

Instituto Nacional de Endocrinología (INEN)

Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana

Dr. Rolando Suárez Pérez¹ y Rosario García González²

El mejor tratamiento de la diabetes mellitus (DM) pierde efectividad si la persona con la enfermedad no sabe cómo beneficiarse con este o no está motivada para responsabilizarse con su autocuidado diario.¹⁻² No obstante, a pesar del amplio reconocimiento de la educación como elemento esencial en el cuidado de las personas con DM, aún resulta difícil encontrar un servicio donde cuidado y educación se integren en una única acción (García R. Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral del paciente diabético. Reporte técnico de vigilancia. Unidad de análisis y tendencias en Salud 1997).

Para superar esta contradicción, el Centro de Atención al diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) desarrolló desde la década del 80 un programa de educación en diabetes (PED), cuya continua evaluación y perfeccionamiento han permitido el diseño de una estrategia interactiva con 3 principales líneas de acción: capacitación de los proveedores de salud para la educación en diabetes, educación del paciente y sus allegados, información a la población para evitar factores de riesgo y promoción de estilo de vida sano.^{1,2,3-6}

Las investigaciones realizadas en el CAD (centro de referencia nacional para la atención integral al paciente diabético)^{1-5,7-10} con el fin de evaluar dicho programa, mostraron su eficacia en el logro de los objetivos propuestos, pero no se puede olvidar que es en la atención primaria de salud, donde el mayor porcentaje de la población diabética recibe su cuidado y educación, por lo que era obligado extender esta experiencia hacia ese nivel de atención.

En este contexto, los investigadores del presente trabajo se plantearon las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál era la situación de educación al paciente en la atención primaria de salud (APS), cuáles sus dificultades y cuáles sus necesidades prioritarias?
- De acuerdo con esta situación ¿sería útil y factible la introducción del programa en los servicios de la atención primaria?
- ¿Se adaptaban los principios y métodos propuestos en el PED del INEN a las necesidades particulares de los servicios de la atención primaria donde predominan los diabéticos tipo 2 y con un promedio de edad que supera los 65 años?

Para responder estas interrogantes, en los años 90 se realizó una investigación-acción (García R. Elaboración de una estrategia de comunicación interactiva para la educación al paciente diabético adulto en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana, Cuba, 1994. Tesis con la que se obtuvo el Grado de Máster en Tecnología Educativa. Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa. México DF, 1995), cuyo diagnóstico nacional reveló como principales dificultades la falta de organización y de sistematización en las actividades de educación al paciente diabético, así como la ausencia de un documento que guiara la acción. También se encontró falta de capacitación de los proveedores de salud para educar y motivar al paciente en el autocuidado diario. Todo esto hacía que el resultado final fuera un paciente con determinada información sobre la diabetes pero que no sabía qué hacer prácticamente con esa información, y por tanto no influía en su control metabólico. Estos resultados permitieron presentar a la Comisión Nacional de Diabetes un proyecto de desarrollo para responder a las principales dificultades y necesidades encontradas durante dicho diagnóstico, en el cual quedó comprobada la utilidad, pertinencia y urgencia de llevar el PED del INEN a la APS, de establecer un proceso de capacitación a los proveedores de salud de ese nivel para el cuidado y educación al paciente, así como la necesidad de editar una guía metodológica,¹¹ que de forma sencilla y práctica guiara la acción educativa en esos servicios.

Si bien el diagnóstico nacional dio lugar al diseño de un proyecto de acción que respondiera a estas necesidades generales, la metodología propuesta en dicho diseño para la extensión paulatina del programa implicaba que cada municipio y área de atención realizara sus propios diagnósticos y plan de acción, que cumpliendo con los principios generales del plan de extensión garantizara el carácter participativo y la adaptación a las necesidades particulares de cada área.

El propósito del presente estudio es evaluar este proceso en la provincia Ciudad de La Habana antes y 4 años después de iniciada la extensión del PED a sus diferentes municipios, con el fin de determinar en qué cuantía se lograba la esperada influencia de la acción de extensión en un mejor desempeño de las actividades de educación en diabetes y mejores resultados en las personas con esta enfermedad.

Objetivos

1. Identificar las opiniones de los médicos y enfermeras de las diferentes áreas de atención sobre el problema de salud - diabetes y las acciones educativas para afrontarlo, antes y después de extender el PED.
2. Determinar cuáles eran las principales actividades que se realizaban en las áreas de salud para la educación al paciente diabético, antes y 4 años después de introducido el programa.
3. Determinar las nociones y opiniones que sobre su enfermedad tenían los pacientes diabéticos de las diferentes áreas de salud, antes y 4 años después de introducido el programa.

Métodos

El estudio consistió en una investigación de evaluación de carácter sucesivo (antes y 4 años después de iniciada la extensión del programa).

El universo de trabajo estuvo formado por las 83 áreas de atención de los 15 municipios de Ciudad de La Habana. Como parte de las acciones de extensión del PED en diabetes, todos los municipios fueron invitados a participar en el estudio, y las áreas de atención se iban incorporando de forma voluntaria. En cada área de atención incorporada se seleccionó, por muestreo aleatorio sistemático, 1 de cada 3 consultorios en los cuales se entrevistaron a los médicos y enfermeras, y una muestra representativa de su población diabética adulta, seleccionada por igual método aleatorio. Este tamaño de muestra fue establecido para tener similar distribución de selección en áreas de atención con diferente número de consultorios, y se corresponde con la metodología anteriormente empleada en el diagnóstico nacional (Investigación diagnóstica de la situación de educación en diabetes en la atención primaria de salud. En: García R. Elaboración de una estrategia de comunicación interactiva para la educación al paciente diabético adulto en la atención primaria de salud. Tesis para obtener el Grado de Máster en Tecnología Educativa. Ciudad de La Habana, 1994).

Criterios de exclusión

En el caso de la población diabética que formó parte del estudio, fueron considerados como criterios de exclusión tener 80 o más años de edad y/o presentar limitaciones para la comprensión o la comunicación (sordera, mudéz, retraso mental, trastornos psiquiátricos, etcétera).

Técnicas empleadas

Los proveedores de salud fueron entrevistados por residentes de segundo año de la especialidad de medicina general integral, adiestrados al efecto, para determinar la percepción que estos tenían sobre el problema de salud - diabetes y sobre la educación al paciente diabético en su área de atención, quienes hicieron énfasis en algunos aspectos de organización y capacitación del personal para el cuidado y educación de estos pacientes.

Las nociones y opiniones de los pacientes sobre su enfermedad y el servicio que reciben fueron recogidas mediante cuestionario creado al efecto. En todos los casos, el paciente recibió una explicación por parte del residente sobre cómo llenar dicho cuestionario. Si tenía capacidades para responderlo solo, se le dejó hacer. Si presentaba problemas visuales u otros para llenarlo por sí mismo, el residente fue leyendo las preguntas y marcando las respuestas que el paciente seleccionaba.

Descripción de las técnicas

La entrevista al proveedor de salud tuvo un carácter semiestructurado y directo. El cuestionario a los pacientes diabéticos fue directo y estructurado y los instrumentos utilizados fueron los mismos confeccionados y piloteados en el INEN, empleados también en el estudio diagnóstico nacional.

Diseño estadístico

Los datos son presentados en tablas de contingencia y gráficos, para cuyo análisis se utilizaron los

siguientes estadígrafos: moda, porcentaje, frecuencia, media y su desviación estándar. Las diferencias estadísticas fueron determinadas mediante la aplicación de las pruebas de Chi cuadrado y t de Student, y se aceptó $p < 0,05$ como nivel de significación.

Aspectos éticos

El director del área de salud fue informado sobre los objetivos del proyecto, sus beneficios, su procedimiento y la privacidad de la información recogida. Conoció que la investigación formaba parte de un estudio provincial y también que el objetivo de la acción era mejorar la educación del paciente diabético en el área, más que señalar deficiencias o hacer comparaciones entre áreas de salud diferentes.

La información derivada del estudio fue discutida, en primer lugar, con los administradores y proveedores de salud de dichas áreas, y en el informe final la situación fue presentada como un todo sin especificar dónde se encontraban las distintas dificultades locales. Si el director del área de salud aceptaba participar, firmaba el certificado de consentimiento. Una vez incorporada el área, los proveedores de salud de los consultorios seleccionados recibían similar información en reunión realizada al efecto y se respetaba su voluntariedad para participar en el estudio, lo que quedaba consignado con el consentimiento informado. Igual procedimiento se siguió con la muestra de personas con diabetes que formaron parte del estudio.

Resultados

Caracterización de los grupos participantes

Después de convocados todos los municipios de la provincia Ciudad de La Habana, 12 (80 %) hicieron efectiva su participación en el estudio. No obstante, al final del estudio los 3 municipios no incorporados al inicio participaban ya con algunas actividades. La tabla 1 muestra la frecuencia de áreas incorporadas al inicio del estudio por cada uno de los municipios, donde se destaca la participación de Cerro, Arroyo Naranjo, La Lisa y Boyeros.

Tabla 1. Frecuencia de áreas de salud incorporadas según municipios

| Municipio | Total de áreas | Áreas incorporadas | |
|-----------|----------------|--------------------|-------|
| | | No. | % |
| La Lisa | 5 | 3 | 60,0 |
| Marianao | 4 | 1 | 25,0 |
| Playa | 9 | 2 | 22,2 |
| Plaza | 7 | 1 | 14,3 |
| Cerro | 4 | 4 | 100,0 |

| | | | |
|-----------------------|---|---|------|
| 10 de Octubre | 8 | 3 | 37,5 |
| Arroyo Naranjo | 7 | 6 | 85,7 |
| Boyeros | 7 | 5 | 71,4 |
| Centro Habana | 5 | 2 | 40,0 |
| La Habana Vieja | 5 | 1 | 20,0 |
| Habana del Este | 8 | - | 0,0 |
| Regla | 2 | 1 | 50,0 |
| Guanabacoa | 3 | 1 | 33,3 |
| San Miguel del Padrón | 6 | - | 0,0 |
| Cotorro | 3 | - | 0,0 |

La muestra del total de las áreas incorporadas estuvo formada al inicio por 625 proveedores de salud y 2 171 personas con diabetes. Cuatro años más tarde, la muestra estuvo formada por 612 proveedores de salud y 2 432 personas con diabetes. El porcentaje de respuesta al inicio del estudio fue de 96,8 % en los proveedores de salud y 94,3 en personas con diabetes. Al final del estudio se obtuvo un 98 % de respuestas en los proveedores de salud y un 96,1 en las personas con diabetes. Las causas de no participación fueron vacaciones y viaje fuera de la provincia para los proveedores de salud, mientras que para los pacientes fueron viaje fuera de la provincia y 2 ingresos hospitalarios. En ningún grupo se encontró negación expresa de participar.

El grupo de los proveedores de salud integró a especialistas y residentes de medicina general integral y a técnicos y licenciados en enfermería. Como características generales de la población diabética predominaron el sexo femenino (68,9 %), el nivel medio de escolaridad (52,9), el tratamiento con compuestos orales hipoglucemiantes (62,6) y una media de 12 4,3 años de duración de la enfermedad.

Resultados derivados de la entrevista a los proveedores de salud

Al analizar las opiniones que tenían los proveedores de salud sobre el problema de salud - diabetes y las actividades de educación a personas con esta enfermedad, se encontró que mientras en el diagnóstico inicial solo el 82,4 % de los entrevistados consideraba la enfermedad como un problema de salud; 4 años más tarde todos la consideraban de esa manera.

La figura muestra la frecuencia de proveedores de salud que declararon conocer la existencia de normas nacionales para el cuidado de las personas con diabetes y en ella se observa un aumento significativo a favor del último momento del estudio ($p = 0,001$).

FIG. Frecuencia de proveedores de salud que declararon conocer las normas nacionales para el cuidado de las personas con diabetes.

También se observa un cambio significativo en la opinión que tenían los proveedores de salud acerca del conocimiento de sus pacientes sobre la enfermedad ($p = 0,00$) así como en las razones en que basaban su opinión. Al inicio del estudio, predominaba la opinión de que los pacientes tenían suficientes conocimientos sobre su enfermedad (45 %) pero no seguían las instrucciones recibidas, mientras al final el 67 % afirmaba que conocía sobre la enfermedad, lo que estaba avalado por pruebas de conocimientos aplicadas en cursos de información básica impartido a los pacientes y en los resultados de las reuniones continuadas para aprender a vivir con la diabetes (círculos del diabético).

Al inicio del estudio, el mayor porcentaje de proveedores de salud encuestados declaró que no sabía (78 %) o que no estaba definido (16,6) quién debía educar a la persona con diabetes, mientras que los resultados al final del estudio muestran que el 32 % mencionó al médico y a la enfermera y el 62,7 a todo el equipo de trabajo ($p = 0,000$) con una visión más adecuada sobre la definición de la responsabilidad del cumplimiento de esta tarea y un conocimiento generalizado (97,5) de la existencia de un programa de educación en diabetes que les resultaba útil para su cumplimiento. Con respecto a las opiniones sobre si realmente cumplían la tarea o no, al inicio del estudio el 68 % consideró que no la realizaba y el 23 que sólo la realizaba en parte. Al final del estudio el 73,2 declaró que la realizaba en parte, y el 13,5 totalmente ($p = 0,000$). Aunque todos los proveedores de salud declararon reconocer la importancia de la educación a personas con diabetes, al inicio del estudio sólo el 12,5 la declaró dentro de su plan de trabajo mientras que al final, 256 (42,6) expresó que estaba implícita dentro de sus tareas pero no aparecía en sus planes de trabajo.

Al inicio del estudio la frecuencia de proveedores de salud que habían recibido orientaciones concretas para educar al paciente diabético era de un 10 %, y se observó un aumento estadísticamente significativo ($p = 0,001$) a favor del momento final del estudio (90,5). Mientras al inicio sólo el 6,7 % declaró haber recibido curso para educar al paciente diabético, al final del 58,9 ya había participado en talleres para el cuidado y educación de las personas con diabetes ($p = 0,002$).

Sobre el tipo de actividades educativas realizadas y los medios auxiliares necesarios, se pudo constatar que al inicio predominaba la orientación de una consulta (71,4 %) mientras que al final había un significativo aumento de la educación en actividades de grupo (80,4), y una mayor utilización de los diferentes espacios educativos ($p = 0,001$).

El 100,0 % de los proveedores de salud declaró al inicio del estudio que no contaba con orientaciones escritas ni medios auxiliares para realizar las actividades educativas. Cuatro años más tarde, 532 (88,6) manifestó haber recibido la guía para educar a las personas con diabetes en la atención primaria de salud (12), el 60,8 de los proveedores entrevistados sugirió diseñar láminas y murales que les ayudaran en la transmisión del mensaje, mientras 65 (10,8) habían recibido materiales mediante las firmas farmacéuticas.

Igualmente se encontró que al inicio del estudio los proveedores de salud declararon, en un 100 %, que nunca les habían supervisado la labor de educación en diabetes y que sólo se les pedía el llenado de un modelo general donde se informaba el número de charlas educativas realizadas durante el mes. Al final

del estudio, 392 (65,3 % [$p = 0,000$]) declaraban que las actividades educativas en diabetes eran supervisadas por el endocrinólogo del municipio, la educadora municipal en salud o la responsable de esta tarea por el Centro Provincial de Educación y Promoción en Salud. Los anexos 1, 2 y 3 resumen el conjunto de actividades que durante el período estudiado fueron surgiendo en la provincia, como iniciativa de la introducción del programa de educación en diabetes.

Una vez respondidos el primer y segundo objetivos del proceso evaluativo, a continuación se procederá a presentar la información que responde al tercer objetivo de la investigación, y que muestra la influencia de estas acciones en las nociones y opiniones que sobre su enfermedad tienen las personas con diabetes que formaron la muestra del estudio.

Tanto al inicio como al final, el mayor porcentaje de los pacientes (1 325 [64,7]) al inicio y 2 130 (89,2 %) al final, declararon que para ellos era muy importante conocer sobre su enfermedad, pero con un aumento significativo ($p = 0,002$) al final del estudio. La tabla 2 refleja sus criterios sobre el grado de conocimiento que tienen sobre su enfermedad, donde se observa una significativa disminución ($p = 0,000$) de la frecuencia de personas con diabetes que declaran tener escaso o ningún conocimiento sobre ella.

Tabla 2. Distribución del grupo de pacientes según criterios sobre sus conocimientos en diabetes

| Criterios | Frecuencia de personas | | | |
|---------------------------|------------------------|------|-------|------|
| | Inicio | | Final | |
| | No. | % | No. | % |
| No conoce nada | 22 | 1,1 | - | - |
| No son suficientes | 1 478 | 72,2 | 563 | 26,4 |
| Conocimientos suficientes | 505 | 23,6 | 1 826 | 73,6 |
| No sabe decir | 43 | 3,1 | - | - |
| Total | 2 048 | 100 | 2 389 | 100 |

$P = 0,000$.

En la tabla 3 se puede observar el predominio de opiniones que tenían las personas con diabetes sobre los servicios y orientaciones que recibían, donde se constata un mejor estado de opinión al final del estudio.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según criterios sobre los servicios que reciben y las orientaciones que se les brindan

| | Inicio | Final | |
|--|--------|-------|-----------|
| | (%) | (%) | |
| Los médicos le explican | 64 | 93,9 | P = 0,000 |
| Le resulta fácil entender | 25,6 | 76,8 | P = 0,000 |
| Le indican glucemia solo si está descontrolado | 80,0 | 68,7 | P = 0,01 |
| Lo envían al oftalmólogo cuando tiene que graduarse la vista | 95,8 | 58,5 | P = 0,001 |
| Le revisan los pies cuando tiene problemas | 97,8 | 90,7 | NS |
| Lo pesan en cada consulta | 70,0 | 98,9 | P = 0,01 |
| Le toman la tensión arterial en cada consulta | 99,3 | 98,5 | NS |

NS: No significativo.

Discusión

Después de 15 años de una continuada labor de evaluación y perfeccionamiento del programa de educación en diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología^{1,3,5,9,12} y de haber realizado un estudio diagnóstico de carácter nacional sobre la situación de educación en diabetes en los servicios de la APS^{10,13} en el año 1996, nuestra institución obtuvo las acreditaciones correspondientes para proceder a la extensión de dicho programa al Sistema Nacional de Salud mediante la comisión nacional de diabetes y subordinado al programa nacional de diabetes.

Este proceso de extensión se inició simultáneamente en diferentes provincias del país, poniendo en práctica la filosofía de acción del proyecto de desarrollo planteado en el estudio nacional^{10,13} y surgido tras más de 20 años de trabajo continuado en el campo de la educación en diabetes, que se basaba, en primer lugar, en capacitar al proveedor de salud en los métodos y actitudes necesarias para afrontar la dimensión educativa del seguimiento a largo plazo.¹⁴⁻¹⁶

Los resultados de la evaluación del desarrollo de este proceso en la provincia Ciudad de La Habana mostraron, al igual que el estudio diagnóstico nacional,^{10,13} que antes de la introducción del programa de educación en diabetes, alrededor de un 20 % de los proveedores de salud no reconocían la DM como un problema de salud; un alto porcentaje desconocía la existencia de normas nacionales para el seguimiento de las personas con Diabetes; las opiniones sobre el grado y causa de comprensión y cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes se basaban en criterios subjetivos y la mayoría de los proveedores de salud no había recibido orientaciones concretas ni entrenamiento práctico para

desempeñar la labor educativa.

Por su parte, los resultados encontrados en la encuesta a personas con diabetes también fueron similares a los reflejados en el estudio nacional: un alto porcentaje de personas que declararon no tener conocimientos o serles insuficientes para el diario vivir con la DM y un alto promedio de error en las preguntas sobre diferentes aspectos del tratamiento.

Las acciones para la introducción del programa de educación en diabetes se centraron en el trabajo del médico y el enfermero del consultorio, interactuando con los grupos básicos de trabajo, los endocrinólogos y los educadores de salud del área (García R. De la aplicación práctica a la generalización teórica de un modelo de educación terapéutica. Tesis con la que se obtuvo el Grado de Dra. en Ciencias. Ciudad de La Habana, 2001) y comenzaron con la capacitación del proveedor de salud, directamente integrada a la práctica profesional,¹⁶⁻¹⁷ abarcando tanto la actualización clínica como el desarrollo de destrezas en la selección y puesta en práctica de las técnicas educativas orientadas en el programa de educación en diabetes^{17,18} con énfasis en la importancia de la experiencia diaria de la persona con esta enfermedad^{15,19,20} así como en las ventajas de la metodología interactiva en pequeños grupos,^{4,5,21,22} lo que da respuesta al importante reto de la dimensión educativa: superar el reduccionismo de un enfoque médico-asistencial para alcanzar un "saber hacer" más abarcador que incursione en los principios y métodos de las ciencias de la conducta para desarrollar una pedagogía y comunicación terapéutica que, tras la comprensión de la forma individual de enfocar la enfermedad, ayude a la persona a incorporarla de manera positiva como una condición más de su vida,¹⁶ donde la persona enferma es cuidadora y gestora de su proceso de salud.²³

La evaluación de los 4 años de introducción del programa de educación en diabetes en la provincia Ciudad de La Habana mostró, una vez más, que si bien hay innumerables enfermedades en las cuales la educación terapéutica puede cambiar significativamente la calidad de los servicios y la calidad de vida de los pacientes,²⁴ esta acción debe iniciarse con la capacitación del proveedor de salud, apoyándose tanto en la motivación como en la exigencia administrativa;^{17,18} así, en el caso que nos ocupa se logró que al final del estudio hubiera una completa incorporación de los municipios, un significativo aumento de la comprensión del problema por parte del número de proveedores de salud entrenados para la tarea y una mejor organización y mayor grado de creatividad en la planificación de las actividades educativas con pacientes, donde se destacan la realización periódica de cursos de información básica para personas con diabetes y sus familiares, la organización de los círculos del diabético como proceso de educación continuada y la creación de la consulta municipal interdisciplinaria (Prevost S, Duperrin V, delassus JL, Malbec D, Boudon P. Proceedings: 1er. Congrès National de Nantes, France. Observance thérapeutique dans les maladies chroniques. Oct 2000.p.6).

Todos estos logros derivaron, a su vez, una significativa mejoría en los resultados en las personas con diabetes, quienes al final del estudio reflejaban una significativa disminución de la frecuencia de errores en las preguntas sobre diferentes aspectos del tratamiento y un mejor nivel de comprensión sobre su enfermedad.

La encuesta final a personas con diabetes también permitió constatar algunos avances en el cumplimiento de las normas por parte del personal de salud, como la frecuencia de indicación de la glucemia, remisión al oftalmólogo y toma del peso corporal y la tensión arterial, y se mantuvo como punto débil la revisión de los pies, talón de Aquiles de la persona con diabetes y elemento que en estudios anteriores^{25,26} mostraba iguales deficiencias y consecuencias desastrosas en estos pacientes.

Los objetivos, a corto plazo, de la educación en diabetes (capacitación del proveedor de salud para la tarea educativa y mejor organización - efectividad de la educación a diabéticos) fueron logrados en un buen porcentaje y la estructura creada para continuar reforzando la acción por la vía administrativa en las áreas más rezagadas, lo que continuará su evaluación mediante los talleres bienales para evaluar la implementación del programa en la provincia.

La continuidad y el fortalecimiento de estas acciones en todas las áreas de salud de la provincia constituirán la vía más factible para una etapa superior en los resultados: una mayor adhesión al tratamiento, una normalización de las cifras medias de glucemia, una disminución del uso de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios y una mejor calidad de vida para las personas con diabetes, tal como se ha logrado en los grupos estudiados en el CAD del INEN.^{1,2,3,5-7,9}

Se concluye que la extensión del programa de educación en diabetes a la provincia Ciudad de La Habana logró un significativo cambio en las opiniones de los proveedores de salud sobre el problema de salud - diabetes y las acciones educativas para afrontarlo, al constatarse un aumento de las actividades educativas a personas con diabetes y un mayor conocimiento de la guía metodológica para la educación al paciente en la atención primaria de salud.

Las personas con diabetes cambiaron significativamente sus opiniones sobre los servicios recibidos y aumentaron sus conocimientos sobre diferentes aspectos del tratamiento.

Recomendaciones

Se recomienda mantener la supervisión y el control de estas actividades, reforzar la acción en las áreas y municipios que reflejaron menor participación en el presente trabajo y promover estudios similares en otras provincias que contribuyan a la formación de una visión general sobre la marcha y la eficacia del programa a nivel nacional.

Agradecimientos

A todos los proveedores de salud participantes en el estudio por la dedicación, seriedad y constancia con que afrontaron sus responsabilidades para la realización de esta investigación; las personas con diabetes que formaron parte de la muestra, cuya comprensión y participación era imprescindible para obtener estos resultados y quienes mostraron, una vez más, su disposición a colaborar con el sistema de salud para recibir una mejor calidad en los servicios; a los miembros de la organización *Help for Diabetics - Worldwide Association*, Alemania, por el apoyo financiero brindado para la realización del estudio.

Anexos

Actividades surgidas como iniciativa de la introducción del programa:

1. Para la capacitación de los proveedores de salud

| | |
|--|--|
| Talleres municipales | Los realizaron 14 de los 15 municipios |
| Talleres locales | Se realizaron en 6 (40 %) de los municipios |
| Trabajos de terminación de residencia (TTR) de MGI | 25 para el diagnóstico de la situación; 23 para evaluar los resultados del curso de información básica |
| Diplomado | Surge a solicitud de los proveedores del curso de información básica de salud de la APS. Se han realizado 4 convocatorias con 41 graduados |

2. Para mejorar la organización de las actividades

| | |
|--|---|
| Reuniones regionales para el control del desarrollo del programa | Iniciativa del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud |
| Taller provincial bienal de evaluación de la marcha del programa | Se celebra cada 4 meses, dividido en 4 regiones: norte, sur, este y oeste. Se realizaron los 2 correspondientes a los 4 años estudiados |

3. Para mejorar el cuidado y la educación de las personas con diabetes

| | |
|---------------------------------------|---|
| Consulta municipal interdisciplinaria | En 11 (73,3 %) de los municipios existentes |
|---------------------------------------|---|

| | |
|---|--|
| Creación de los círculos de diabetes | Modalidad para el proceso de educación continuada en las áreas de atención, la cual funciona en 5 (33,3 %) de los municipios |
| Actividades por el Día Mundial de la Diabetes | Se incorporan los 15 municipios con actividades educativas, recreativas y de difusión masiva |

Referencias bibliográficas

1. García R, Suárez R, Gómez J, Romero MI, Portilla L. Educación interactiva vs educación convencional en diabéticos insulino dependientes. Rev Española Av Diabetol 1994;9:45.
2. García R, Suárez R. Diabetes education in the elderly: Impact on quality of life. A 5-years follow-up. Patient educ counseling 1994;23(Suppl 1):21.
3. _____. Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. Patient Educ Counseling 1996;29:87.
4. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Comunicación y educación interactiva. Una metodología alternativa en los programas de salud. Rev Panam Sal Púb 1997;2:32.
5. García R, Suárez R. Programa de educación en Diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología (Cuba). Evaluación de su impacto en la calidad de vida del paciente. Rev Asoc Latinoam Diabetes 1995;3:101.
6. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Programa de educación en diabetes Mellitus, del Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba. Una estrategia de comunicación interactiva. Rev Asoc Latinoam Diabetes 1993;1:111.
7. García R, Suárez R. Guía para la educación al paciente diabético. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 1992.p.9.
8. _____. Diabetikerschulung und was dann? Interaktives lernen oder Einzelberatung in der Diabetikerbetreuung. In: Chantelau E Ed. Diat dilemma. Die Deutsche Bibliothek. Deutschland: Verlag, Kirchem Maing;1993.p.171.
9. _____. Continuous care and education for type 1 diabetic patients. One to one consultations or group sessions? Diabetología 1999;42:A256-967.
10. García R, Suárez R, Peralta R. Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad. Rev Cubana Endocr 1996;7:15.
11. García R, Suárez R. Guía para la educación al paciente diabético no insulino dependiente en la atención primaria. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana 1996:17.
12. García R, Suárez R. La educación en diabetes en Cuba. Retrospectiva de las tres últimas décadas. Rev Cubana Endocr 1999;10(Suppl):9.
13. _____. Diagnóstico de la situación de educación en diabetes en la Atención Primaria. Rev Cubana Endocr 1997;8:65..
14. _____. Capacitación de los proveedores de salud en el cuidado y la educación del paciente

- diabético. Estrategia Nacional dentro del Programa Educativo del Instituto Nacional de Endocrinología en Cuba. Rev Asoc Latinoam Diabetes 1995;3:100.
15. Lacroix A, Assal J Ph. Therapeutic Education of patients. New approaches to chronic illness. Paris: Ed. Vigot 2000.p.149.
 16. García R. Suárez R. La dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocr 2001;12:3.
 17. _____. Educating diabetes educators. An interactive methodology and an interdisciplinary team. Patient Education and Counseling 1994;23 (Suppl 1):S78.
 18. _____. National Network for training diabetes educators. The Cuban Diabetes Education Program. Patient educ counseling 1994;23(Suppl 1):S78.
 19. Lacroix A, Jacquemet S, Assal JP, Benroubi M. The patient's voice: testimonies from patients suffering from chronic disease. Patient educ counseling 1995;26:223.
 20. Phipps J. Patients can educate doctors about long-term disease. BMJ 1999.p.319.
 21. Degive C, Guyot JP, Kos I, Jotterand S. Soins psycho-sociaux en Médecine: la consultation conjointe. Geneva University Hospital; 1997. Cahiers psychiatriques No. 22.
 22. Brown SI. Motivation strategies used by dieticians to counsel individuals with diabetes. The Diabetes Educator 1998;24:313.
 23. Lacroix A, Jacquemet S, Assal J Ph. Thérapie et pédagogie. Le valeur ajoutée de la therapie. The DESG Teaching Letters. In: Diplôme continue en education thérapeutique du patient. Recueil de texts. Module 5. Enseigner de manière interactive en tenant compte du patient dans sa globalité (Volée 1998-2001).p.218.
 24. Valverde MA, Patin RV, Oliveira FL, López FA, Vitolo MR. Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. Int J Obes Relat Metab Disord 1998;22:513.
 25. White MC, Tulsy JP, Reilly PK, Mc Intoch HW, Hoyness TM, Goldensen J. A clinical trial of a financial incentive to go to the tuberculosis clinic of isoniazid after release from pact. Int J Tuberc Lung Disease 1998;2:506.
 26. Suárez R, García R, Álvarez R, Edreira J. Conocimientos sobre diabetes en un grupo de pacientes diabéticos amputados. Rev Asoc Latinoam Diabetes 1995;3: 100.

Recibido: 22 de abril de 2005. Aprobado: 25 de mayo de 2005.

Dr. *Rolando Suárez Pérez*. Instituto Nacional de Endocrinología, Zapata y D, Ciudad de La Habana, Cuba. Email: rsuarez@inend.sld.cu

¹ **Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Endocrinología.**

² **Doctora en Ciencias. Socióloga.**