el inventario de recursos

Tipos de recursos	Ejemplos de recursos disponibles	Ejemplos de recursos que faltan	Ejemplos de estrategias para abordar los recursos que faltan
Personal clave	Educadores certificados sobre la diabetes con unidades de educación continua que cumplan con los estándares nacionales, director del programa, administrador de datos, promotores de la salud <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Falta de educadores sobre la diabetes que sean bilingües <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Reclutar a personal fuera del programa, que pueda traducir e interpretar <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Materiales educativos	Material curricular, visual y táctil para el aprendizaje <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Falta de libros de cocina y guías para el manejo de la diabetes que sean culturalmente adecuados <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Solicitar recursos al departamento de salud local o estatal, a organizaciones dedicadas a la diabetes, o a compañías farmacéuticas <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Sistemas de datos	Registros médicos electrónicos, Informes de Situación Anual del Programa de Acreditación de Educación sobre la Diabetes <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	El personal a cargo de los datos tiene disponibilidad limitada para apoyar la elaboración de informes de DSMES <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Guardar los comandos de informes de modo que puedan volver a ejecutarse con eficiencia <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Herramienta 1 Planilla para el inventario de recursos *(continuación)*

Tipos de recursos	Ejemplos de recursos disponibles	Ejemplos de recursos que faltan	Ejemplos de estrategias para abordar los recursos que faltan
Alianzas	Farmacias 340B, departamento de salud local o centro comunitario, mercado de agricultores locales, compañías farmacéuticas o de dispositivos médicos <hr/> <hr/> <hr/>	Falta de agencias de servicios sociales con base en la comunidad <hr/> <hr/> <hr/>	Ver si el departamento de salud estatal, la ADA local u otras organizaciones dedicadas a la diabetes tienen programas o servicios complementarios <hr/> <hr/> <hr/>
Financiamiento	Subvención inicial del departamento de salud estatal <hr/> <hr/> <hr/>	Reembolso limitado <hr/> <hr/> <hr/>	Invertir en el desarrollo de la fuerza laboral para maximizar las tasas de reembolsos (p. ej., los dietistas o nutricionistas con licencia quizás puedan facturar más como CDE) <hr/> <hr/> <hr/>
Otro	Acreditación de la ADCES o reconocimiento de la ADA, aranceles de membresía, educación continua <hr/> <hr/> <hr/>	Recursos limitados para obtener acreditación o reconocimiento <hr/> <hr/> <hr/>	Justificar el valor de los servicios de DSMES <hr/> <hr/> <hr/>



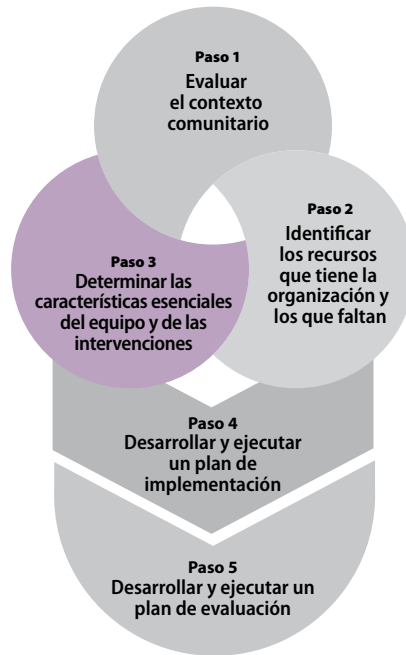
Perspectivas de los SME

Recursos del sistema de datos

- Evaluar el sistema de registros médicos electrónicos (EMR) para ver si servirá (o no) para recolectar y analizar los datos clave de los resultados de DSMES. Si es necesario, trabajar con alguien que impulse las mejoras de calidad para garantizar que los EMR respalden la evaluación de estos servicios. Considerar opciones fáciles de usar para el ingreso y la obtención de datos.
- Incorporar protocolos para recoger los comentarios de los participantes sobre el programa (p. ej., encuestas de satisfacción del paciente).
- Establecer protocolos y sistemas para hacer el seguimiento de los datos relativos a los costos del programa de DSMES (p. ej., sistemas internos para medir el tiempo que el personal dedique al programa).

Reembolso

- Todos los programas de DSMES deberían estar trabajando para obtener el reconocimiento de la ADA o la acreditación de la ADCES, ya que esos programas han establecido estándares que les permitirán recibir reembolsos por los servicios.



Paso 3: Determinar las características esenciales del equipo y de las intervenciones

Equipo de DSMES

Los estándares nacionales para DSMES establecen requisitos mínimos para las cualificaciones de los equipos dedicados a estos servicios. Por ejemplo, requieren que al menos uno de los miembros del equipo responsable de facilitar los servicios de DSMES sea enfermero titulado, dietista o nutricionista registrado, farmacéutico con capacitación y experiencia pertinente a DSMES, u otro profesional de atención médica que esté certificado como educador sobre la diabetes o cuente con una certificación profesional en el manejo avanzado de la diabetes. De acuerdo con los hallazgos de las evaluaciones rápidas de dos programas de DSMES acreditados por la ADCES que están implementándose en FQHC, también es importante que los educadores sobre la diabetes tengan compasión y empatía por los participantes, así como "facilidad multicultural". El personal de los dos programas de DSMES también informó que la educación para adultos y las destrezas de consejería habían sido útiles para relacionarse con las poblaciones subatendidas.



Equipo de DSMES

- Si es posible, incluya en el programa a proveedores que representen a las poblaciones que sean atendidas.
- El personal debe apreciar la importancia de empoderar a los pacientes para que se hagan cargo de su propia salud.

"Facilidad multicultural. No sé cómo se consigue, fuera de estar expuesto a personas de diferentes culturas y ocuparte de tus propios asuntos. Creo que, de un modo mensurable, lo que eso significa es que esas poblaciones consideran que contigo no hay muchas barreras. Es como que no se puede medir, francamente... quizás es que se pueda acceder a ti como ser humano porque tienes esa capacidad empática o porque no juzgas a los demás. No les están exigiendo que vengan a ti, eres tú quien va a ellos".

Educador sobre la diabetes en un FQHC

Estándar 6

Currículo

Estándar 7

Individualización

Estándar 8

Apoyo continuo



Intervención

Dependiendo de los recursos disponibles y las necesidades de los participantes, los programas de DSMES podrían consistir en sesiones individuales con un educador sobre la diabetes, visitas médicas compartidas, sesiones educativas grupales, reuniones de grupos de apoyo para el seguimiento, o una combinación de estas opciones. Los estándares nacionales para DSMES incluyen requisitos para el currículo, los servicios individualizados y el apoyo continuo a los participantes. A medida que los programas de DSMES se vayan diseñando para cumplir con los estándares nacionales, es importante tener en cuenta qué estrategias de adaptación podrían ser necesarias para ayudar a llegar a las poblaciones o comunidades subatendidas. En la **herramienta 2** se ofrecen ejemplos de estrategias de adaptación usadas en Tandem Health y BronxCare para llegar a los participantes afroamericanos e hispanos o latinos en comunidades subatendidas.

Estos ejemplos ofrecen una lista ilustrativa, aunque no exhaustiva, de estrategias de adaptación. La **herramienta 2** es una planilla que se puede usar junto a los estándares nacionales para planificar servicios de DSMES que respondan a las necesidades, cultura y contexto comunitario de los participantes. La evaluación del contexto completada en el paso 1 y el inventario de recursos completado en el paso 2 son útiles para seleccionar las estrategias de adaptación que mejor se ajusten al contexto, los recursos y los participantes de los programas de DSMES.



Herramienta 2 Planilla para adaptar las intervenciones

Ejemplos de barreras para la participación en DSMES

(con base en la evaluación del contexto)

Ejemplos de estrategias de adaptación

Necesidades económicas

Adapte los servicios y los ejemplos de DSMES a la situación socioeconómica de los participantes: enséñeles sobre las opciones de alimentos saludables a precios asequibles.

Enséñeles sobre las opciones para conseguir medicamentos, medidores y tiras de prueba para la diabetes a un costo menor, como sería mediante el uso de la farmacia del centro médico.

Trabaje con socios comunitarios para ofrecer servicios de apoyo gratuitos, como clases de cocina.

Necesidades de idioma y relativas al nivel de conocimientos básicos

Use un lenguaje sencillo, elementos visuales y modelos para ayudar a los participantes a captar el contenido de DSMES (p. ej., muestre la cantidad de azúcar que hay en un refresco).

Trabaje con educadores bilingües o traductores e intérpretes en el caso de que los participantes no hablen inglés y ofrézcales materiales educativos en el idioma que prefieran.

Aumentar las remisiones y superar las barreras para la participación



Cómo motivar la participación de los proveedores

Mientras esté diseñando su modelo de programa, anticipe crear un proceso de remisión que apoye la máxima participación en el programa de DSMES. También, tenga en cuenta si los proveedores necesitan capacitación para apoyar el programa según está planificado. Las lecciones aprendidas en el campo y las perspectivas de los expertos sobre la forma de lograr la participación de los proveedores se encuentran en la **presentación 3**. El Kit de herramientas para DSMES de los CDC también incluye un capítulo acerca de cómo aumentar las remisiones a DSMES.

Presentación 3. Consejos para motivar la participación los proveedores

Centros de Salud Federalmente Calificados

Consejos para motivar la participación los proveedores

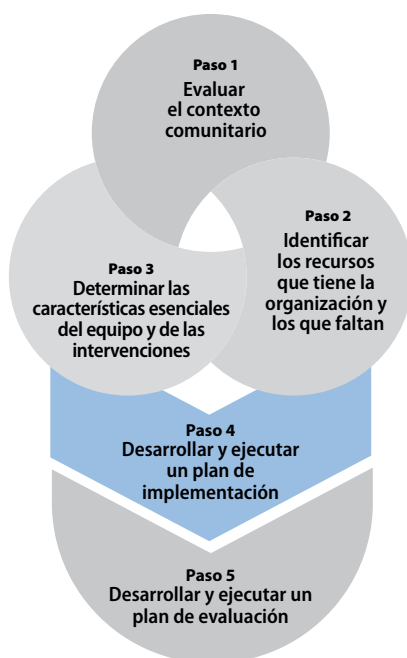
- Haga participar a los administradores de los programas de DSMES en las reuniones de los proveedores y del equipo clínico.
- Comunique las mejoras clínicas a los proveedores.
- Contar con una función de remisión automática en el sistema de registros médicos electrónicos, basada en resultados altos de A1c, podría ayudar a aumentar la remisión de los médicos a DSMES.
- La educación de los proveedores acerca del programa de DSMES puede tener lugar según sea necesario y más formalmente durante reuniones diarias, reuniones semanales de atención ambulatoria (interdisciplinarias), reuniones mensuales relativas a la diabetes, y a través del sistema de envío de mensajes seguros de los registros de salud electrónicos.
- Los educadores certificados sobre la diabetes pueden educar a los proveedores para ayudar a superar la percepción de que ciertos pacientes están bien controlados y que no necesitan ver a uno de estos educadores.

Expertos en la materia

Consejos para motivar la participación los proveedores

- Si la remisión del proveedor es necesaria, invertir en protocolos que les faciliten a los proveedores remitir personas al programa de DSMES.
- Plantearles a los proveedores los beneficios de DSMES en términos que sean relevantes para ellos (p. ej., transferir la responsabilidad de la educación a los educadores certificados sobre la diabetes para que los proveedores se puedan concentrar más en los aspectos clínicos de la atención).

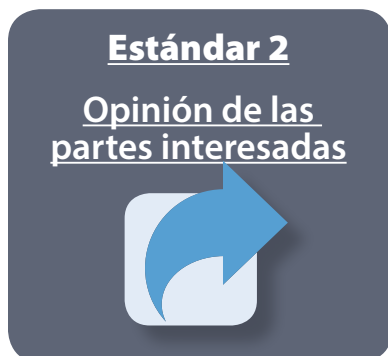




Paso 4: Elaborar y ejecutar un plan de implementación

Tomando como base los pasos de planificación anteriores, cree un plan para orientar la implementación del programa de DSMES. El plan no tiene que ser extenso o complejo, pero debe incluir a las partes interesadas clave y los componentes del programa. El plan será útil para lo siguiente:

- mantener al tanto a las partes interesadas clave acerca de los protocolos y servicios del programa,
- describir el programa a los líderes o administradores de las organizaciones y a los nuevos socios potenciales,
- solicitar financiamiento, y
- orientar al personal nuevo del programa.



La **herramienta 3** es una lista de verificación que se puede usar junto a los estándares nacionales para diseñar un plan de implementación del programa. La lista de verificación está diseñada para ayudar a los programas a crear un plan de implementación que responda al contexto de la comunidad y a las necesidades y la cultura de los participantes. La herramienta se basa en los pasos anteriores y se puede adaptar según sea necesario. Esta sección de la guía también incluye consejos sobre cómo elaborar una descripción del programa en un formato de modelo lógico (explicado a continuación), como también consejos de implementación en general provenientes de expertos en la materia y programas de la vida real que llegan a poblaciones subatendidas.



Herramienta 3 Lista de verificación del plan de implementación

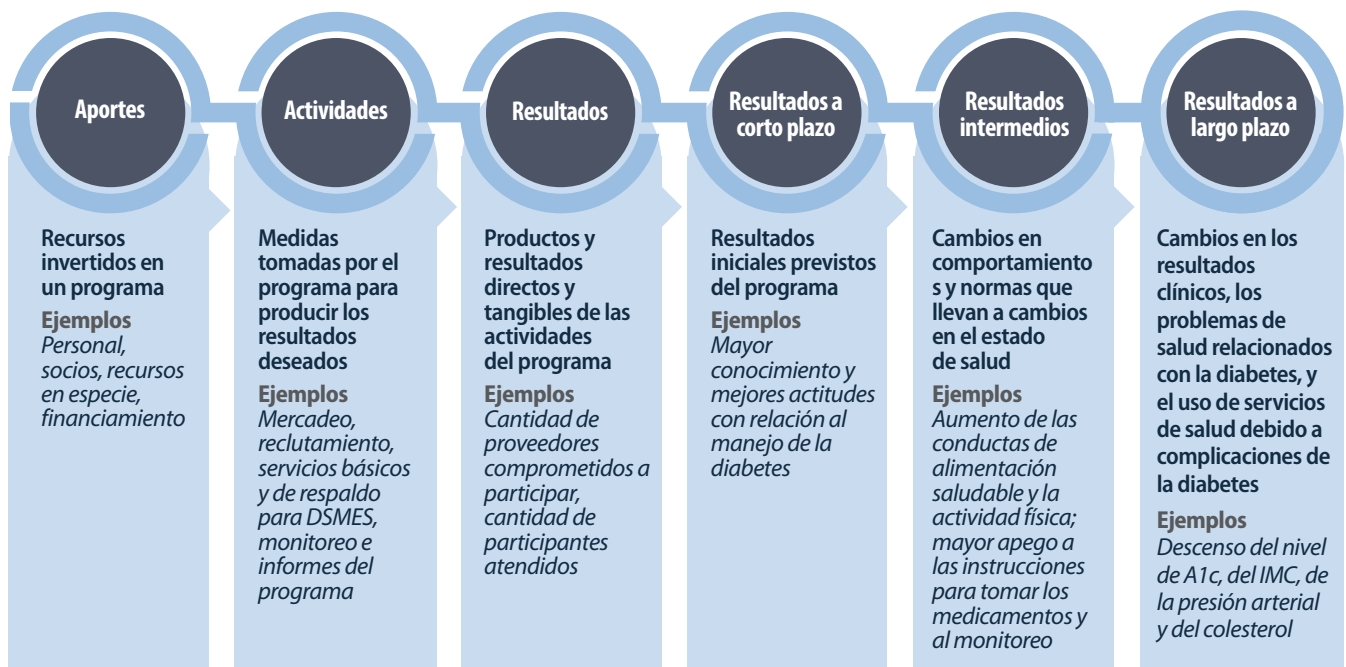
<input type="checkbox"/> Documente el contexto	<p>Documente los factores contextuales que podrían afectar el éxito del programa y las estrategias para abordar los factores que presentan un reto. (Tabla 1. Evaluación del contexto)</p>
<input type="checkbox"/> Haga una lista de las partes interesadas clave	<p>Haga una lista de las personas o grupos que son fundamentales para la implementación del programa y documente sus funciones. Por ejemplo, los proveedores de atención médica primaria son partes interesadas que tienen la responsabilidad de remitir pacientes al programa. Acuérdesse de las personas o los grupos que ayudarán a que su programa aborde las necesidades de los participantes subatendidos. Por ejemplo, el departamento de salud local podría ofrecer clases gratuitas de cocina o ejercicio para los participantes. Las personas que brindarán ayuda en la recolección, análisis y síntesis de datos también son partes interesadas importantes para hacer participar en la planificación e implementación del programa.</p>
<input type="checkbox"/> Describa el programa	<p>Describa brevemente los recursos, las actividades y los resultados deseados del programa. Un modelo lógico es una herramienta útil para describir un programa. Sea que use un modelo lógico o que elabore una descripción explicativa, deben incluirse los siguientes detalles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los planes para promover el programa (entre los posibles participantes y proveedores). • El enfoque para reclutar participantes. • Los servicios educativos y de apoyo que ofrecerá el programa. <p>Si corresponde, especifique los componentes básicos del programa: es decir, las actividades que son requeridas para completar el programa, frente a aquellas que son optativas para los participantes. Por ejemplo, un programa puede incluir la remisión de un médico, las visitas iniciales y las visitas de seguimiento de un educador sobre la diabetes (CDE) dentro de un periodo de 6 meses como componentes básicos, más clases de educación grupales en entornos ambulatorios o de internación como servicios suplementarios.</p>

Mercadeo y promoción



Modelos lógicos

Un modelo lógico es una gráfica que representa los componentes clave de un programa y cómo se prevé que esos componentes clave se relacionarán entre sí. Es una herramienta útil para describir los programas de DSMES y enfocar el monitoreo y la evaluación del programa. La **presentación 4** muestra los componentes básicos del modelo lógico e incluye ejemplos de componentes del programa de DSMES. Consulte el sitio web de la Oficina de Desempeño y Evaluación de Programas de los CDC para obtener recursos adicionales relativos a modelos lógicos.



Presentación 4. Componentes de un modelo lógico

Consejos prácticos para la implementación

La **presentación 5** enumera las consideraciones prácticas para tener en cuenta mientras se planifican e implementan los programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas.

Presentación 5. Consejos prácticos de implementación para proveer DSMES a poblaciones o comunidades subatendidas



Consejos de los FQHC

- Explique el “porqué” cuando provea información de DSMES para ayudar a captar el interés y empoderar a los pacientes (es decir, no les hable sin dejarlos opinar).
- Mantenga los materiales sencillos; adapte los mensajes según sea adecuado para la audiencia.
- Mantenga la perspectiva cuando trabaje con poblaciones o comunidades subatendidas, y sea consciente del lugar que podría ocupar su mensaje dentro de la jerarquía de las necesidades de estas personas.
- Comparta perspectivas y experiencias personales, si son relevantes, para aumentar la receptividad.
- Estructure los encuentros para respetar al paciente.
- Arme los mensajes en términos de lo que los pacientes pueden hacer para evitar abrumarlos.
- Facilite las remisiones de los proveedores mediante, por ejemplo, capacitaciones para ellos u opciones de remisión automática en el sistema de registros médicos electrónicos. Las remisiones médicas firmes son importantes para que los pacientes cumplan con su cita de DSMES.
- Entienda las necesidades del paciente y cómo abordarlas de un modo culturalmente sensible.
- Tenga un proceso para obtener las opiniones de los pacientes.

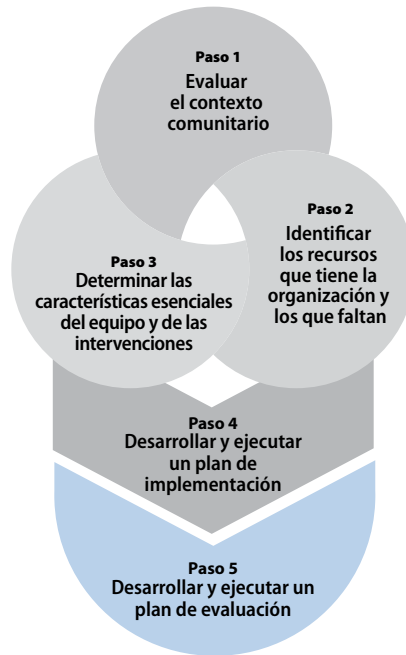
Consejos de los SME

- Esté consciente de su propia cultura y prejuicios, y tenga en cuenta cómo sus preferencias y perspectivas culturales podrían diferir de las preferencias y perspectivas culturales de los participantes de DSMES. Reconozca las diferencias, pero evite los estereotipos.¹⁰
- Esté dispuesto a escuchar y a aprender de los participantes de DSMES para comprender mejor cómo las creencias y prácticas culturales podrían afectar los comportamientos relacionados con la salud. Preste atención a los indicios no verbales y pregunte acerca de cómo puede brindar DSMES de una manera culturalmente adecuada.¹⁰
- Si es posible, lleve el programa a las comunidades, en lugar de pedirles a las personas que vengan al lugar de atención médica. Llevar los servicios de DSMES a las comunidades coloca al programa en un lugar que ya se considera como un espacio seguro.
- Use el idioma que el participante prefiera, lo cual puede requerir que trabaje con intérpretes.¹⁰ Amplíe la ayuda relacionada con la adquisición de conocimientos básicos y el idioma a fin de que incluyan apoyos para los conocimientos sobre la salud.
- Piense de un modo no convencional para encontrar la manera de captar la atención y celebrar a las poblaciones que está tratando de alcanzar (p. ej., cree un foro para que los graduados de DSMES compartan su éxito).
- Siga comunicándose con personas que dejaron el programa o que decidieron no participar para tener idea de cómo mejorar los esfuerzos de reclutamiento y retención.

4. Cómo evaluar programas de DSMES para poblaciones o comunidades subatendidas

Los estándares nacionales establecen requisitos para monitorear el progreso de los participantes de DSMES y para llevar a cabo evaluaciones a fin de mejorar el programa. Los programas acreditados por la ADCES deben presentar un Informe de Situación Anual sobre el progreso de los participantes, y este informe es una fuente útil de datos de evaluación.

Esta sección de la guía se concentra en cómo desarrollar y ejecutar un plan de evaluación que dé cuenta de los esfuerzos del programa por alcanzar y mejorar resultados en las poblaciones o comunidades subatendidas. Incluye ejemplos de preguntas, indicadores y fuentes de datos para la evaluación, y una lista de verificación que enumera los elementos básicos de un plan de evaluación (**herramienta 4**). La lista de verificación del plan de evaluación se apoya en los pasos previos de la guía y se puede adaptar a las necesidades y contexto particulares del programa.



Alcance del programa

Además de hacer un seguimiento del número de participantes en el programa, considere evaluar la proporción de adultos elegibles que estén participando en él (alcance = número de participantes ÷ número de participantes elegibles). Si es posible, analice la proporción de adultos elegibles que estén participando en su programa por raza, grupo étnico, e ingresos para ver si el programa está llegando a poblaciones o comunidades subatendidas de la forma prevista.

Paso 5: Elaborar y ejecutar un plan de evaluación

La descripción del programa desarrollada bajo el paso 4 es un punto de partida para planificar la evaluación ya que representa el plan para implementar el programa y alcanzar resultados de DSMES clave. En general, la evaluación de los programas de DSMES involucra estimar hasta qué grado se implementó el programa según lo planeado y se alcanzaron los resultados previstos. La **presentación 6** incluye ejemplos de preguntas, indicadores y fuentes de datos para la evaluación. Estos ejemplos se basan en nuestra evaluación rápida de dos programas de DSMES basados en FQHC que llegan a poblaciones o comunidades subatendidas, y estos ejemplos pueden ser adaptados para que se ajusten al contexto y recursos particulares del programa. Consulte el sitio web de Desempeño y Evaluación de Programas de los CDC para obtener indicadores de guía adicionales.

Estándar 9
Progreso de los participantes

Estándar 10
Mejora de la calidad



Presentación 6. Ejemplos de preguntas, indicadores y fuentes de datos para la evaluación

Implementación

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de datos
¿Están los proveedores remitiendo al programa a personas con diabetes según se esperaba?	Proporción de pacientes elegibles que son remitidos a DSMES por un proveedor Tasas de remisiones por proveedor	Registros médicos electrónicos
¿Está el programa llegando a adultos elegibles de poblaciones o comunidades subatendidas según lo planeado (compare el alcance actual del programa con el alcance establecido como meta)?	Proporción de pacientes remitidos que participan (es decir, completan al menos una clase o visita requerida) en el programa por raza, grupo étnico, edad o situación de riesgo.	Registros del programa de DSMES
¿Qué proporción de participantes están completando los componentes básicos del programa? ¿Cómo varía la cantidad de participantes que completan el programa por grupo de población (p. ej., mujeres latinas frente a hombres latinos)?	Proporción de participantes que están completando el programa por raza, grupo étnico, género, edad o situación de riesgo	Registros del programa de DSMES
¿Qué proporción de participantes está recibiendo servicios de apoyo por parte de socios comunitarios (p. ej., ayuda para el transporte)?	Proporción de participantes de DSMES que obtienen servicios de apoyo de socios comunitarios entre aquellos que recibieron una remisión para estos servicios, por raza, grupo étnico, género, edad o situación de riesgo	Registros médicos electrónicos y registros de los socios comunitarios

Resultados

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de datos
¿Están los participantes haciéndose las pruebas y exámenes relacionados con la diabetes que les fueron recomendados? ¿Cómo varían los resultados por grupo de población (p. ej., raza, grupo étnico, género, edad, situación de riesgo)?	Proporción participantes de DSMES que se están haciendo los exámenes recomendados, por raza, grupo étnico, género, edad o situación de riesgo	Registros del programa de DSMES
¿Hay mejoras en los resultados clínicos, como en los valores de A1c, entre los participantes del programa? ¿Cómo varían los resultados por grupo de población (p. ej., raza, grupo étnico, género, edad, situación de riesgo)?	Cambio promedio en los resultados clínicos entre los participantes de los programas de DSMES, por raza, grupo étnico, género, edad o situación de riesgo	Registros del programa de DSMES

Compartir y usar los datos para mejorar el programa

Comparta los datos y los resultados de la evaluación con las partes interesadas clave. Compartir los logros del programa puede ayudar a aumentar o sostener el apoyo recibido. También es importante dar participación al personal del programa, los participantes y otras partes interesadas clave en la resolución de cualquier reto que los datos revelen. Por

ejemplo, si los datos muestran una participación reducida en un grupo poblacional prioritario, es posible que los administradores del programa deseen reunirse con los educadores sobre la diabetes o hacer un seguimiento con los pacientes para analizar las barreras que dificultan la participación e identificar estrategias para abordarlas.



Herramienta 4 Lista de verificación del plan de evaluación

A. Describa el enfoque de la evaluación

<input type="checkbox"/> Formule las preguntas de la evaluación	Trabaje con las partes interesadas clave para priorizar las preguntas de la evaluación relacionadas con la implementación y los resultados del programa.
<input type="checkbox"/> Identifique los indicadores	Identifique los indicadores para la implementación y los resultados del programa (es decir, qué se medirá para responder las preguntas de evaluación). <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores para la implementación podrían incluir metas para el número de participantes y los grupos poblacionales a los que llegará el programa. También se puede hacer un seguimiento del número de proveedores que participan en el programa o del número de participantes que reciben servicios de apoyo por parte de socios del programa. • Los indicadores de resultados se concentrarán en los conocimientos o actitudes de los participantes relativos al manejo de la diabetes, cambios en el comportamiento y parámetros clínicos. Al establecer los indicadores de éxito, los programas deben tener presente los requisitos de notificación de los resultados clínicos y de la conducta que forman parte de la acreditación de la ADCES o del reconocimiento de la ADA.
<input type="checkbox"/> Especifique los protocolos de recopilación y análisis de datos	Documente cómo el programa obtendrá los datos para hacer el seguimiento del progreso sobre cada indicador del éxito. Esto incluye describir la fuente de esos datos, con qué frecuencia se revisarán y cómo se analizarán (p. ej., calculando el cambio promedio en la A1c desde el comienzo del programa hasta su culminación y comparando los resultados entre los diferentes grupos poblacionales).

B. Resuma el plan para compartir los resultados y mejorar el programa

<input type="checkbox"/> Identifique a las audiencias destinatarias y establezca una estrategia de comunicación	Piense en quiénes necesitan enterarse de los resultados del programa —participantes, proveedores, socios, organizaciones nacionales (p. ej., la ADA y la ADCES)— y determine cómo y cuándo compartir los datos del programa con estas partes interesadas clave. Si comparte los resultados del programa con los participantes, use un lenguaje sencillo y el idioma que ellos prefieran. Asegúrese de hacer también un plan para los requisitos de notificación que forman parte de la acreditación de la ADCES o del reconocimiento de la ADA.
<input type="checkbox"/> Revisión del programa	Documente con qué frecuencia el personal del programa revisará los datos y los usará para fortalecer el programa.

5. Consejos para sostener los programas

Planear la sostenibilidad en las primeras etapas del desarrollo y la implementación del programa es importante para garantizar la larga duración de los programas de DSMES. Las siguientes preguntas pueden ayudar a los programas a planear su sostenibilidad:

- ¿Qué factores apoyan la sostenibilidad de nuestro programa de DSMES?
- ¿Qué factores serán un reto para la sostenibilidad de nuestro programa de DSMES?
- ¿Qué estrategias podemos usar para superar los posibles retos a la sostenibilidad?

La **presentación 7** enumera algunos ejemplos de la vida real, provenientes de nuestra evaluación rápida de dos FQHC, de factores que facilitan la sostenibilidad y de los que la dificultan.

Presentación 7. Factores que afectan la sostenibilidad de los programas de DSMES

Ejemplos de factores que respaldan la sostenibilidad

Valor a los programas de incentivo de calidad y modelos de pago basados en el valor aportado

"El plan de atención médica administrada de Medicaid, Healthfirst, que es nuestra principal compañía de seguro médico [usa un modelo basado en el valor aportado], pero todas las compañías de seguro están pasando a un modelo basado en el valor aportado en donde nosotros nos arriesgamos. Siempre le explico a la administración, y ellos lo saben, que el hecho de que los educadores clínicos sobre la diabetes se ocupen de controlar la diabetes no significa tan solo que se les facture por la visita... sino que nosotros obtenemos un par de millones de dólares si nos va bien en esto... para Healthfirst".

–Administrador de programa en un FQHC

Resultados positivos en los participantes

"Pero por ahora, no nos han echado de aquí. Y pienso que se debe a lo que hacemos por los pacientes. Y es un compromiso. Además, las personas que tienen mejores niveles de A1c tienden a mantener sus citas de seguimiento. Sería bueno si todos pudieran ver el retorno de la inversión al mejorar la salud de las personas".

–Administrador de programa en un FQHC

Contar con el programa dentro de un FQHC

"No sé realmente cómo un programa que no esté integrado, en términos financieros y de los pacientes, podría sobrevivir ya que simplemente el hecho de hacerlos venir a un entorno conocido resulta difícil. Pero si les pides que vayan a un lugar que les sea desconocido, eso agregará otro obstáculo".

–Administrador de programa en un FQHC

Reembolso y sostenibilidad



Ejemplos de factores que dificultan la sostenibilidad

Costo de los DSMES y reembolso limitado

"Puede ser costoso con el personal y la clínica... la utilización... especialmente porque tenemos una gran población que depende de Medicaid y una gran población sin seguro médico. Lamentablemente, no ver el retorno podría a la larga ser perjudicial para el programa".

–Facturador de FQHC

Obstáculos que enfrentan los participantes para recibir atención

"Ahora mismo, no sé si tenemos suficientes [recursos para sostener], porque identificamos obstáculos financieros y relacionados con el transporte, y no sé si lo que tenemos es aún suficiente para superar esos obstáculos".

–Miembro del personal clínico de un FQHC



Perspectivas de los SME

Sostenibilidad

- Es crucial comprender los programas de incentivo de calidad y los modelos de pago basados en el valor aportado, lo cual requiere contar con la participación de personal directivo de los más altos niveles.
- Lleve a cabo una evaluación de los beneficios en función de los costos del programa para mostrar que vale la pena invertir en DSMES. Visite el [sitio web de la Oficina del Director Adjunto de Políticas de los CDC](#) para ver herramientas de evaluación económica y materiales de capacitación.

6. Evaluación de la guía

Esta guía fue creada para organizaciones que necesiten consejos prácticos para planificar, implementar, mejorar o evaluar programas de DSMES destinados a poblaciones o comunidades subatendidas. Apreciaríamos que nos brindara sus comentarios sobre la utilidad de esta guía.



Por favor, envíenos sus comentarios a la siguiente dirección:

Kimberly D. Farris, PhD, MPH, MSW
Centers for Disease Control and Prevention
Division of Diabetes Translation
4770 Buford Hwy NE, MS-F75
Atlanta, GA 30341-3717
KFarris2@cdc.gov

Nos gustaría saber lo siguiente:

- ¿Es esta guía fácil de usar?
- ¿De qué formas ha usado su organización la guía para crear o perfeccionar un plan de implementación y evaluación para su programa de DSMES?
- ¿Presenta la guía de un modo comprensible el marco de trabajo orientador para la implementación y evaluación? De no ser así, por favor explique.
- ¿Qué tan prácticos son los consejos de la guía para implementar y evaluar un programa de DSMES creado para llegar a poblaciones o comunidades subatendidas?
- ¿Hay información adicional que debería haberse incluido en la guía?

Desde ya, deseamos agradecerle por sus comentarios y recomendaciones para mejorar.

Apéndice A

Observar con mayor detenimiento los retos para la salud pública



Carga total

- 30.3 millones de personas tienen diabetes (el 9.4 % de la población de los Estados Unidos)
- 23.1 millones de personas reciben un diagnóstico de diabetes.
- 7.2 millones de personas no han recibido el diagnóstico (el 23.8 % de las personas que tienen diabetes no tienen el diagnóstico).
- Más del 90 % de las personas con diabetes diagnosticada tienen diabetes tipo 2.²

Carga del costo

- 327 000 millones de dólares: costo estimado de la diabetes en el 2017.¹¹
- 16 750 dólares: gastos médicos promedio por año de las personas con diabetes diagnosticada. De esta cantidad, alrededor de 9600 dólares fueron atribuidos a la diabetes.¹¹
- Los gastos médicos promedio entre las personas con diabetes diagnosticada fueron aproximadamente 2.3 veces más altos que los gastos de las personas sin diabetes (después de hacer los ajustes por grupo de edad y género).¹²

Disparidades raciales y étnicas

- Prevalencia de la diabetes diagnosticada:^{4,12}
 - 15.1 %: población indoamericana/nativa de Alaska
 - 12.7 %: población de raza negra no hispana
 - 12.1 %: población de etnicidad hispana
 - 8.0 %: población asiática
 - 7.4 %: población de raza blanca no hispana
 - 12.6 %: adultos con un nivel de estudios inferior a la escuela secundaria superior
 - 9.5 %: adultos con educación de secundaria superior
 - 7.2 %: adultos con un nivel de estudios superior a la escuela secundaria superior

• Complicaciones:¹³

- Las minorías étnicas y raciales tienen más probabilidad de presentar retinopatía y enfermedad renal terminal que las personas de raza blanca no hispanas.
- La tasa de prevalencia de la obesidad ajustada por edad en los adultos de los Estados Unidos entre el 2009 y el 2010 fue del 35.7 %.
 - Los adultos de raza negra no hispanos tuvieron la tasa más alta de prevalencia de la obesidad ajustada por edad: 49.5 %. Los adultos mexicanoamericanos tuvieron tasas del 40.4 % y los adultos de raza blanca no hispanos, del 34.3 %.
- Los estudios demuestran que el control glucémico es peor en las minorías raciales y étnicas con diabetes tipo 2. En los Estados Unidos, las personas de raza negra no hispanas y las personas hispanas tienen valores de A1c que son un 0.6 % y 0.5 % más altos que los de las personas de raza blanca no hispanas.
- Las minorías tienen más probabilidad de sufrir depresión. La depresión es una comorbilidad bien reconocida de la diabetes tipo 2. La adhesión a las conductas de automanejo es más baja en los pacientes con diabetes que también presentan depresión, en comparación con aquellos sin depresión.

Participación en un programa de educación y apoyo para el automanejo de la diabetes (DSMES)

- Menos del 60 % de los adultos de 18 años o más que tienen diabetes han asistido alguna vez a una clase de DSMES.⁶
- El 6.8 % de las personas con un diagnóstico reciente de diabetes tipo 2 que tienen seguro médico privado han participado en DSMES dentro de los 12 meses después del diagnóstico.¹⁴
- El 4 % de los participantes de Medicare con diabetes recibieron DSMES, terapia de nutrición médica, o ambas.¹⁵

Apéndice B

Elaboración de la guía

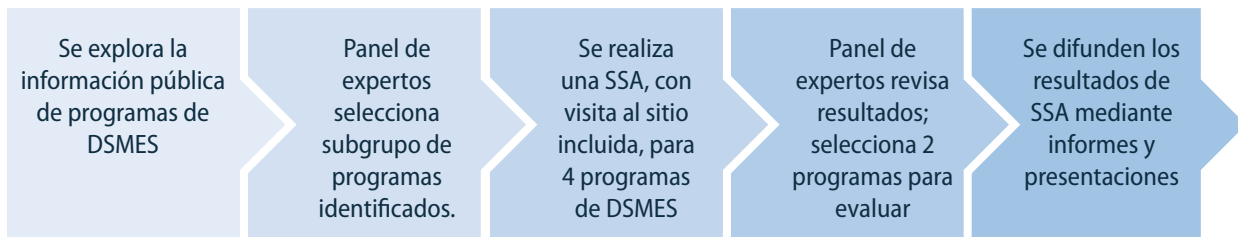
El trabajo de evaluación detrás de esta guía incluyó una preselección y análisis sistemáticos (SSA), una evaluación rápida, y la participación de expertos en la materia (SME).

Preselección y análisis sistemáticos (SSA)

Como primer paso, se llevó a cabo una SSA, tipo de análisis de evaluabilidad, para identificar y preseleccionar innovaciones a fin de determinar si están preparadas para una evaluación completa. Los CDC y una organización contratada, NORC en la Universidad de Chicago, llevaron a cabo la SSA para identificar los programas de DSMES que están implementando estrategias prometedoras y eficaces para el manejo de la diabetes entre poblaciones afroamericanas y latinas. El proceso de nominación para la SSA requirió que los programas cumplieran lo siguiente:

- estuvieran acreditados por la Asociación de Especialistas en Atención y Educación sobre la Diabetes (ADCES) o reconocidos por la Asociación Americana de la Diabetes (ADA);
- hubieran estado operando por 1 año como mínimo;
- estuvieran prestando servicios a participantes en el momento del análisis;
- tuvieran una población de participantes que fuera al menos 50 % afroamericana, latina o ambas; y
- no hubieran sido evaluados previamente y no estuvieran en ese momento bajo evaluación.

Con base en la SSA, los programas de DSMES de Tandem Health y de BronxCare fueron seleccionados para la evaluación rápida (**presentación 8**).



Presentación 8. Proceso de preselección y análisis sistemáticos (SSA)



Proceso de evaluación rápida

Las evaluaciones rápidas de la implementación y los resultados del programa se diseñaron a partir de la SSA al reunir datos sobre lo siguiente:

- los factores que apoyan y dificultan la implementación de los programas de DSMES de Tandem Health y de BronxCare;
- las estrategias de Tandem Health y de BronxCare para reclutar, inscribir y retener en sus programas de DSMES a los participantes afroamericanos, hispanos y latinos;
- los resultados de DSMES clave para estos participantes del programa.

El enfoque de evaluación rápida se alineó con el marco para la evaluación de programas en salud pública de los CDC, el cual está centrado en la utilización que ayuda a organizar la evaluación total.¹⁶ También aplicamos principios de evaluación de sensibilidad cultural y adaptamos el marco consolidado para la investigación sobre implementación^{17,18} para enfocar el diseño de la evaluación y fundamentar el desarrollo de las herramientas de recolección de datos.

Nuestros métodos cualitativos incluyeron una revisión del análisis de evaluabilidad y documentos del programa relevantes, así como visitas a los sitios. Un equipo de cinco miembros (tres miembros de RTI y dos miembros de la División de Diabetes Aplicada [DDT]) llevó a cabo una visita de 2 días al programa de DSMES de Tandem Health el 21 y 22 de marzo del 2018. Un equipo de seis miembros (tres miembros de RTI y tres miembros de la División de

Diabetes Aplicada [DDT]) llevó a cabo una visita de 3 días al programa de DSMES de BronxCare del 26 al 28 de marzo del 2018. Durante las visitas a los sitios, entrevistamos al personal clave del programa, como administradores y promotores de la salud, y a socios claves del departamento de salud. También organizamos grupos de enfoque con educadores sobre la diabetes y observamos una sesión de DSMES de Tandem Health. Los métodos cuantitativos incluyeron el análisis de datos secundarios, a los que se les quitó información identificadora, sobre el uso de servicios de DSMES de los participantes del programas y los resultados clínicos relativos a DSMES. También recolectamos y analizamos datos de los costos relacionados con la iniciación y el mantenimiento del programa.

Revisión de los expertos en la materia

Trabajamos junto a la DDT para identificar a expertos en disparidades de salud y diabetes que pudieran ayudarnos a interpretar los hallazgos de las evaluaciones desde la perspectiva de contexto y cultura. El 26 de junio del 2018 se llevó a cabo en la oficina de RTI Atlanta una reunión de todo un día con cuatro expertos en la materia de organismos no federales y tres de organismos federales. Durante la reunión, los SME brindaron sus opiniones sobre los métodos de evaluación, sugirieron contenido clave para los materiales de orientación que se basarán en este trabajo de evaluación, y ofrecieron consideraciones serias sobre los resultados y las limitaciones de las evaluaciones.

Agradecimientos

Nos gustaría extender nuestro especial agradecimiento a los programas de DSMES, a los SME, a los evaluadores y asesores de la DDT, y al equipo de evaluación de RTI por sus contribuciones a esta guía.

Agradecimientos

Programas de DSMES

Mary M. Byrd, RN, y colegas
*Manejo médico de casos,
Tandem Health*

Diana L. Malkin-Washeim, PhD,
MPH, RDN, CDE, CD-N, y colegas
*Directora del Programa de Nutrición
y Diabetes, BronxCare Health System*

Expertos en la materia

Yarneckia D. Dyson, PhD
*Profesora adjunta, Universidad de
Carolina del Norte en Greensboro*

Lisa Graham, RN, BSN, CDE
*Presidenta de Renew and Live, LLC,
y fundadora de Diabetes "You Can Win"
Foundation, Inc.*

Derek Griffith, PhD
*Profesor auxiliar de Medicina,
Salud y Sociedad de la Universidad
de Vanderbilt*

Glenda Knight, PhD, MPH, CHES
*Directora ejecutiva de Cutting Edge
Health Options, Inc., copresidenta de
Diabetes Community Action Coalition,
Inc. (DCAC), docente adjunta de la
Facultad de Medicina de Morehouse*

Kristine Day, MPH
*Asesora de Salud Pública, División de
Nutrición, Actividad Física y Obesidad;
Centro Nacional para la Prevención de
Enfermedades Crónicas y Promoción de
la Salud; CDC*

Bernadette Ford Lattimore, MPH
*Educadora de Salud Pública, División de
Nutrición, Actividad Física y Obesidad;
Centro Nacional para la Prevención de
Enfermedades Crónicas y Promoción de
la Salud; CDC*

Evaluadores, SME y asesores de la DDT

Bryce Smith, PhD, MSSW
*Jefe de la Subdivisión de Aplicación,
Educación sobre la Salud y Evaluación*

Kimberly Farris, PhD, MPH, MSW
Líder técnica, científica de salud

Gia E. Rutledge, MPH
Científica líder de salud

Timethia Bonner, DPM, PhD
*Becaria de Oak Ridge Institute for
Science and Education (ORISE)*

Ross Brown, MPH
Becario de ORISE

Rachel Blacher, MPH
Funcionaria a cargo de programas

Kai Stewart, PhD, MPH
Científica de salud

Bina Jayapaul-Philip, PhD
*Becaria de servicios sénior
(Senior Service Fellow)*

Yvonne Mensa-Wilmot, PhD, MPH
Científica de salud

Amy Bell, BS
*Representante del funcionario
de contrataciones, analista
de gestión y programas*

Maria Ayala-Perales, MS
Asesora de Salud Pública

Betsy Rodriguez, MSN, CDE
Asesora sénior de Salud Pública

David Ojeda, MS
Especialista en Comunicación de Salud

Equipo de Evaluación de RTI

LaShawn Glasgow, DrPH
Directora de proyecto

Cindy Soloe, MPH
Directora de proyecto adjunta

Katie Cullen, MEd
Administradora de proyecto

Laura Arena, MPH
Líder en funciones cualitativas

Kyle Emery, PSM
Analista de funciones cualitativas

Mihaela Johnson, PhD
Líder en funciones cuantitativas

Deborah Porterfield, MD, MPH
Asesora científica

Jim Emshoff, PhD
(Emstar Research)
*Facilitador del panel de expertos
y revisor*

Referencias

- ¹ Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., ... & Kolb, L. E. (2018). 2017 national standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator*, *44*(1), 35–50.
- ² CDC. (2017, June). About diabetes. Retrieved from <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html>
- ³ Beckles, G. L., & Chou, C. F. (2016). Disparities in the prevalence of diagnosed diabetes – United States, 1999–2002 and 2011–2014. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, *65*(45), 1265–1269. doi:10.15585/mmwr.mm6545a4
- ⁴ CDC. (2018). *Addressing health disparities in diabetes*. Last updated September 25, 2018. Retrieved from <https://www.cdc.gov/diabetes/disparities.html>
- ⁵ Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... Vivian, E. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*, *38*(7), 1372–1382. doi:10.2337/dc15-0730
- ⁶ CDC (2014, October). *Age-adjusted percentage of adults aged 18 years or older with diagnosed diabetes ever attending a diabetes self-management class, United States, 2000–2010*. Retrieved from https://www.cdc.gov/diabetes/statistics/preventive/fy_class.htm
- ⁷ Penman-Aguilar, A., Bouye, K., & Liburd, L. (2016). Strategies for reducing health disparities—selected CDC-sponsored interventions, United States, 2016. *MMWR*, *65*(Suppl 1), 1–69. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/su/pdfs/su6501.pdf>
- ⁸ National Institutes of Health, National Library of Medicine. (n.d.). Underserved health communities. Retrieved February 18, 2019, from <https://nnlm.gov/gmr/guides/underserved-health-communities>
- ⁹ McNall, M., & Foster-Fishman, P.G. (2007). Methods of rapid evaluation, assessment and appraisal. *American Journal of Evaluation*, *28*, 158–161.
- ¹⁰ Wazwaz, N. (2015, July 6). It's official: The U.S. is becoming a minority-majority nation. *U.S. News & World Report*. Retrieved from <https://www.usnews.com/news/articles/2015/07/06/its-official-the-us-is-becoming-a-minority-majority-nation>.
- ¹¹ American Diabetes Association. (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*; *41*(5), 917–928. <https://doi.org/10.2337/dci18-0007>
- ¹² CDC. (2017). *National Diabetes Statistics Report, 2017*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
- ¹³ Spanakis, E. K., & Hill Golden, S. (2013). Race/ethnic difference in diabetes and diabetic complications. *Current Diabetes Reports*, *13*(6). doi: 10.1007%2Fs11892-013-0421-9.
- ¹⁴ Li, R., Shrestha, S. S., Lipman, R., Burrows, N. R., Kolb, L. E., & Rutledge, S. (2014). Diabetes self-management education and training among privately insured persons with newly diagnosed diabetes—United States, 2011–2012. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, *63*, 1045–1049
- ¹⁵ Duncan, I., Birkmeyer, C., Coughlin, S., Li, Q., Sherr, D., & Booren, S. (2009). Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator*, *35*, 752–760
- ¹⁶ CDC. (1999). Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, *48*(RR-11), i–41.
- ¹⁷ Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- ¹⁸ Rojas Smith, L., Ashok, M., Morss Dy, S., Wines, R. C., & Teixeira-Poit, S. (2014). Contextual frameworks for research on the implementation of complex system interventions. *Methods Research Reports* (Report No. 14-EHC014-EF). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK196199/>