

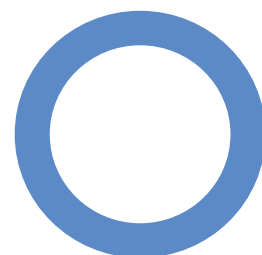
A CALL FOR CO-RESPONSIBILITY: SHIFTING THE HEALTHCARE PARADIGM FOR DIABETES MANAGEMENT

Document authored by the Taskforce to Strengthen Co-Responsibility among Primary Healthcare Users and Providers: an Approach to Type 2 Diabetes and other Non-Communicable Diseases in Latin America.

FUNDACIÓN
Carlos Slim

the *Lilly*
NCD
partnership

FUNDACIÓN
idea



A CALL FOR CO-RESPONSIBILITY: SHIFTING THE HEALTHCARE PARADIGM FOR DIABETES MANAGEMENT

Document authored by the Taskforce to Strengthen Co-Responsibility among Primary Healthcare Users and Providers: an Approach to Type 2 Diabetes and other Non-Communicable Diseases in Latin America.

A call for co-responsibility: shifting the healthcare paradigm for diabetes management

Copyright 2015

© Fundación Carlos Slim
© Eli Lilly y Compañía de México
© Fundación IDEA

Lago Zurich No. 245, Edificio Presa Falcón, Piso 20,
Col. Ampliación Granada,
C.P. 11529, México, Distrito Federal
www.fundacioncarlosslim.org

Barranca del Muerto 329 Piso 1,
Col. San José Insurgentes,
C.P. 03900, México, Distrito Federal
www.lilly.com.mx

Leibnitz # 20, Piso 11,
Col. Anzures,
C.P. 11590, México, Distrito Federal
www.fundacionidea.org.mx

This report is a product of the Taskforce's efforts and its content was determined by consensus. The ideas within do not necessarily represent the views of each Taskforce member nor specific organizations they may belong to.

Neither this publication nor parts of it may be reproduced in any form or by any means without the permission of the authors.

Carlos Slim Foundation and Eli Lilly and Company Disclaimer

The "Taskforce to Strengthen Co-Responsibility among Primary Healthcare Users and Providers: an Approach to Type 2 Diabetes and other Non-Communicable Diseases in Latin America" is funded by Eli Lilly and Company (Mexico) and the Carlos Slim Foundation. The content has been generated in public interest and for the well-being of society. Lilly and the Carlos Slim Foundation were not involved in the creation of this content and the views expressed are participants' own independent views. This shall in no way be considered a substitute to any personalized advice of healthcare providers on the disease state of an individual. Lilly and The Carlos Slim Foundation make no representations or warranties of any kind, express or implied, in relation to the content and the views posted thereon and shall not bear any liabilities that may arise out of the use or misuse of this information.

FUNDACIÓN
Carlos Slim

the *Lilly*
NCD
partnership

FUNDACIÓN
idea

Acknowledgements

The coming together of the “Taskforce to Strengthen Co-Responsibility among Primary Healthcare Users and Providers: an Approach to Type 2 Diabetes and other Non-Communicable Diseases in Latin America” was made possible through the generosity and leadership of the Lilly NCD Partnership and the Carlos Slim Foundation. The Taskforce is particularly grateful for the confidence and support of Roberto Tapia, Ricardo Mújica, Héctor Gallardo, Rodrigo Saucedo and Paola Abril Campos from the Carlos Slim Foundation as well as Almudena Suárez and Lucía Guajardo from Eli Lilly.

The coordination and technical assistance of the Taskforce was executed by Fundación IDEA through the supervision of Braulio Torres, general management of Jessica Beitman, research and analysis of José Pablo Brown and Elena Atkinson, and support of Úrsula Quijano. The compilation and editing of the present document was a result of the collaboration of the abovementioned team members. We would like to express our sincere gratitude to Fundación IDEA for contributing a public policy perspective to the discussion.

Four members of Mexican civil society, Asociación ALE, Fundación Mídete, the Mexican Association for the Fight Against Cancer and the Mexican Diabetes Federation, operated as friends of the Taskforce by providing useful input and guidance. Their contribution incorporated a highly valued local perspective and is deeply appreciated.

The Taskforce wishes to thank all contributors and reviewers for their input and collaborative spirit.





Table of Contents

Acknowledgements	
Practical considerations	6
1. Introduction	7
2. Methodology	8
3. Hurdles and Solutions to Adopt a Healthcare Model Based on Co-Responsibility	10
3.1. Executive Summary	10
3.2. Hurdles, Solutions, Practical Tools, Potential Impact and Limitations	12
I. General Approach to Diabetes Management	12
II. Social Component of Diabetes	14
III. Knowledge and Skills	16
IV. Diabetes-Related Emotional Aspects	19
V. Patient-Provider Relationship	22
VI. Composition of Healthcare Team	24
VII. Impetus to Change	26
3.3. Final Considerations	28
4. Call to Action	29
5. About the Taskforce Members	30
References	39

Practical considerations

In this section, the Taskforce presents certain semantic concerns as well as standardized vocabulary that will be used throughout this document:

The ideas presented in this document are mainly focused on changing the traditional model of healthcare for Type 2 Diabetes Mellitus (referred to as “diabetes” throughout this document). However, these ideas may apply to other Non-Communicable Diseases (NCDs) such as hypertension and obesity. This is particularly relevant considering the fact that people with diabetes may, and frequently do, present other conditions simultaneously.

This document analyzes how to promote a co-responsible management of diabetes and other conditions during the provision of primary care. Although the Taskforce recognizes the importance of addressing further dimensions—such as promoting a healthier environment at schools and cities, or providing clear information through food labeling—these go beyond the scope of this document. Due to the direct and constant patient contact available at primary care centers, all recommendations in this document on how to promote co-responsibility are directed toward the first level of care.

This document refers to the people with diabetes and/or other NCDs as patients, particularly when they operate within the context of the healthcare system. Even though this concept may have certain implications that do not represent the approach of the Taskforce—such as expecting the person with the condition to be patient or passive—this word facilitates communication and is widely used in literature as part of broader concepts (for example, “patient-centered care” or “patient-centered education”).

Healthcare teams may be composed of different professionals according to each system, area or healthcare center. Nonetheless, the concept of a “healthcare professional” (HCP) used throughout this document refers to professionals with formal training in health concepts who interact with patients at healthcare centers. These are usually physicians and nurses, but may also include other health professionals, such as nutritionists, psychologists and health promoters and physical activity specialists. Pharmacy clerks, lab technicians or administrative staff are not included when referring to HCPs.

This document presents “hurdles” as well as recommendations to overcome them. Although “barriers” is somewhat more common terminology for healthcare systems around the globe, we use the word “hurdle” in this document. We did so because we feel that it accurately represents certain issues as obstacles, but as obstacles that are meant to be overcome.

1. Introduction

The current healthcare model based on the treatment of communicable diseases is unable to control the dangerous and costly growing epidemic of non-communicable diseases.

Non-communicable diseases (NCDs) are the main challenge for healthcare systems around the globe.¹ Mexico and Latin America are no exception. There are 25 million people living with diabetes in Latin America—8.1% of the total adult population—and this prevalence is expected to increase to 9.8% by 2035 (International Diabetes Federation, 2014). In Mexico, 9.2% of the adult population has diabetes, an increase of 31% since 2000 (Gutiérrez, et al., 2012); estimations predict that the prevalence will grow to 15.18% by 2035 (International Diabetes Federation, 2014).

The management of NCDs, especially diabetes, overtasks and overloads current healthcare systems. Mexican healthcare institutions spend an average of \$707 USD per year to care for a person with diabetes (Arredondo & Aviles, 2014).² This is aggravated if the person develops complications: depending on the complication, the cost for the healthcare system may increase a further 56%.³ Diabetes, along with cardiovascular diseases and obesity, is the cause of 30% of medical consultations requested by Mexicans over fifty years old (Gutiérrez, et al., 2012).

If healthcare systems do not react to the challenge presented by diabetes, countries worldwide will face more poverty, loss of human capital, financial stress and an unquantifiable amount of social suffering.⁴ The traditional healthcare model has been unable to keep pace with the epidemic of diabetes. Unlike most common diseases a century ago, diabetes is a condition that cannot be cured with a specific medication or therapy. It can only be managed by reducing symptoms or by slowing physiological processes in order to prevent or delay complications. Patients with diabetes require unique types of interactions with their HCPs as well as specialized services from the healthcare system. Diabetes management is a complex process that depends on HCP advice, and probably to a larger degree, the patient's own lifestyle. Without adequate collaboration, patients will not see improvements in affective-cognitive, behavior and physiological outcomes. Therefore, it is essential that people with diabetes and other NCDs are integrated as key actors in the healthcare team.

In order to address the diabetes and NCD epidemic, healthcare systems should lead the way in changing the current paradigm of healthcare provision. In addition, they must offer people with diabetes and other NCDs the necessary information and support to make informed decisions, as well as ongoing services needed for effective self-management. Due to their direct and constant contact with patients, primary healthcare systems must be at the core of NCD management.⁵

¹ Data from The Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) shows that for communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders, global disability-adjusted life-years (DALYs) numbers, crude rates, and age-standardized rates have all declined between 1990 and 2013, whereas for non-communicable diseases, DALYs have been increasing worldwide (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015).

² In 2012, the cost of diabetes represented 0.74% of Mexico's Gross Domestic Product (GDP), absorbing almost a sixth of the total expense in prevention and treatment of chronic diseases, emergencies, family planning and other health-related expenses. The cost of diabetes was bigger than the total budget for social development (0.71% of GDP) and of the federal expense on science and technology (0.44% of GDP) (Fundación IDEA, 2014).

³ The average cost for the management of a diabetes case within Mexican Healthcare Institutions is \$707.33 USD per year for patients without complications, \$884.17 USD per year for patients who develop peripheral vascular disease, \$933.68 USD per year for patients who develop neuropathy, \$947.83 USD per year for patients who develop cardiovascular complications, \$1,004.41 USD per year for patients who develop ophthalmic complications, and \$1,103.44 USD per year for patients who develop renal complications (Arredondo, 2015).

⁴ Current demographics mask the full effects of the obesity and diabetes pandemic. Latin America is significantly younger than the OECD average. Without major changes to the way systems deliver care, costs associated with chronic conditions will increase dramatically as the population ages. Additionally, if further chronic-condition-driven complications arise these will compound the normal effects of a doubling or tripling of healthcare consumption due to aging. (Francis, et al., 2012). The global health expenditures for diabetes in 2030 will be 30–34% larger than those of 2010. However, the rate of growth in diabetes expenditure will vary by region. The developing countries will have a twenty-year growth rate of 67% while the developed countries will have a rate of 27% (Zhang, et al., 2010).

⁵ Efficient use of limited health care resources, sustainable health financing mechanisms, access to basic diagnostics and essential medicines, and organized medical information and referral systems are imperative for universal coverage for people with and at risk of NCDs. They require long-term care that is proactive, patient-centered, community-based and sustainable. Such care can be delivered equitably only through health systems based on primary health care (PHC) (World Health Organization, 2010).

2. Methodology

As an effort to find solutions to the hurdles presented by diabetes, the “Taskforce to Strengthen Co-Responsibility among Primary Healthcare Users and Providers” was created in March of 2015. Its main objective was to generate a space where experts from around the world and from different areas—private and public sectors, as well as academia and civil society—could interact. The end goal was to identify how co-responsibility can be defined, composed, implemented, evaluated and promoted in Mexico and Latin America.

The selection of the members of the Taskforce was based on specific knowledge and areas of expertise, which included: healthcare systems in Latin America, diabetes management and/or concepts similar to co-responsibility, such as patient empowerment.⁶ The Taskforce’s Chair and Co-Chair—two experts with vast academic and practical experience in improving diabetes management—guided this process.

To facilitate the collaboration between its members, the Taskforce was divided into four groups, each with a specific topic area: defining the concept of co-responsibility, identifying co-responsibility metrics, analyzing strategies to encourage co-responsibility, and exploring alternatives to involve family and friends. The following chart presents the complete list of Taskforce members with their corresponding working group:

MEMBERS OF THE “TASKFORCE TO STRENGTHEN CO-RESPONSIBILITY AMONG PRIMARY HEALTHCARE USERS AND PROVIDERS”			
Martha M. Funnell , University of Michigan (USA) Chair			
Fabiola Prado , Diabetcentro (Guatemala) Co-Chair			
	GROUP 1: THE CONCEPT OF CO-RESPONSIBILITY		GROUP 2: EVALUATION AND APPRAISEMENT OF CO-RESPONSIBILITY
Angela Spatharou , McKinsey & Company (Greece, Mexico) Domingo Orozco , Cabo Huertas Health Center (Spain) Linda Siminerio , Pittsburgh University (USA) Marina Rull , National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán (Mexico) Miguel Escalante Pulido , Western National Medical Center, Mexican Institute of Social Security (Mexico)		Gretchen Piatt , University of Michigan (USA) Heloisa De Carvalho Torres , Federal University of Minas Gerais (Brazil) Judith Heichelheim , Population Services International (USA) Richard Holt , University of Southampton (UK) Sergio C. Hernández , National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán (Mexico)	
	GROUP 3: STRATEGIES TO EFFECTIVELY ENCOURAGE CO-RESPONSIBILITY FROM THE PRIMARY HEALTHCARE SYSTEM		GROUP 4: FAMILY AND FRIENDS’ INVOLVEMENT IN CO-RESPONSIBILITY
Ann Albright , National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (USA) Antonio Heras , Mexican Institute of Social Security, IMSS-Prospera (Mexico) Deborah Klein Walker , Abt Associates (USA) Jesús F. González Roldán , Ministry of Health National Center of Preventive Programs and Diseases Control (Mexico) Jaime Mañalich , Institute of Public Health Policy, San Sebastian University (Chile) Victoria A. Rajme , Salud, Educación y Creatividad (Mexico)		Edwin B. Fisher , University of North Carolina (USA) Felipe Vázquez , Mexican Health Ministry (Mexico) Jaspal Sandhu , Gobee Group (USA) Lawrence Fisher , University of California, San Francisco (USA) Teresa Terrén , Fundación Más que Ideas (Spain)	

(IN ALPHABETICAL ORDER BY FIRST NAME)

⁶ Perhaps the greatest limitation of the Taskforce was that it did not include any patients with diabetes or any representatives of a diabetes patient group as a Taskforce member. Although efforts were made to include Mexican patient groups, none were identified that focused on Type 2 Diabetes and were able to represent the complete perspective of Mexican patients. Future gatherings of experts should seriously consider the need to include a greater proportion of patients or patient group representatives.

The Taskforce occurred in three main phases, with a parallel literature review accompanying the entire process:

1. Preliminary identification of concerns and key ideas: all Taskforce members were invited to provide initial thoughts regarding their respective topic of discussion. This process was based on a set of guiding questions designed to identify each member's initial ideas and key concerns.

2. Discussion and analysis: a preliminary discussion paper was distributed among the Taskforce members in order to catalyze discussions around each topic. This discussion took place through written feedback, remote conference calls during June and July, and at an event in Mexico City held on August 6th, 2015.

3. Prioritization of recommendations and dissemination of conclusions: the Taskforce identified the main hurdles for the adoption of co-responsibility in the primary healthcare system in Mexico and Latin America and offered key proposals on how to overcome each one. The key findings, recommendations, and past experiences of the Taskforce up until August 2015 are contained in the present document.



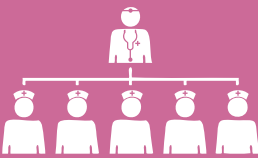
3. Hurdles and solutions to adopt a healthcare model based on co-responsibility

3.1. Executive Summary

Various hurdles must be addressed and overcome in order to develop a healthcare model based on co-responsibility. To truly position co-responsibility at the forefront of diabetes care, all solutions must be comprehensive as well as regarded as equally important. The Executive Summary, below, broadly summarizes hurdles and solutions. Following the summary, detailed descriptions of the hurdles and solutions are presented, as well as practical tools drawn from literature and previous experiences. The list of practical tools and solutions is not exhaustive, but it serves as a useful and practical reference on how to encourage co-responsibility from the first level of care. Finally, a balance between positive impact and limitations is made.



Executive Summary of Hurdles and Solutions

	 HURDLE	 SOLUTION
GENERAL APPROACH TO DIABETES MANAGEMENT 	I. Diabetes is regarded as a disease, not a condition The traditional healthcare model has been unable to keep pace with the diabetes epidemic mainly because it treats it as a disease, not a condition. Diabetes requires ongoing and comprehensive management.	A shift toward a paradigm of co-responsibility Co-responsibility is both a process and an outcome. It seeks to establish a symmetrical relationship between health professionals and healthcare system users where they both recognize their specific duties in the management of an NCD. It takes into account all psychosocial, behavioral and clinical aspects that surround NCD management, including the recognition and use of personal and community support networks as facilitators of such task.
SOCIAL COMPONENT OF DIABETES 	II. Diabetes is a socially transmittable condition Habits and traditions are shared across families, communities and cultural groups, which may include risk factors for the development of diabetes.	Social approach to the management of diabetes A person with diabetes should have the knowledge and skills to benefit from his or her social environment, or at least minimize the consequences of non-supportive behaviors. Support networks must be established and trained to prevent, delay the onset of, or manage diabetes.
KNOWLEDGE AND SKILLS 	III. Many patients and healthcare professionals lack sufficient diabetes management knowledge and skills Self-management skills among people with diabetes and their family members are often lacking. Among HCPs, deficiencies are more common in effective communication and behavioral skills, and in knowledge of evidence-based NCD treatments.	Formal education with a 360° approach Formal health-related education must be offered for people with diabetes, their families and HCP, including information and knowledge as well as practical skills. HCP must first be educated in patient communication skills, and then adequately trained to deliver educational information to fortify co-responsibility in their patients.
DIABETES-RELATED EMOTIONAL ASPECTS 	IV. Neglect of emotional aspects of care Psychosocial concerns act as a barrier for diabetes management. The traditional healthcare model tends to neglect feelings and emotions, as they are considered irrelevant and outside the scope of medical care. Moreover, mental health conditions, such as disease-related distress, anxiety and depression, are very common among people with diabetes. These inhibit co-responsibility and are directly and indirectly linked to poor outcomes.	Address and support emotions and psychosocial aspects of the condition Care provided at the first level of care must address emotional, and psychosocial concerns in order to improve outcomes. HCP should provide resources, tools and referrals to their patients so that people with diabetes are better able to better manage their condition.
PATIENT-PROVIDER RELATION 	V. Care imposed from the top-down Some physicians have a vertical approach to healthcare provision, which may result in an imposed or patronizing approach to diabetes management.	Symmetric approach to care Change traditional clinical visits to include the patient as an equal partner in the management of his or her condition, promoting a co-responsible approach to healthcare.
COMPOSITION OF HEALTHCARE TEAM 	VI. "Almighty physicians" Latin American cultural stereotypes often perceive a physician as the only important role in patient care, at times un-questionable. This can generate an asymmetrical relation between physicians and patients, as well as between physicians and the rest of the healthcare team. This can inhibit comprehensive, team-based patient care and co-responsibility.	Diversification of care All healthcare personnel, especially nurses, must be included in co-responsible management of diabetes. This will improve the provision of care by removing existing health care system barriers that stand between a patient and their healthcare team.
IMPETUS TO CHANGE 	VII. Lack of motivation for change Some patients and HCPs lack the motivation to change current practices, either because of lack of understanding of the evidence, comfort with current practices, inertia, complex processes that are difficult to tease apart, or fears of incurring extra time and/or financial costs.	Incentivize healthcare Redesign healthcare structures to include non-monetary incentives as a motor for the adoption of co-responsibility. Incentives should be positive and based on systemic evaluation.

3.2. Hurdles, Solutions, Practical Tools, Potential Impact and Limitations



I. GENERAL APPROACH TO DIABETES MANAGEMENT



Description of hurdle: Diabetes is regarded as a disease, not as a condition

The traditional healthcare model has been unable to keep pace with the diabetes epidemic, mainly because the system treats diabetes as a disease and not as a condition. As diabetes requires ongoing and comprehensive, whole-person care, it is fundamental that patients learn how to both live with and effectively manage diabetes in order to improve their quality of life and reduce the risk of long-term complications.



Solution proposed: A shift toward a paradigm of co-responsibility

Co-responsible management of a condition increases treatment effectiveness. Even though in some cases complications or consequences of diabetes—such as amputations, blindness, nerve pain or heart disease—cannot be completely avoided, the risk of developing them may certainly be lowered through co-responsibility. Moreover, quality of life for the patient and his or her family can improve. Healthcare systems, HCPs, patients and their families must shift their traditional approach to diabetes management towards the adoption of co-responsibility. The Taskforce has defined the concept as the following:

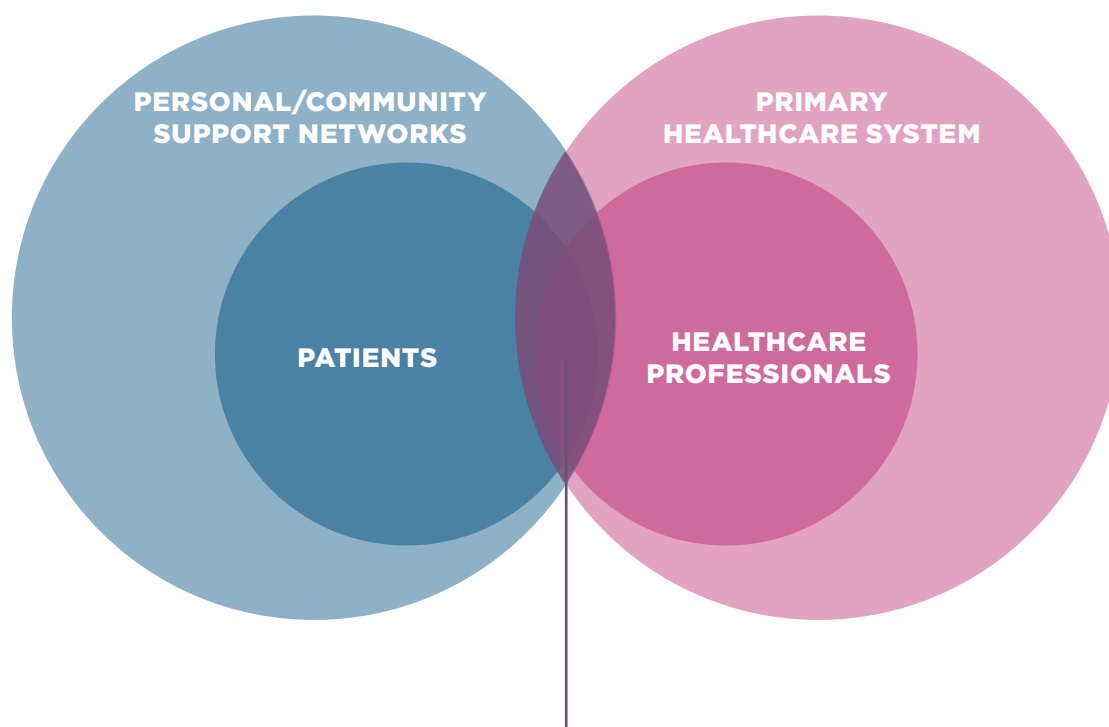
Co-responsibility is both a process and an outcome. It seeks to establish a symmetrical relationship between health professionals and healthcare system users where they both recognize and agree to their specific duties in the management of an NCD. It takes into account all psychosocial, behavioral and clinical aspects that surround NCD management, including the recognition and use of personal and community support networks as facilitators of this task.

People who seek healthcare system services for diabetes or other NCDs must have the ability to collaborate with their providers, make informed self-management decisions, set and achieve goals, cope with psychosocial implications, gain family support, act as part of a community, and also be capable of demanding their given rights.

HCPs must recognize the patient as an equal in the management of their condition, and facilitate shared decision-making, while taking into consideration the patient's priorities, fears, day-to-day uncertainties and characteristics that arise from their social context. In addition, HCPs should meet quality standards for NCD care and patient education and perform NCD management as part of inter- and trans-disciplinary care teams.

The primary healthcare system must facilitate co-responsibility by providing access to patient-centered education, promoting personal and community networks of support, offering the necessary infrastructure and human resources, and developing a structure that offers incentives for the adoption of co-responsibility. Personal and community support networks are essential as they are tools that facilitate the adoption of co-responsibility.

RELATION BETWEEN THE DIFFERENT STAKEHOLDERS INVOLVED IN ADOPTING AND FACILITATING CO-RESPONSIBILITY



Co-responsibility is facilitated through the interaction between patients and HCPs. Personal and community networks provide support to strengthen a co-responsible management of diabetes. The primary healthcare system must provide the conditions to facilitate such process.

It is important to consider that co-responsibility is not a status that a patient achieves permanently, but an ever-changing status that requires constant maintenance. Hence, its adoption must be viewed as a on-going process and not as a goal to be achieved through a one-time intervention. Since living with diabetes also implies growing old with diabetes, co-responsibility calls for a long-term approach to the management of this condition.



Limitations of proposal

An important shift in the traditional healthcare paradigm is required for the adoption of co-responsibility, and it is natural that this process will face several obstacles and oppositions due to stigmas, cultural limitations or political interests. In addition, HCPs and health systems are often slow to change and to adopt new care paradigms. Nonetheless, the threat that diabetes and other NCDs represent is colossal and urgent, and immediate change is required. The definition offered by the Taskforce is an opportunity to unify how different stakeholders see co-responsibility.



II. SOCIAL COMPONENT OF DIABETES



Description of hurdle: Diabetes is a socially transmittable condition

While diabetes is not an infectious condition that can be passed from one person to another, habits and traditions—which are passed along through family, communities or social ties—may involve risk factors for diabetes (Christakis & Fowler, 2007). Diabetes and obesity have proven to be “communicable” in the sense that they strongly increase the probability of a family member or friend developing the same disease.⁷



Solution proposed: Social approach to diabetes management

Diabetes must be accepted and understood as a condition where patients are surrounded by various actors who play key roles in supporting and influencing their condition. As such, managing diabetes with a social focus is more effective than an individual patient-by-patient approach, since family and social networks influence the management of the condition. The person with diabetes should have the knowledge and skills to benefit from his or her social environment or minimize or avoid the consequences of non-supportive behaviors. Support networks, including family, friends, peers, and communities, facilitate and can improve diabetes self-management. Primary healthcare centers may structure and implement these support networks in three instances. First, HCPs should provide information to introduce the idea so that the person knows family/social support is helpful, as well as examples of tools and strategies to achieve this support. Second, healthcare systems should offer strategies to consolidate and strengthen family and social support. Third, arrange for access to support, especially for those who may not have an available and supportive family (peer support, support groups, or community activities can be arranged to provide support for those who otherwise may be at risk of social isolation).⁸



Practical tools and strategies to fortify the proposed solution

✂ **Fotonovelas and other printed materials:** Small booklets that portray a dramatic story using photographs and captions which are especially useful for low-literacy audiences (Unger, et al., 2013).⁹

✂ **Patient-family meetings:** Meetings between HCPs (trained in facilitation skills), people with diabetes and their family. Their objective is to provide information about the condition, psychosocial factors surrounding it, and the importance of support. These meetings may lead to decision-making or goal-setting by both patients and their relatives (García-Huidobro, et al., 2011).

✂ **Experience sharing:** An exercise aimed at sensitizing family members as to what someone living with diabetes experiences. Family members perform a finger stick, an “insulin” shot (with saline), wear special eyeglasses to experience low vision, or perform other practical exercises (Guthrie & Guthrie, 2009).

✂ **Pre-existing community initiatives:** Pre-existing community networks or physical infrastructure, such as those provided by churches, employers, sports teams, and other similar institutions.

⁷ A spousal history of diabetes is associated with a 26% increase in diabetes risk. Recognizing shared risk between spouses may improve diabetes detection and motivate couples to increase collaborative efforts to improve eating and physical activity habits (Leong, et al., 2014). Among friends of the same sex, a man was found to have a 100% increase in the chance of becoming obese if his male friend became obese. Among pairs of adult siblings, one sibling's chance of becoming obese increased by 40% if the other sibling became obese. Among married couples, when an alter became obese, the spouse was 37% more likely to become obese. No effect was observed on the risk that an ego would become obese if an immediate neighbor became obese. (Christakis and Fowler 2007).

⁸ Educational programs and complementary materials focused on the positive impact of proactive disease management have greater potential impact than those focused on the negative consequences of poor care (Delamater, 2006).

⁹ They have been used with Hispanic population as education material to improve diabetes-related communication within family members, with positive results (Unger, et al., 2009).

✂ **Peer support:** Trained peers with the same condition or experience with it (such as through a relative or close friend) provide social, emotional and practical support regarding daily management of NCDs. Most importantly, they can link people with diabetes to clinical care and community resources and provide continual support over extended periods of time for patients and their families.

✂ **Support groups:** Meetings or groups, facilitated by trained HCPs (e.g., diabetes educators), that seek to emphasize self-management. In this way, they combine the knowledge and skills of HCPs as well as the exchange of experiences between group members regarding a common health problem.

Potential impact

✂ Improvement in disease management, including metabolic control, healthy lifestyles, adaptive coping and quality of life (Fisher, et al., 2014).

✂ The presence of confidants and social support is related to better quality of life in diabetes and to a lower likelihood and better management of depression (Fisher, et al., 2012).¹⁰

Limitations of proposal

⊗ Friends and families of people with diabetes also have a say in the support they are able and willing to provide, and they cannot be forced to provide support.¹¹ Families also have their own worries, needs, and burdens surrounding their loved one's condition and these must be identified and addressed when engaging them in family support.

⊗ It is crucial to avoid a situation where people with diabetes who are self-sufficient become overly dependent on someone else managing their disease. Directive support—helping with tasks, treatment advice, or strong encouragement to take important steps—may sometimes help a patient face a new challenge. However, social support must not be imposed, threaten the person's autonomy nor create dependent relationships between a patient and his or her supporters. On the contrary, it is within the context of this autonomy that a patient can decide to include others (Williams, et al., 1998).

⊗ The main value of information is that it triggers diabetes-specific supportive behaviors. However, providing family and friends with information is not an absolute solution; the same information that drives supportive social behaviors may drive family and friends to perform non-supportive behaviors (“nagging” and “blaming”).¹² Having the person with diabetes be the one who gains family support defines him or her as the individual in control and may help avoid overly solicitous behaviors or miscarried helping behaviors.¹³

⊗ Strategies to engage support networks must respond to the context of each health center. Other health centers should not attempt to replicate these networks without first performing necessary adaptations and modifications.

¹⁰ An estimated 25% of those with diabetes exhibit depressive symptoms. Diabetes appear to be a risk factor for depression, which in turn has been associated with poorly controlled diabetes, complications, mortality and increased healthcare expenditures (Fisher, et al., 2012).

¹¹ According to the DAWN-2 study, almost half of family members feel that their emotional wellbeing was negatively affected by having a family member with either Type 1 or Type 2 diabetes; 35.3% feel that supporting a family member with diabetes is a burden (Kovacs Burns, et al., 2013).

¹² A study by Mayberry and Osborn identified that family members who were more knowledgeable about diabetes were perceived, by the patient, as performing more diabetes-specific supportive behaviors. However, more knowledge was not associated with family members performing fewer non-supportive behaviors (Mayberry & Osborn, 2012) such as nagging, bullying or becoming the “diabetes police”.

¹³ Miscarried helping behaviors are an attempt to perform supportive behaviors but end up infringing on an individual's self-efficacy. Such behaviors lead to relationship conflicts surrounding diabetes; these conflicts have in turn been associated with rebellion and poor health outcomes in adolescents with the condition. Overly solicitous behaviors are associated with lower self-reported diabetes self-efficacy and less physical activity, even when people with diabetes perceive these behaviors as helpful (Mayberry & Osborn, 2012).



III. KNOWLEDGE AND SKILLS OF PATIENTS AND HEALTHCARE PROFESSIONALS



Description of hurdle: Many patients and healthcare professionals lack sufficient diabetes management knowledge and skills

Diabetes-related knowledge and skills of patients and HCP are not always sufficient. Self-management skills among people with diabetes and their family members tend to be scarce.¹⁴ Unfortunately, HCP present a similar situation: NCD treatment and effective communication and behavioral skills among HCPs are lacking.¹⁵ Although HCP communication skills are crucial in the development of an equal patient-provider relationship, this need is not met during traditional healthcare training. This limits the abilities of both patients and HCP to co-manage diabetes, as it is very difficult for patients and HCP to commit to something they do not understand.



Solution proposed: Formal education with a 360° approach

Users and providers of the healthcare system require an ongoing and tailored education process that meets their needs by providing information, coping and behavioral strategies and practical self-management skills. This process should create a supportive ecosystem that engages individuals and those closest to them (Dixon-Fyle, et al., 2012). All stakeholders involved—patients and their families or close social circles, as well as the staff that interacts with them at the healthcare centers—should receive diabetes self-management education to enhance co-responsibility.¹⁶

🧑 People with diabetes must understand the condition in order to manage it and their families and friends must understand the condition in order to provide support if needed. This type of education should be offered by HCPs trained in self-management education who must be capable of seeing the patient as part of the healthcare team, and the patient's condition knowledge as a valuable resource, not a threat (Snow, et al., 2013).

🧑 Diabetes-related education for HCP must be provided in order to strengthen the original education and training of the healthcare staff on diabetes management. This may be provided by another HCP with expertise in the area.

🧑 HCPs must be provided with specific training to apply tools and strategies that foster co-responsibility. Most of these strategies depend on having another trained and capable HCP to impart them. If HCP are not trained appropriately, efforts to promote co-responsibility will most likely be limited.

🧑 Effective communication between patients and HCPs is a central clinical function. However, many HCPs—particularly physicians—tend to overestimate their communication abilities (Fong Ha & Longnecker, 2010). It is key to train HCPs with effective communication skills specifically designed to promote co-responsibility in order to build a collaborative relationship with patients and provide patient-centered care.

¹⁴ The struggle most patients have is not that they do not know what to do, but that they do not know how to do it in the context of their daily lives and other priorities (Funnell, et al., 2014). Less than one quarter (23.1%) of family members included in DAWN-2 reports participating in any diabetes educational programs or activities. Mexico is one of the countries with the lowest participation rates with less than 20% (Kovacs Burns, et al., 2013).

¹⁵ HCP at the primary healthcare centers are usually not formally specialized in NCD management and their original training does not emphasize diabetes management. For example, the program that trains general physicians (surgeons) at the National Autonomous University of Mexico, offers diabetes training mainly through the class of "Endocrinology". Eight class hours are designated to theory, 16 to practice for diabetes specifically and 40 additional hours contain related topics such as Metabolic Syndrome and Obesity (Fundación IDEA, 2014). Furthermore, HCP do not usually receive additional or continuous education: in a survey conducted by the Carlos Slim Foundation to healthcare professionals enrolled in their online education program, 70% of HCP reported that they had not received formal training regarding NCD management since graduation (Tapia-Conyer, et al., 2012).

¹⁶ Diabetes self-management education and support implies an acquisition of knowledge, practical coping and behavioral strategies for self-management, as well as the attainment of strategies to transform health-related social reality (Frenk, et al., 2010).

🧑 All professional staff members—not only physicians, nurses, nutritionists and psychologists but also pharmacy clerks, lab technicians and administrative staff—must be able to address patient emotional and practical concerns. In order to do this, they must hold at least basic health-related knowledge as well as effective communication skills and behavioral strategies. Non-healthcare professionals will be limited in their ability to care for the patient, but they can assess simple or basic situations, provide support and link patients to further resources.

Education that includes everyone involved in diabetes management and integrates information, coping and behavioral strategies as well as practical skills—education with a 360° focus—is one of the main stepping stones in the achievement of co-responsibility.

Practical tools and strategies to fortify the proposed solution

✂ **Integrated self-management education and support programs:** Patient education programs, including guidance and counseling, to enhance health-related literacy and knowledge required to manage a condition. They may be offered at healthcare centers or in other facilities where people in the community already meet, such as schools or churches (Instituto de Políticas Públicas en Salud, 2015) or even by reaching out to patients in their home, or engaging them with technology (Tapia-Coyner, et al., 2014).¹⁷ Self-management education programs should be based on standards for self-management education and integrate the emotional, behavioral and clinical aspects of diabetes or other NCDs.

✂ **Users' self-management promotion programs:** Programs designed for users to gain experience in performing procedures and acquiring specific skill sets required for self-management (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

✂ **Caregiver training programs:** Programs aimed at training families or other informal caregivers in order to improve the health status and quality of life of the person receiving care. This activity is provided by HCPs either at home or at the healthcare facility. In some cases, peer supporters may also provide such training.

✂ **Collaboratives:** Short-term (6- to 15-month) learning system that brings together a large number of teams from hospitals or clinics that seek improvement in a focused topic area. Each team typically sends several members to attend Learning Sessions (Improving Chronic Illness Care, 2015).¹⁸

✂ **Training programs for healthcare professionals:** Programs designed to train HCP in the implementation of multiple strategies related to providing co-responsible diabetes management. Training sessions should not interfere with the responsibilities of the HCP within the healthcare centers and it may be provided through an online platform. These programs can also fortify healthcare professionals' diabetes and other NCD-specific knowledge, as well as effective communication skills.

¹⁷ The educational content should always be based on evidence. Effective diabetes self-management education must follow standards and provide relevant and useful information based on participants' experiences, issues and concerns. These programs must use simple and common language adapted to the cultural context of the objective population. Inclusion of family members can help to facilitate family involvement and support. An example of these programs can be found in the Patients' Schools developed by the Andalusian School of Public Health. These programs conduct workshops on chronic diseases to improve the quality of life of people with a chronic condition and their families through peer training (Junta de Andalucía, 2015). Since its creation in 2008, more than 10,000 people have been trained. There have been positive results in: improving the doctor-patient relationship, increased self-esteem, more responsible and active patients, adopting healthy lifestyles and reducing the number of clinic visits (March, 2015).

¹⁸ Through shared learning, teams from a variety of organizations work with each other and program providers to rapidly test and implement changes that lead to lasting improvement (Institute for Healthcare Improvement, 2015).



Potential impact

- ✦ Self-management education interventions are effective at bringing about dietary changes and improving the frequency of blood glucose monitoring (Heinrich, et al., 2010). They also positively influence clinical (disease markers), behavioral and psychosocial outcomes (Powers, et al., 2015).
- ✦ The results of most strategies to promote co-responsibility depend on having educated and trained HCPs involved in their implementation or operation (Scambler, et al., 2012).
- ✦ Educating health clinic staff facilitates cross-discipline integration, aligns clinic goals and may improve communication and efficient use of resources within the clinic.

Limitations of proposal

- ⊗ General literacy may complicate diabetes-related education:¹⁹ some studies have shown that patients living in rural areas—where literacy levels tend to be lower than the average in urban areas—have more trouble answering basic diabetes knowledge questions than those living in urban settings (Bustos Saldaña , et al., 2007). Hence, educational strategies must consider the characteristics and culture of the local population and adapt accordingly.²⁰
- ⊗ Healthcare centers operate with limited resources, particularly regarding HCP time. However, co-responsibility expenditures—either monetary costs or HCP time—must be considered an investment, since they have the potential to decrease costs of complications in the future. This focus on efficiency must be transmitted to the primary healthcare centers.
- ⊗ Scalability is also a limitation. Educational and training programs require continuous efforts as well as resource allocation. This can be minimized through group initiatives and collaboratives, which save resources by training many people at once and aligning efforts between different healthcare centers.

¹⁹ According to the OECD, only 37% of adults (25-64 years) in Mexico have attained at least upper secondary education. The average for OECD countries is 75%, placing Mexico among the least advanced in this measure (OECD, 2014). All programs must consider specific educational barriers such as low literacy levels, low technology literacy rates (for programs using technological innovations), and cultural barriers that may impede open communication.

²⁰ It is worth noting that higher literacy levels do not automatically guarantee better health-related outcomes. A healthcare model that fosters co-responsibility must facilitate that every person with diabetes integrates information, coping and behavioral strategies and practical skills, in order to transform diabetes related situations, in both personal and social realms.



IV. DIABETES-RELATED EMOTIONAL ASPECTS



Description of hurdle: Neglect of emotional aspects of care

Psychosocial distress—either related or unrelated to diabetes—has a negative effect on clinical outcomes and is a barrier for diabetes management. However, current medical visits do not typically consider the emotional concerns of the patient, and HCPs make standardized recommendations for all patients solely focused on clinical outcomes. This limits co-responsibility by constructing an emotional barrier that complicates communication between patients and HCPs. Moreover, other mental health conditions such as anxiety and depression—which are very common among patients—are usually unattended.²¹ These are often linked to poor outcomes and limit taking responsibility for a condition (Kendzor, et al., 2014).



Solution proposed: Address and support emotions and psychosocial aspects of the condition

Care provided by primary healthcare centers must address emotions in order to improve outcomes. Diabetes distress, depression, anxiety, discouragement and other psychosocial issues are common aspects of living with diabetes. During routine care, HCPs must address the person as a whole, identifying and addressing emotions as part of NCD care. HCPs must also be in position to identify mental illness exacerbated by or brought on by NCDs, and refer out to a specialist if appropriate.

To ensure that people with diabetes can cope with the daily challenges caused by their condition, the conversation during medical visits should identify and address any emotional complications experienced by the patient. Tailored recommendations considering these aspects should be provided, including linking the patient to particular coping and behavioral strategies (such as diabetes self-management education, peer support, support or self-help groups). Strategies that encourage interaction between people with a common condition should be promoted so that they can share experiences and learn from each other.



Practical tools and strategies to fortify the proposed solution

✂ **Shared agenda:** Practical tool designed to improve the communication between patient and provider. It entails having a short form in the clinic waiting room where patients indicate the area of greatest concern or difficulty, why that is particularly troublesome for them, their feelings about the issue and what they would like the HCP to do to address the issue during the visit. This allows the patient to prepare for their clinical visit, which then starts with the HCP asking the question, “What concerns you about caring for your NCD?” or, “What is the hardest part of managing your NCD?” This helps to focus the visit on the patient rather than just on clinical outcomes or disease markers. It also acknowledges the value of the patient’s experience and expertise and is critical for establishing a co-responsible environment.

²¹ An estimated 25% of those with diabetes exhibit depressive symptoms. Diabetes appears to be a risk factor for depression, which in turn has been associated with poorly controlled diabetes, complications, mortality and increased health care expenditures (Fisher, et al., 2012). In most cases, many symptoms of depression in people with diabetes are not part of a clinical depression but a result of feeling frustrated, fearful, guilty, angry and being overwhelmed by the activities and changes imposed by the condition. This is known as Diabetes-related Distress (American Diabetes Association, 2014).

✗ **Self-help groups:** Small groups of people who share a condition meet regularly to provide psychosocial support by sharing health-related experiences and emotions, as well as to provide information and practical solutions to common problems.

✗ **Self-management diary:** Journal where the person with diabetes can follow-up on their condition and self-management and behavioral, psychosocial and clinical goals. This tool is revised during clinical visits, providing important information that enriches the patient-provider interaction.

✗ **Psychoeducational programs (expanded patient education):** Programs that provide information about how diabetes management affects family relationships, decision making and problem solving among family members over time. These efforts are directed at increasing disease comprehension in order to improve personal and relational coping. Psychoeducation is usually delivered in a multifamily group format, led by trained HCPs, although some programs operate with other combinations (Fisher & Weihs, 2000).²²

✗ **Strategies to encourage family support:** Strategies that encourage family support - such as educational telenovelas, patient-family meetings, peer support programs and experience sharing programs²³ - have a positive impact on the psychosocial concerns of the patient.

✗ **Peer support:** [See definition of “peer support” in “Social Component of Diabetes”].



²² The delivery of psychoeducational programs requires an advanced and specialized level of training. An alternative to consider is to hire external experts to implement this strategy.

²³ These strategies are described as part of section “Neglect of emotional of diabetes care” on page 14 of this document.

Potential impact

- ✧ Provides patients with the confidence and tools to identify and manage emotional aspects brought on by or exacerbated by their diabetes. It also puts patients in power to recognize and address emotional barriers that may interfere with optimal treatment.
- ✧ Facilitates the creation of strong support networks.
- ✧ Reduction of depression, diabetes distress and other psychological conditions.
- ✧ Improvement of emotional status has direct impact on clinical outcomes.²⁴
- ✧ Facilitates the generation of a relationship between patient and HCP based on trust and understanding. Such relationships improve patient-HCP communication and facilitate shared decision-making.

Limitations of proposal

- ⊗ An important challenge for the incorporation of psychosocial aspects of diabetes into its management is its potential scalability. Stakeholders require constant and specialized training, feedback and evaluation. If sufficient and adequate training for HCPs is not provided, the strategies proposed will not have a positive impact. Healthcare systems must identify their limits, especially HCP time constraints, and choose their strategies accordingly.
- ⊗ Addressing emotions can be time consuming, and additional support may be needed outside of the routine physician visit. However, with adequate training this support can be obtained by using other members of the health care team either during or following a clinical visit. In addition, it is also important to link the patient with useful resources or other diabetes care specialists.
- ⊗ Some of the tools proposed to address psychosocial aspects of the condition may be subject to scheduling constraints, especially regarding group initiatives. Not all patients have scheduling flexibility and healthcare centers should offer alternatives so that they can foster co-responsibility on their own time.
- ⊗ Focusing only on emotions is not enough; diabetes management must also target behavioral and clinical aspects of the condition. This will not diminish physicians' key role in disease management, rather it will enable them to focus on medical aspects of their patients' care.

²⁴ Positive emotional health may facilitate chronic care self-management and improved health outcomes (Robertson, et al., 2012).



V. PATIENT-PROVIDER RELATION



Description of hurdle: Care imposed from the top-down

Some physicians have a vertical approach to healthcare provision, where the HCP makes the decisions and patients are expected to comply. This may result in an imposed or patronizing approach to diabetes management, which in turn leads to misaligned treatment goals (Heisler, et al., 2003).



Solution proposed: Symmetric approach to care

Diabetes management is not about adhering to or complying with imposed treatment. HCPs must provide leadership for practice redesign, changing the way clinical care is traditionally structured to a way that includes the person with the condition as an equal partner in the management of his or her condition. This promotes a co-responsible approach to healthcare.

Engaging the patient makes the limited time available more efficiently used. One should not underestimate the time that users and HCPs interact during the consultation, since there is evidence that even brief interventions can have significant impact (Stewart & Fox, 2011). Clinic visits should be exploited as educational moments where management plans can be designed together and their corresponding implementation strategies can be set in action.

A significant portion of the clinical visit should be focused on the needs and identified concerns of the person with the NCD. Encounters between HCPs and people with diabetes may begin by asking about the patient's concerns ("What issue or concern would you like to address today?"). This assures the encounter is patient-centered and includes concerns that are meaningful to the patient. Issues identified by the HCP can be addressed before the conclusion of the visit.





Practical tools and strategies to foster the solution proposed

✂ **Teach-back method:** Communication technique that seeks to engage patients by asking them to demonstrate or explain in their own words their understanding of what occurred during the visit.²⁵

✂ **Shared decision-making:** A method that aims to achieve a relationship between the patient and the HCP in which they are both fully informed and able to make decisions together.²⁶ Shared decision-making aims to confer agency by first providing patients with information and then supporting the decision making process through three types of “talk”: choice talk, option talk and decision talk.²⁷

✂ **Self-management diary:** Journal where the person with diabetes can follow up on self-management and behavioral, psychosocial and clinical aspects of the condition. This tool is revised during clinical visits to provide further information.

✂ **Self-appraisal:** Self-recognition of current level of engagement and emotional, behavioral and self-management status at a certain moment in time. This self-assessment should be applied in accordance with each actor’s responsibility: self-management for people with diabetes and co-responsible provision of healthcare for HCPs.



Potential impact

- ✂ Improved communication and understanding between HCP and their patients with NCDs.
- ✂ Enhancement of patient satisfaction regarding care, consultation, information received and provider communication.
- ✂ Improvement in medication-taking, self-management, quality of life and trust in HCP.



Limitations of proposal

⊗ Changing the traditional mindset of physicians is one of the biggest challenges facing the implementation of true co-responsibility. In the majority of cases, this change is possible by providing certain incentives and/or re-structuring institutional culture. However, it is important to keep in mind that a certain subset of physicians will resist implementing any changes to their practices. Nonetheless, the rest of the physicians who are able to change must be addressed through a comprehensive strategy to encourage co-responsibility, such as the one proposed in this document. The following section proposes alternatives about how to shift healthcare away from the traditional physician-only focus.

²⁵ The teach-back method helps HCP check for patient understanding and clarify any instructions (Funnell, et al., 2014).

²⁶ Shared decision-making enhances patient satisfaction in areas such as care, consultation, information received and provider communication. It can improve medication or treatment adherence, quality of life and the general trust a patient has in his or her physician (Shay & Elston, 2015). It must be noted that shared decision-making is not something all patients embrace. If a patient does not present certain level of co-responsibility – particularly knowledge, behavioral and self-care skills – he or she may be resistant to make care decisions. HCPs must respect this and promote co-responsibility through other strategies before applying a full shared-decision making model.

²⁷ Choice talk refers to the step of making sure that patients know that reasonable options are available. Option talk refers to providing more detailed information about options and decision talk refers to supporting the work of considering preferences and deciding what is best (Elwyn, et al., 2012).



VI. COMPOSITION OF HEALTHCARE TEAM



Description of hurdle: “Almighty physicians”

Latin American cultural stereotypes often perceive a physician as the only important role in patient care, while the rest of the healthcare team is relegated to a “lower” hierarchy. This can generate an asymmetrical relation between physicians and patients, as well as between physicians and the rest of the healthcare team. Latin American culture sometimes regards physicians as unquestionable and physicians have reported that they treat their practice as their “sanctuary”. In this environment, patients are inhibited from fully expressing their concerns, and care is not team-based, comprehensive or co-responsible.



Solution proposed: Diversification of care

The capabilities of all healthcare professionals should be recognized and better utilized. A realignment of functions or task shifting will create a more horizontal relationship between the team of health professionals and patients. It will improve the provision of care by facilitating the eradication of barriers inherited from the traditional healthcare model and cultural beliefs. Furthermore, diversifying care will allow the physician to stop trying to “do it all” and focus on his/her specific contributions to NCD care and self-management (Fisher, et al., 2007).





Practical tools and strategies to fortify the proposed solution

✂ **Nurse care-management/follow-up:** Process that aims to position nurses as a main actor in the provision of the ongoing educational, behavioral, emotional and clinical support needed for effective self-management and co-responsibility. It often consists of promoting a nurse interaction at the beginning or end of a patient's visit to answer any questions, address any concerns, set patient-identified self-management goals and verify that all recommended laboratory tests and referrals are up-to-date. Including nurse follow-ups via telephone or other communication methods between clinic visits is also useful for improving outcomes.

✂ **Communication and basic health-related training for all personnel with patient interaction:** Educational programs aimed at improving the interaction between patients and every stakeholder who interacts with them—not only physicians or health professional staff— such as pharmacists, lab technicians or administrative staff.



Potential impact

- ✂ Improve job satisfaction for HCPs and obtain better levels of patient satisfaction and quality of life while using the same level of current resources.
- ✂ Facilitate the creation of a relationship between the patient and the healthcare staff that enables trust and communication, which in turn improves patient understanding of their condition.
- ✂ The composition of multi-disciplinary teams allows the sharing of diverse knowledge and areas of expertise, which can extend beyond NCDs.



Limitations of proposal

- ⊗ Physician resistance to the involvement of other staff members in care provision is an important obstacle when diversifying care. Incentives and adjustments to the process and protocols of the healthcare centers are required.
- ⊗ Current nurse work structures, especially their need to rotate during residency and training, and then among workstations, limit their full involvement in care-management and follow-up. Healthcare systems should modify their structures to maintain nurses in a certain task or area when appropriate, a shift that could be reinforced through nurse specialization or certifications. This may require a change in the legal framework that regulates the work of nurses in Mexico and Latin America.
- ⊗ Diversifying care without clear limitations may create confusion for the patient. Each HCP needs to be clear in his or her role in order to avoid providing conflicting instructions to patients.
- ⊗ Involving all the staff that interacts with the people with diabetes can only help up to a certain extent. Very important parts of diabetes management can, and must, only be provided by trained and licensed HCPs such as physicians and nurses.



VII. IMPETUS TO CHANGE



Description of hurdle: Lack of motivation for change

Some patients and HCP lack the desire or motivation to change current practices, either because of lack of understanding of the evidence, comfort with current practices, inertia, complex processes that are difficult to tease apart, or fears of incurring extra time or financial costs. Furthermore, primary healthcare centers in Mexico and Latin America are usually evaluated by quantity of patients attended and/or time dedicated to certain activities—not quality of care or health-related patient’s results. This is a negative incentive toward the adequate management of a patient’s condition and will not suffice when trying to prevent complications.



Solution proposed: Incentivize healthcare

First, federal and state authorities must promote the message that co-responsible management of NCDs results in savings of time, money and effort for all stakeholders, as well as improving the health of patients. Additionally, primary healthcare systems must redesign their structures in order to integrate non-monetary incentives to encourage co-responsibility within users and providers of the system.²⁸ Such incentives must be based on performance indicators adapted to each context and culture and focus on evaluating the quality of care.

An important element to consider when designing incentives is that they work best when applied on a personal or individual level, instead of considering the whole healthcare center or healthcare team (Petersen, et al., 2013).



²⁸ The effect of financial or monetary incentives such as economic bonuses for health professionals is still uncertain.



Practical tools and strategies to fortify the proposed solution

✂ **Recreational activities for patients and their companions:** Recreational activities (such as dance socials, physical activities, artistic and/or culinary workshops) for patients and their companions that encourage them to get to know their peers better, get involved in activities offered by the healthcare centers and, eventually, participate in co-responsibility promotion strategies. These activities may be implemented at health centers or in public spaces nearby.

✂ **Certification or recognition schemes:** Programs that establish criteria to recognize the work of clinics or HCPs who have been trained to use certain tools or adopted co-responsible behaviors. For those who earn the certification, printed diplomas could be offered and displayed within healthcare clinics.²⁹

✂ **Practical incentives for HCP:** Non-monetary benefits such as flexible working arrangements, career and professional development, or workload management may be offered to health professionals who have demonstrated significant changes toward more co-responsible practices (Global Health Workforce Alliance, 2008).³⁰



Potential impact

✂ Improved monitoring of patients and diabetes management through a shift in performance indicators: measure quality instead of quantity.

✂ Providing initial incentives to patients, friends, and family, triggers interest in the community to participate or lead further efforts. This may lead to the creation or strengthening of networks of patients or health-focused community groups.

✂ HCPs are incentivized to focus on maintaining a closer and lasting co-responsible relationship with their patients.



Limitations of proposal

⊗ Providing incentives may require monetary resources. This should be viewed as an investment that will reduce costs in the future.

⊗ The design of incentive programs must be executed with caution, taking into account perverse incentives and possible unintended consequences.

⊗ For sustained effects, incentives are not enough; it is necessary to implement structural changes (Petersen, et al., 2013). However, incentives may help to catalyze and then smooth structural transitions.

²⁹ Patient assessment of their HCP as well as participation in specific activities (eg. training sessions, courses) could be used as basis to award recognitions.

³⁰ Career and professional development includes access to formal and informal education and training, effective clinical and personal supervision and mentoring, and a considered and supportive approach to lifelong learning and personal development. Workload management could include reviewing and redesigning work roles, as well as regulating, either formally or informally, the number of continuous hours worked by any given individual. Flexible working arrangements entail offering flexible hours of work or changed leave arrangements (Global Health Workforce Alliance, 2008).

3.3. Final Considerations

The following section presents general recommendations that strengthen or complement the implementation of the previously proposed solutions.

Specialized training for the implementation of particular strategies

Some of the strategies to fortify the proposed solutions presented above - such as integrated self-management education and support programs, support groups or the teach-back method - require trained HCPs for their operation. Given that specialized training is the keystone for their implementation, healthcare systems should be made responsible for providing this training. Initial training will probably have to come from outside experts, but training may be replicated within the healthcare systems once they develop their own experts on each strategy.

Comprehensive approach

Attaining co-responsibility requires diverse and continuous efforts. Addressing only one aspect of the condition or empowering only one type of stakeholder will not achieve the final goal of creating a healthcare model based on co-responsibility. To truly position co-responsibility at the forefront of diabetes care, all solutions must be comprehensive as well as regarded as equally important.

Digital technology and social media

The aforementioned strategies could be strengthened by the use of digital technology and social media, although technology as a standalone solution will not suffice and it does not replace human care and support interactions. However, technology may enhance the reach of the proposed solutions in this document, and may increase their likelihood of success. Technology should be considered a valuable tool to facilitate patient and family engagement, real-time self-management education, self-directed goal-setting, customer service and communication during a crisis.

Evaluation

In order to ensure that public health policies are efficient and effective, the implementation of any strategy to promote adoption of co-responsibility must include a transparent and systematic evaluation process. This will capture valuable information and promote adjustments to improve policies or strategies that foster co-responsibility.

4. Call to Action

Despite the consensus among diabetes experts on the importance of co-responsibility, very few health systems in Mexico and Latin America have moved toward integrating co-responsibility as the basis for care. Through the specific recommendations outlined in the document above, the Taskforce aims to redefine the paradigm of NCD, especially diabetes, care and to position this topic in the healthcare sector's agenda. A secondary purpose of this document has been to promote certain concrete interventions that can improve co-responsibility in healthcare systems.

On a larger scale, a paradigm shift is needed in order to completely incorporate co-responsibility. This paradigm should be centered on the idea that diabetes is a condition—that someone can live with in a healthy way for many years—rather than a disease that can be “cured” through the traditional medical approach. Certain components are needed in order to properly manage this condition: education for the patient and HCP, and the horizontal involvement of other actors, even non-medical personnel. This shift will require coordinated efforts between governments and stakeholders in the public and private sectors, as well as non-governmental and/or non-profit organizations. However, this shift will be necessary to improve current health systems, and in the long run, achieve proactive control for diabetes, other NCDs, and their complications.



5. About the Taskforce Members



Martha Mitchell Funnell

Associate Research Scientist,
Department of Learning Health
Sciences, University of Michigan,
Medical School, United States.

Chair

Martha Funnell is an Associate Research Scientist in the Department of Learning Health Sciences at the University of Michigan Medical School. She is also an Adjunct Lecturer in the Division of Acute, Critical and Long-Term Care Programs, School of Nursing, University of Michigan.

Ms. Funnell is a pioneer in the area of patient empowerment and an internationally recognized leader in the field of diabetes self-management education and psychosocial support. She has authored over 150 publications and given more than 200 presentations to health professionals and people with diabetes around the world. Ms. Funnell is also responsible for the development and revisions of three curricula for health professionals and patients published by the American Diabetes Association (ADA). She is an author of *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*; *101 Tips for Diabetes Education*; and *101 Tips for Behavior Change*; all published by the ADA.

In 1999, Ms. Funnell received the American Diabetes Association Outstanding Educator in Diabetes Award, and in 1998, she received the Distinguished Service Award from the American Association of Diabetes Educators (AADE). Ms. Funnell is the immediate past Chair of the National Diabetes Education Program (NDEP) and was President for Health Care and Education of the ADA in 2002-2003. She is also a Fellow in the American Association of Diabetes Educators (FAADE).

Ms. Funnell holds a master's degree in nursing (medical/surgical) from the University of Michigan, and a bachelor's degree from Lenoir Rhyne University in Hickory, North Carolina.



Fabiola Prado de Nitsch

Education Program Coordinator,
Postgraduate Program in
Diabetes Education for Health
Care Professionals, Diabetcentro,
Guatemala.

Co-Chair

Dr. Fabiola Prado de Nitsch is a Guatemalan physician responsible for the creation and coordination of the Postgraduate Program in Diabetes Education for Health Care Professionals at the Universidad de San Carlos (Guatemala's National University), which is managed by the Diabetcentro. The program was the first Latin American program certified for educational quality by the Consultative Section on Diabetes Education of the International Diabetes Federation (IDF).

Additionally, Dr. Prado de Nitsch is the coordinator of the Master's Degree on Education in Health Sciences from the Mariano Gálvez University, Guatemala. She has also worked in compiling and translating to Spanish several diabetes texts for Health Care Professionals.

Dr. Prado de Nitsch holds a Medical Degree from San Carlos University and received postgraduate training in Internal Medicine at Mt. Sinai Medical Center, Cleveland. She holds a master's degree in Adult Education, and has doctoral studies in Education.

Members of the Taskforce (in alphabetical order by first name)



Angela Spatharou

Principal, McKinsey & Company,
Mexico City.

Dr. Angela Spatharou is a Principal with McKinsey & Company in Mexico City and co-leads the McKinsey Healthcare Practice in Latin America. She is also a Governor of the London School of Economics (LSE) and a member of the LSE Strategic Advisory Board.

Dr. Spatharou has extensive experience in integrated health management and long-term conditions, especially focusing on prevention in the areas of diabetes, obesity, and mental health and wellbeing, and on integrated care of elderly patients. Her recent work in Mexico has included supporting the health service transformation of major public sector systems, focusing on health system sustainability and financing, productivity, access and efficiency of service leveraging health information, and on the development of new care models for long-term conditions, in particular for diabetes.

Dr. Spatharou obtained a Doctorate and an MPhil from the University of Cambridge (distinction), where she was an Alexander Onassis Scholar.



Ann Albright

Director, Division of Diabetes
Translation, Centers for Disease
Control and Prevention,
United States.

Dr. Ann Albright is the Director of the Division of Diabetes Translation at the Centers for Disease Control and Prevention, where she leads an expert team that strives to eliminate the preventable burden of diabetes through strategies that translate science into practice.

Dr. Albright is well known for her work in diabetes including the implementation of evidence-based diabetes care guidelines, work on models of care in community clinics, application of diabetes prevention, and development of campaigns to increase the understanding of diabetes and importance of blood glucose, blood pressure, and lipid control. She previously served as Chief of the California Diabetes Program for the California Department of Health Services, served as the Senior Health Policy Advisor in the Office of the United States Surgeon General, and led the Secretary of Health's Diabetes Detection Initiative. Dr. Albright has served in key leadership roles with the ADA.

Dr. Albright received her doctoral degree in Exercise Physiology from the Ohio State University. She completed a National Institutes of Health postdoctoral fellowship in nutrition at the University of California, Davis and a clinical internship in nutrition at University of California, San Francisco (UCSF).



Antonio Heras

Policy Coordinator, IMSS-PROSPERA,
Mexican Social Security Institute,
Mexico.

Antonio Heras has had various senior positions in the Mexican health system and has been director of two hospitals. Mr. Heras has been professor of Public Health Courses in various universities and has authored several publications on health services management, social policies and health services management. He has worked as an international consultant in health policy for different agencies in Peru, Costa Rica, Panama, Venezuela and Brazil. He has coordinated a group of Spanish Latin American experts on the subject of poverty and health.

Antonio Heras holds a Bachelor's Degree in Political Science and Sociology, and a Master's in Health Economics and Public Policy Evaluation.



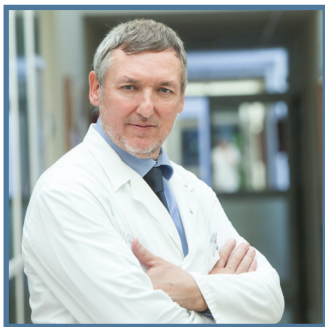
Deborah Klein Walker

Vice President, Senior Fellow,
Practice Leader of Public Health and
Epidemiology, Abt Associates,
United States.

Deborah Klein Walker, Vice President and Senior Fellow at Abt Associates, is a public health leader and behavioral science researcher with more than 40 years of experience developing and implementing programs and system change, research, evaluation, policy analysis and consulting on a broad range of child health policy issues. At Abt Associates, she leads the Public Health and Epidemiology practice and is currently working on projects related to infant mortality reduction, prevention in primary care, multiple chronic conditions and flu vaccination.

Dr. Walker spent 16 years with the Massachusetts Department of Public Health, where she specialized in child and family health, health promotion, oral health, data systems and substance abuse services. She currently is on the faculty of the Boston University School of Public Health, a Board Member of Family Voices, and the President-elect of the American Orthopsychiatric Association.

Dr. Walker earned a B.A. degree with great distinction and high honors in Psychology from Mount Holyoke College and holds an Ed.D. and Ed.M. degree in Human Development from Harvard University.



Domingo Orozco

General Practitioner,
Cabo Huertas Health Center, Spain.

Dr. Domingo Orozco is a general practitioner at the Cabo Huertas Health Center in Alicante. He is in charge of the Research Unit at the Department of San Juan de Alicante, Associated Professor of the Faculty of Family Medicine at Universidad Miguel Hernández, and Coordinator of the Committee on the National Care Strategy of the Ministry of Health and Social Policy in Spain. He served as Manager of FISABIO Research Foundation for Health and Biomedical Research in Valencia, and Coordinator of Special Interests Group on Non-Communicable Diseases.

Dr. Orozco received his doctoral degree in Medicine from the Universidad de Valencia and his master's degree in Health Economics and Management from the Universitat d'Alacant.



Edwin Fisher

Professor, Gillings School
of Global Public Health,
University of North Carolina,
United States.

Edwin Fisher is a Professor in the Department of Behavior in the Gillings School of Global Public Health at the University of North Carolina at Chapel Hill. He is Global Director of Peers for Progress. This program builds the evidence base for peer support interventions, disseminates resources and guides for program development and quality improvement, and promotes networking among peer support programs to pursue integration of peer support in health care and preventive services around the world. From 2002-2009, he served as National Program Director of the Diabetes Initiative of The Robert Wood Johnson Foundation. The Diabetes Initiative demonstrated the feasibility, effectiveness, and cost effectiveness of diabetes self-management programs in real world settings such as Federally Qualified Health Centers and community based programs.

Dr. Fisher received his Ph.D. in 1972 in Clinical Psychology from Stony Brook University.



Felipe Vázquez

Psychiatric Services,
Secretary of Health,
Mexico.

Dr. Felipe Vázquez is a Professor of Psychiatry and Family Therapist specialized in cognitive psychotherapy and family therapy. Mr. Vázquez has worked in the emotional and physiological consequences of diabetes and the family behavior that facilitates or interferes with self-care. He has developed educational materials for self-management of diabetes and appropriate social support. He has conducted therapy using a cognitive-behavioral framework for groups of medically ill patients with comorbid depression.

Dr. Vazquez holds a master's degree in Medical Sciences from the National Autonomous University of Mexico, and an undergraduate degree in Psychiatric Medicine, with a specialization in family therapy. He completed a research internship at the University of Manchester and conducted research at the Centre for Evidence-based Medicine at the University of Oxford.



Gretchen Piatt

Assistant Professor, Schools of
Medicine and Public Health,
University of Michigan,
United States.

Dr. Gretchen Piatt is an Assistant Professor for the Departments of Learning Health Sciences, Health Behavior and Health Education at the University of Michigan Schools of Medicine and Public Health.

Her work consists of designing and evaluating interventions for the primary and secondary prevention of diabetes and its complications, including translation of the Diabetes Prevention Program, implementation of the Chronic Care Model, and implementation and evaluation of peer leader self-management support interventions in underserved communities, federally qualified health centers, and primary care. Dr. Piatt has contributed to numerous diabetes research studies and authored a number of diabetes publications.

Dr. Piatt holds a master's and a doctoral degree from the University of Pittsburgh in chronic disease epidemiology. She has received specific training and has expertise in designing and evaluating efforts aimed at improving health systems and health care delivery for people with diabetes; understanding the behavioral and psychological aspects of diabetes self-management and support, and developing and implementing diabetes prevention and self-management treatment interventions in the community and primary care settings.



Heloisa de Carvalho Torres

Associate Professor, Nursing School,
Federal University of Minas Gerais,
Brazil.

Dr. Heloisa de Carvalho Torres is an Associate Professor at the Nursing Department in Universidade Federal de Minas Gerais in Belo Horizonte, Brazil. Dr. Carvalho Torres has experience in evaluation of educational programs in diabetes, translation and elaboration of instruments in chronic diseases. She is currently developing Empoder@, a methodological and educational innovation project geared for autonomy in health care.

Dr. Carvalho Torres received her doctoral degree in Health Sciences from the Federal University of Minas Gerais.



Jaime Mañalich Muxi

Director, Institute of Public Health Policy, San Sebastián University, Chile.

Dr. Jaime Mañalich is the Director of the Institute of Public Health Policy of the San Sebastian University and former Health Minister of Chile (2010-2014).

He was Chief Medical Officer of the Clínica Las Condes for 15 years. Under his administration, the organization received accreditation from the Joint Commission International, world leader in promoting continuous improvement of the safety and quality of health care and prevention.

Dr. Mañalich received his Medical degree from, and was an Internal Medicine and Nephrology Fellow at, the University of Chile. He is a member of the American College of Physicians since 1988, and holds a master's degree in Clinical Epidemiology from McMaster University.



Jaspal S. Sandhu

Partner, Gobee Group, United States.

Dr. Jaspal Sandhu is a founding partner at the Gobee Group, a firm that uses the design process to innovate for social impact globally. Gobee initiatives are: creating a digital platform to improve the cost-effectiveness of HIV drug purchasing by African governments, ending hunger in a 2-million person county in California through creative collaboration, and building innovation capacity in the health care safety net across California. He is also a lecturer at the University of California, Berkeley, where for the past five years he has taught a globally-unique course focused on the intersections of innovation and health - and, for the last two years, food.

Prior to Gobee, he worked with the Mongolian Ministry of Health on innovation in rural health systems as a Fulbright scholar in rural Mongolia, and for the Intel Corporation and the Nokia Research Center. Dr. Sandhu received his Ph.D. in design from the University of California, Berkeley, and his master's and bachelor's degrees in engineering from MIT.



Jesús F. González Roldán

General Director, National Center of Preventive, Programs and Diseases Control (CENAPRECE), Mexico.

Dr. Jesús F. González Roldán is the General Director of the National Center of Preventive Programs and Diseases Control (CENAPRECE).

He has worked as the General Director in the Epidemiology Department within the Mexican Ministry of Health. Dr. González Roldán is the Mexican Global Ambassador against Cancer from the American Cancer Society, Vice President of Mexico Without Tobacco, Director of the department of addictions of the Mexican Society of Public Health, Secretary and founding member of the Alliance Against Tobacco and member of the Mexican Council Against Smoking and the Interamerican Heart Foundation.

Dr. González received his Medical degree from the National Autonomous University of Mexico (UNAM). He holds a master's degree in Public Administration from the Center for Research and Teaching in Economics (CIDE), and one in Hospitality Management from the Alcalá University of Henares (Spain). He has received additional training in health prevention, health promotion, and sanitary regulation.



Judith Heichelheim

Senior Regional Director,
Latin America and the Caribbean,
Population Services International,
United States.

Judith Heichelheim is a senior regional director for Latin America and the Caribbean with Population Services International (PSI), where she oversees programming in the region. Judith joined PSI in 1998, and has worked across three continents – Eurasia and Eastern Europe, Africa and Latin America and the Caribbean.

Ms. Heichelheim has twenty-three years of experience working on the design, implementation and management of global health programs, with a focus on sexual and reproductive health and social marketing. Her professional experience includes strategic planning and budget management, program implementation and research within the international health field.

Ms. Heichelheim holds a master's degree in International Health and Development from George Washington University's Elliot School of International Affairs.



Lawrence Fisher

Director, The Behavioral Diabetes
Research Group, University of
California, San Francisco,
United States.

Dr. Lawrence Fisher is a professor in the Department of Family & Community Medicine at the University of California, San Francisco and the Director of The Behavioral Diabetes Research Group at UCSF.

Dr. Fisher has conducted both cross-sectional and longitudinal NIH- and ADA-supported clinical research on patients with diabetes and their families. His recent work focuses on diabetes distress and depression, disease management, and how patients and families struggle to manage chronic health conditions. He was the Primary Investigator on a recently completed NIH-supported randomized clinical trial to test different interventions to reduce diabetes distress among type 2 adults, and is currently the PI of an NIH-supported RCT to reduce distress among type 1 adults. He has also focused on telephone and web-based interactive behavioral interventions for patients with chronic disease, and with interventions that help primary care clinicians re-configure the way clinical care is delivered for patients with chronic disease.

Dr. Fisher has received a certificate from the American Psychological Association in "Recognition for Substantial Contributions to the Field of Family Psychology and Health." In 2012 he received a lifetime contributions award from the ADA. He maintains an active clinical practice and has published over 160 peer-reviewed articles on diabetes and related topics.

Dr. Fisher completed his doctorate in clinical psychology at the University of Cincinnati and was a Post-Doctoral Fellow at the University of Colorado School of Medicine. He has a Diplomate in Clinical Psychology through the American Board of Professional Psychology and is a former Associate editor of Diabetes Care.



Linda M. Siminerio

Executive Director, University of
Pittsburgh Diabetes Institute,
United States.

Dr. Linda Siminerio is a Professor of Medicine and Assistant Professor of Nursing at the University of Pittsburgh, and Executive Director of the University of Pittsburgh Diabetes Institute. She is currently Chair of the National Diabetes Education Program. Dr. Siminerio has led a career in diabetes research and education. She is a nationally-recognized expert on self-management education and care delivery models in both pediatric and adult populations; she serves as the Principal Investigator on numerous studies related to diabetes prevention and treatment. She served as President of Health Care and Education for the ADA and Senior Vice President for the International Diabetes Federation (IDF). She also served as organizing chair for the IDF World Diabetes Congress and the IDF translation research program, BRIDGES.

Dr. Siminerio received her PhD and bachelor's degree from the Pennsylvania State University, and has a master's degree in Health Related Professions from the University of Pittsburgh.



Marina Rull

Head of Health Education Division,
National Institute of Medical Sciences
and Nutrition Salvador Zubirán,
Mexico.

Dr. Marina Rull works as the head of the Unit for Health Education in the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán. She has held various positions within the Mexican Board of Rheumatology. She participated as co-author in various publications related to the treatment of chronic diseases such as gout and arthritis.

Dr. Rull holds a medical Degree from the National Autonomous University of Mexico (UNAM), and completed her specializations in Internal Medicine and Rheumatology at the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán.



Miguel Escalante Pulido

Chief of Endocrinology,
Western National Medical Center,
Mexican Social Security Institute,
Mexico.

Dr. Miguel Escalante Pulido currently serves as the Chief Endocrinology at the Western National Medical Center of the Mexican Institute of Social Security (IMSS). He was responsible of the Mexican chapter of the DAWN-2 study, a global study conducted in collaboration with the International Diabetes Federation (IDF), the International Alliance of Patient Organizations (IAPO), the Steno Diabetes Center and a range of other national, regional and global partners.



Richard Holt

Professor in Diabetes and
Endocrinology,
University of Southampton,
United Kingdom.

Professor Richard Holt is currently the European Region Editor of Diabetic Medicine and Reviews Editor of Diabetes, Obesity and Metabolism. He is the immediate past chair of the Council of Health Care Professionals of Diabetes UK. His current research interests are broadly focused around clinical diabetes but specifically encompass studies of the relationship between diabetes and mental illness and diabetes and pregnancy.

Professor Holt was a member of the 2008 NICE diabetes and pregnancy guideline development group and the NICE Type 2 diabetes: Preventing the Progression from Pre-Diabetes Programme Development Group. He was appointed as Senior Lecturer in Endocrinology & Metabolism at the University of Southampton in May 2000, was promoted to Reader in March 2006 and became Professor in Diabetes and Endocrinology in September 2008.

Dr. Holt trained at the University of Cambridge and the London Hospital Medical College. He undertook his post-graduate training in diabetes and endocrinology in the South East Thames Region. While a Medical Research Council Clinical Training Fellow he completed his PhD on the growth hormone – insulin-like growth factor axis in childhood liver disease.



Sergio C. Hernández

Coordinator, Center for Comprehensive Care of Patients with Diabetes, National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán, Mexico.

Dr. Sergio Hernández is currently the Coordinator of the Center for Comprehensive Care of Patients with Diabetes at the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán. He is also a professor of endocrinology at the Panamerican University and associate professor of endocrinology and the National Autonomous University of Mexico (UNAM).

He has published several studies on diabetes, the more recently being “Innovative models for the empowerment of patients with type 2 diabetes: the CAIPaDi program”.

Dr. Hernández holds a Medical Degree from the National Autonomous University of Mexico (UNAM), and was trained as Internist, Endocrinologist and Diabetes Specialist at the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán.



Teresa Terrén

Co-founder, Fundación MÁS QUE IDEAS, Spain.

Teresa Terrén was diagnosed with Breast Cancer at 32 years of age, and decided to leave her career in communications to collaborate with a National Patients Cancer Association (GEPAC). As a volunteer, she committed herself to promoting patient advocacy; she then began to formally work in the association as head of the Breast Cancer Division for almost two years.

Together with three colleagues and fellow patients, she founded Fundación MÁS QUE IDEAS in order to continue working for patients with a chronic and/or lifelong illness or condition and their families. The mission of Fundación MÁS QUE IDEAS is to contribute to a change in healthcare in a national and international level. By promoting coordinated, comprehensive, horizontal, transparent and efficient actions, MÁS QUE IDEAS aims to improve the quality of life of today's and tomorrow's patients.

Ms. Terrén holds a Degree in Administration and Business Management.



Victoria A. Rajme

Director, Salud, Educación y Creatividad, Mexico.

Dr. Victoria A. Rajme is a medical surgeon, diabetologist, diabetes educator and private practitioner at Médica Sur Hospital in Mexico City.

She is co-author of the article “Transcultural Diabetes Nutrition Algorithm: The Mexican Application”.

Dr. Rajme holds a Medical Degree and a master's degree in Administration of Medical Services and Hospitals from the National Autonomous University of Mexico (UNAM). She has completed the Advance Practice Program for Nutrition Professionals at the Joslin Diabetes Center in Boston, as well as the Quality Management in Diabetes Prevention Program at the Tumaini Institute for Prevention Management in Dresden.



Lilly is a global healthcare leader that unites caring with discovery to make life better for people around the world. We were founded more than a century ago by a man committed to creating high-quality medicines that meet real needs, and today we remain true to that mission in all our work. Across the globe, Lilly employees work to discover and bring life-changing medicines to those who need them, improve the understanding and management of disease, and give back to communities through philanthropy and volunteerism.

FUNDACIÓN *Carlos Slim*

The Carlos Slim Foundation strives for the comprehensive development of human capital. It supports a variety of programs aimed at strengthening the capacities and skills of persons of all ages in Mexico and Latin America, so that they can actively participate in economic and social development, access more and better opportunities, and attain a higher quality of life. To that end, the Carlos Slim Foundation works in partnership with the private sector, governments, as well as civil society. Its programs span the areas of education, health, employment, justice, human development, sports, environmental protection, culture, humanitarian aid and economic development. Its initiatives aim to benefit the highest number of people, with special emphasis on the most vulnerable populations. Social programs supported by the Carlos Slim Foundation have benefited millions of people of all ages improving their quality of life, strengthening their capacities and skills, and helping them access more and better opportunities.



Fundación IDEA is a think tank that conducts independent research, analysis, and evaluation of public policies in Latin America and other developing regions. We generate recommendations for policies and programs focused on improving equality and opportunity through economic development, health, education, and poverty reduction. Fundación IDEA analyzes issues in a comprehensive and thorough manner, using robust, effective methodologies and the best information available. We encourage the use of evidence in decision-making, planning, and development of strategies for both the public and private sectors, as well as for civil society organizations. Through so doing, Fundación IDEA drives economic and social sustainable development in Latin America, and other developing countries around the world.

References

- Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Expanding Patient-Centered Care To Empower Patients and Assist Providers. [Online] Available at: <http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/patient-centered/ria-issue5/ria-issue6.pdf> [Accessed 23 6 2015].
- Aghili, R. et al., 2013. Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes. *International Nursing Review*, pp. 267-273.
- American Diabetes Association, 2014. Diabetes Distress v. Depression: Are People with Type 2 Being Misdiagnosed? [Online] Available at: <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2014/diabetes-distress-vs-depression.html?referrer=https://www.google.com.mx/> [Accessed 26 July 2015].
- Anderson, R., Fitzgerald, J., Gruppen, L. & Funnell, M., 2003. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). *Diabetes Care*, pp. 1641-1643.
- Anderson, R. et al., 1995. Patient Empowerment: Result of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), pp. 943-949.
- Anderson, R., Funnell, M., Fitzgerald, J. & Marrero, D., 2000. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, pp. 739-743.
- Arredondo, A., 2015. Retos y desafíos de enfermedades crónicas en México, (libro en prensa): Universidad de Montreal-INSP-UADY.
- Arredondo, A. & Aviles, R., 2014. Costs and Epidemiological Changes of Chronic Diseases: Implications and Challenges for Health Systems. *Challenges for Health Systems*, 10(3), p. 12.
- Atak, N., Köse, K. & Gürkan, T., 2008. The Impact of Patient Education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes. *Turk J Med Sci*, pp. 49-57.
- Barlow, J. et al., 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, Volume 48, pp. 177-187.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K., 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Innovations in Primary Care*, 288(19).
- Bonal Ruiz, R., Almenares Camps, H. B. & Marzán Delis, M., 2012. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN*, 16(5), pp. 773-785.
- Bustos Saldaña, R. et al., 2007. Knowledge on Diabetes Mellitus in Urban and Rural Patients with Type 2 Diabetes Mellitus from Western Mexico. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(3), pp. 147-159.
- Christakis, N. & Fowler, J., 2007. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, Volume 9, pp. 357-357.
- Danis, M. & Soloman, M., 2013. Providers, payers, the community, and patients are all obliged to get patient activation and engagement ethically right. *Health Aff (Millwood)*, Volume 32.
- Delamater, A. M., 2006. Improving Patient Adherence. *CLINICAL DIABETES*, 24(2), pp. 71-76.
- Dixon-Fyle, S., Gandhi, S., Pellathy, T. & Spatharou, A., 2012. Changing patient behavior: the next frontier in healthcare value. *Health International*, pp. 65-73.
- Doubova, S. V. et al., 2013. Adaptación y validación de escalas de autoeficiencia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *salud pública de México*, pp. 257-266.
- Escalante P., M. & Coronado, I., 2013. DAWN 2 study results: a sample of country reports, Mexico. *Diabetes Voice*, 58(Special Issue 2).
- European Respiratory Society, 2015. European Lung white book. The role of patient organizations. [Online] Available at: <http://www.erswhitebook.org/chapters/patient-organisations-and-the-european-lung-foundation/the-role-of-patient-organisations/> [Accessed 10 July 2015].
- Fisher, E. B. et al., 2007. Perspectives on Self-Management From the Diabetes Initiative of the Robert Wood Johnson Foundation. *The Diabetes Educator*, Volume 33, pp. 216-224.
- Fisher, E. B. et al., 2014. Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *The Annual Review of Public Health*, Volume 35, pp. 363-383.
- Fisher, E. et al., 2012. Co-occurrence of diabetes and depression: Conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal of Affective Disorders*, Volume 142, pp. 556-566.
- Fisher, L. & Weihs, K., 2000. Can Addressing Family Relationships Improve Outcomes in Chronic Disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *The Journal of Family Practice*, 49(6), pp. 561-566.
- Fong Ha, J. & Longnecker, N., 2010. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Oschner Journal*, Volume 10, pp. 38-43.
- Francis, T., Pellathy, T., Ramon, L. & Torres, J., 2012. Confronting the crisis of chronic conditions in Latin America. *Perspectives on Health Care*, Volume 1, pp. 5-13.
- Frenk, J. et al., 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Volume 376, pp. 1923-1958.
- Fundación IDEA, 2014. ¿Cómo vamos con la Diabetes? Estado de la Política Pública, s.l.: s.n.
- Funnell, M. et al., 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 17(1), pp. 37-41.
- Funnell, M., Anderson, R. & Piatt, G., 2014. Empowerment, Engagement, and Shared Decisions in the Real World of Clinical Practice. *Consultant* 360, pp. 358-362.
- Funnell, M. M. et al., 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, pp. 37-41.
- Funnell, M. M., Bootle, S. & Stuckey, H. L., 2015. The Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Second Study (review). *Clinical Diabetes Journal*, pp. 32-36.
- García-Huidobro, D., Bittner, M., Brahm, P. & Puschel, K., 2011. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, Volume 28, pp. 4-11.
- GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. [Online] Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X) [Accessed 27 August 2015].
- Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. & Cañón, O., 2014. Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. In: *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. s.l.: BID, pp. 9-44.
- Givaudan, M. & A Vitela, P. O., 2008. Estrategia Fronteriza para la Promoción y Prevención para una Mejor Salud, Mexico City: IMIFAP.
- Global Health Workforce Alliance, 2008. GUIDELINES: INCENTIVES FOR HEALTH PROFESSIONALS. First ed. Geneva: Global Health Workforce Alliance.
- Goldphin, W., 2009. Shared Decision-Making: Understanding Decision-Making in Healthcare and the Law. *Healthcare Quarterly*, 12(Special Issue).
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A. & Edoardo, L., 2015. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, pp. 1-10.
- Guthrie, D. & Guthrie, R., 2009. Management of Diabetes Mellitus A Guide to the Pattern Approach. Sixth ed. New York: Springer Publishing Company.
- Gutierrez, N., Domínguez, E. C. & Martín, D. M., 2014. Efectividad del Autocontrol de la glucemia en la sangre para la mejora de la educación en diabéticos tipo 2 no insulino dependientes. *Nure Inv*, 11(69).
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Heinrich, E., Schaper, N. & de Vries, N. K., 2010. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *EDN*, pp. 71-76.
- Heisler, M., 2007. Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes. *Self-Management and Clinical Outcomes*. *Diabetes Spectrum*, 20(4), pp. 214-221.
- Heisler, M. et al., 2003. When Do Patients and Their Physicians Agree on Diabetes Treatment Goals and Strategies, and What Difference Does It Make?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), pp. 893-902.
- Improving Chronic Illness Care, 2015. Collaboratives. [Online] Available at: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Collaboratives&s=372> [Accessed 21 August 2015].
- Institute for Healthcare Improvement, 2015. Collaboratives. [Online] Available at: <http://www.ihl.org/engage/collaboratives/Pages/default.aspx> [Accessed 21 August 2015].
- Instituto de Políticas Públicas en Salud, 2015. Programa Paciente Empoderado, Santiago, Chile: Universidad San Sebastián.
- International Diabetes Federation, 2014. Diabetes Atlas. Diabetes Estimates I Diabetes prevalence (%) I 2014. [Online] Available at: <http://www.idf.org/atlasmap/atlasmap?indicator=i1&date=2014> [Accessed 24 August 2015].
- International Diabetes Federation, 2014. IDF Diabetes Atlas. South America and Central America at a glance. [Online] Available at: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/SACA%20factsheet.pdf> [Accessed 24 August 2015].
- Johansson, U., 2015. Defining roles and improving outcomes in person centered care. *Diabetes Voice* Online.
- Joslin Diabetes Center, n.d. Problem Areas in Diabetes Questionnaire (PAID). [Online] Available at: http://www.dawnstudy.com/News_and_activities/Documents/PAID_problem_areas_in_diabetes_questionnaire.pdf
- Junta de Andalucía, 2015. Escuela de Pacientes. [Online] Available at: <http://www.escoladepacientes.es/ui/index.aspx> [Accessed 28 August 2015].
- Kendzor, D. E. et al., 2014. The association of depression and anxiety with glycemic control among Mexican Americans with diabetes living near the U.S.-Mexico border. *BMC Public Health*, 14(176), pp. 1-9.
- Kingma, M., n.d. Can Financial Incentive Influence Medical Practice, Geneva: International Council of Nurses.
- Kovacs Burns, K. et al., 2013. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study: Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), pp. 778-788.
- Kowitz, A. et al., 2015. Emotional Support for Diabetes Management: An International Cross-Cultural Study. *The Diabetes Educator*.
- Krichbaum, K., Aarestad, V. & Buethe, M., 2003. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 29(4), pp. 653-662.
- Lawn, S. et al., 2013. Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker-client relationship and implications for client empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 383-394.
- Leong, A., Rahme, E. & Dasgupta, K., 2014. Spousal diabetes as a diabetes risk factor: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(12), pp. 1-12.
- Lewin, A. B. et al., 2005. The Diabetes Family Behavior Checklist: A Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4), pp. 315-322.
- López-Portillo, A. et al., 2007. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), pp. 29-36.

Lorig, K. & Holman, H., 2003. Self-management education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. The Society of Behavioral Medicine.

March, J. C., 2015. ¿Qué es “La Escuela de Pacientes”? - Escuela Andaluza de Salud Pública. [Online] Available at: <http://psicooncologiapapacientes.blogspot.mx/2015/07/la-escuela-de-pacientes-un-proyecto.html> [Accessed 28 August 2015].

Marrero, D. G., Ard, J. & Delamater, A. M., 2013. Twenty-First Century Behavioral Medicine: A Context for Empowering Clinicians and Patients With Diabetes. *Diabetes Care*, 36(2), pp. 463-470.

Mayberry, L. & Osborn, C., 2012. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, Volume 35, pp. 1239-1245.

Mei-Fang, C. et al., 2010. Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. [Online] [Accessed June 2015].

Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), n.d. Diabetes Attitude Scale - (DAS-3). [Online] Available at: http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/documents/svi/das3_new.pdf

Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), n.d. Diabetes Knowledge Test - (DKT). [Online] Available at: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/documents/svi/dktanswers.pdf>

Michigan Diabetes Research and Training Center, 2015. Survey Instruments. [Online] Available at: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#dcp> [Accessed 25 June 2015].

OECD, 2014. Education at a Glance 2014: OECD Indicators, s.l.: OECD Publishing.

Organización Panamericana de la Salud, 2006. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina, s.l.: OPS.

Osorio, P. & Pick, S., 2008. Programa Integral de Salud y Empoderamiento para Mejorar la Calidad de Vida de las 65 Mujeres Indígenas que Habitan en San Martín Itunyoso, Oaxaca, México City: IMIFAP.

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), 2012. Diabetes Shows Upward Trend in the Americas. [Online] Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3A2012-diabetes-shows-upward-trend-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=en [Accessed 24 August 2015].

Panopoulou, G., Giedion, U. & González-Pier, E., 2014. México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. In: Planes de beneficios en salud de América Latina. s.l.:Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 144-169.

Petersen, L. A. et al., 2013. Effects of Individual Physician-Level and Practice-Level Financial Incentives on Hypertension Care. *The Journal of the American Medical Association*, 10(310), pp. 1042-1050.

Peyrot, M. & Rubin, R., 2007. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), pp. 2433-2438.

Pick, S., Rodríguez, G. G. & Leenen, I., 2011. Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas psychologica*, 10(2), pp. 327-340.

Powers, M. A. et al., 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*, Volume 38, pp. 1372-1382.

Prado de Nitsch, F., 2011. Key questions about diabetes education in Guatemala: for whom, what kind, and how to provide it?. *Diabetes Voice*, 56(2), pp. 31-35.

Prado de Nitsch, F., 2015. Mitos y creencias sobre la diabetes en Guatemala. (sent for publication; on review).

Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A. & Naik, A. D., 2012. Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. *Psychosomatics*, Issue 53, pp. 1-12.

Ruascas-Escolano, E. et al., 2014. El estudio PROPRESE: resultados de un nuevo modelo organizativo en atención primaria para pacientes con cardiopatía isquémica crónica basado en una intervención multifactorial. *Atención Primaria*, 46(Supl 3)), pp. 10-15.

Scambler, S., Newton, P., Sinclair, A. & Asimakopoulou, K., 2012. Barriers and opportunities of empowerment as applied in diabetes settings: A focus on health care professionals' experiences. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Issue 97, pp. e18-e22.

Self Determination Theory, n.d. PAS - Health Care Climate, The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ). [Online] Available at: <http://www.selfdeterminationtheory.org/pas-health-care-climate/> [Accessed 18 06 2015].

Shani, M. et al., 2014. Structured nursing follow-up: does it help in. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(27).

Shay, L. & Elston, L., 2015. Where is the Evidence? A systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Medical Decision Making*.

Sigurdardottir, A. K. & Jonsdottir, H., 2008. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scand J Caring Sci*, pp. 284-291.

Stanford Patient Education Research Center, n.d. Diabetes Self-Efficacy Scale. [Online] Available at: <http://patienteducation.stanford.edu/research/sediabetes.html>

Stewart, E. E. & Fox, C., 2011. Encouraging Patients to Change Unhealthy Behaviors With Motivational Interviewing. [Online] Available at: <http://www.aafp.org/fpm/2011/0500/p21.html> [Accessed 23 June 2015].

Stuart, B. K. & Schlosser, D. A., 2009. Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *Int J Group Psychotherapy*, 59(3), pp. 435-440.

Tang, P. C. & Overhage, J. M., 2012. Online disease management of diabetes: Engaging and Motivating Patients Online With Enhanced Resources-Diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20 (3).

Tapia-Conyer, R., Gallardo-Rincón, H. & Saucedo-Martínez, R., 2012. Innovaciones para la transformación de los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, Issue 148, pp. 567-571.

Tapia-Coyner, R., Gallardo-Rincón, H. & Saucedo-Martínez, R., 2014. CASALUD: an innovative system to control and prevent non-communicable diseases in Mexico, s.l.: Inter American Conference on Social Security, Working Paper Series.

The World Bank, 2014. World Development Indicators, s.l.: s.n.

Tol, A. et al., 2013. Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(6).

Traulsen, J. M. & Almarsdóttir, A. B., 2005. Pharmaceutical Policy and the Lay Public. *Pharmacy World and Science*, 27(4), pp. 273-277.

Unger, J. B. et al., 2013. Evaluation of a Fotonovela to Increase Depression Knowledge and Reduce Stigma among Hispanic Adults. *J Immigr Minor Health*, 15(2), pp. 398-406.

Unger, J. B., Molina, G. B. & Baron, M., 2009. Evaluation of Sweet Temptations, a Fotonovela for Diabetes Education. *Hispanic Health Care International*, 7(3), pp. 145-152.

Vaccaro, J., Exebio, J., Zarini, G. & Huffman, F., 2014. The Role of Family/Friend Social Support in Diabetes Self-Management for Minorities with Type 2 Diabetes. 2(1).

Van der Ven, N. C. et al., 2003. The Confidence in Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*, pp. 713-718.

Von Korff, M. et al., 1997. Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med.*, Issue 127, pp. 1097-1102.

WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. Where are the patients in decision-making about their own care?, Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe.

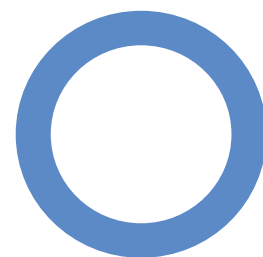
WHO Regional Office for Europe, 2003. How can hospital performance be measured and monitored?. [Online] Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf [Accessed June 2015].

Williams, G. C., Freedman, Z. R. & Deci, E. L., 1998. Supporting Autonomy to Motivate Patients with Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21(10), pp. 1644-1651.

World Health Organization, 2010. Package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings, Geneva: WHO Press.

Zhang, P. et al., 2010. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Issue 87, pp. 293-301.





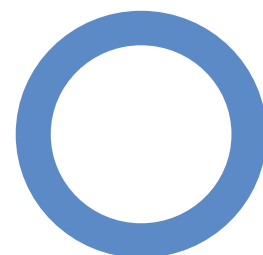
UN LLAMADO A LA CORRESPONSABILIDAD: CAMBIANDO EL PARADIGMA DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

Documento elaborado por la Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud: una aproximación a la diabetes tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica.

FUNDACIÓN
Carlos Slim

the *Lilly*
NCD
partnership

FUNDACIÓN
idea



UN LLAMADO A LA CORRESPONSABILIDAD:

CAMBIANDO EL PARADIGMA DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

Documento elaborado por la Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud: una aproximación a la diabetes tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica.

Un llamado a la corresponsabilidad: cambiando el paradigma de la atención para el manejo de la diabetes

Derechos reservados, 2015

© Fundación Carlos Slim
© Eli Lilly y Compañía de México
© Fundación IDEA

Lago Zurich No. 245, Edificio Presa Falcón, Piso 20,
Col. Ampliación Granada,
C.P. 11529, México, Distrito Federal
www.fundacioncarlosslim.org

Barranca del Muerto 329 Piso 1,
Col. San José Insurgentes,
C.P. 03900, México, Distrito Federal
www.lilly.com.mx

Leibnitz # 20, Piso 11,
Col. Anzures,
C.P. 11590, México, Distrito Federal
www.fundacionidea.org.mx

Este reporte es producto de los esfuerzos de la Comisión y su contenido fue determinado por consenso. Las ideas que contiene no necesariamente representan las opiniones de cada uno de los miembros de la Comisión, ni de las organizaciones específicas a las que éstos puedan pertenecer.

Ni esta publicación ni partes de ella pueden ser reproducidas en ninguna forma o por cualquier medio sin el permiso de los autores.

Descargo de responsabilidad de Eli Lilly Compañía de México y Fundación Carlos Slim

La “Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud: una aproximación a la diabetes tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica” fue financiada por Eli Lilly y Compañía de México en conjunto con la Fundación Carlos Slim. El contenido ha sido generado para el interés público y el bienestar de la sociedad. Eli Lilly y la Fundación Carlos Slim no estuvieron involucrados en la creación de dicho contenido y los puntos de vista expresados pertenecen a los participantes de la Comisión. Eli Lilly y la Fundación Carlos Slim no proveen garantías ni declaraciones de ningún tipo, explícitas o implícitas, en relación al contenido y los puntos de vista proporcionados, tampoco se hacen responsables ante cualquier uso o abuso de esta información.

FUNDACIÓN
Carlos Slim

the *Lilly*
NCD
partnership

FUNDACIÓN
idea

Agradecimientos

La creación de la “Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud: una aproximación a la diabetes tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica” fue posible gracias a la generosidad e iniciativa del programa Lilly NCD Partnership y de la Fundación Carlos Slim. La Comisión agradece particularmente la confianza y el apoyo de Roberto Tapia, Ricardo Mújica, Héctor Gallardo, Rodrigo Saucedo y Paola Abril Campos, de la Fundación Carlos Slim, así como de Almudena Suárez y Lucía Guajardo, de Eli Lilly.

La coordinación y asistencia técnica de la Comisión fue llevada a cabo por Fundación IDEA, bajo la supervisión de Braulio Torres, la coordinación general de Jessica Beitman, con la investigación y el análisis de José Pablo Brown y Elena Atkinson, y la asesoría de Úrsula Quijano. La compilación y edición del presente documento fue el resultado de la colaboración de los miembros del equipo mencionados. Nos gustaría expresar nuestra más sincera gratitud a Fundación IDEA por aportar una perspectiva de política pública a la discusión.

Cuatro miembros de la sociedad civil mexicana: la Asociación ALE, la Fundación Mídete, la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer y la Federación Mexicana de Diabetes, cooperaron con la Comisión proporcionando asesoría e información útil. Su contribución aportó una perspectiva local muy valiosa para la discusión.

La Comisión desea agradecer a todos los contribuyentes y revisores por sus aportaciones y espíritu colaborativo.





Índice

Agradecimientos	
Consideraciones prácticas	6
1. Introducción	7
2. Metodología	8
3. Obstáculos y soluciones para adoptar un modelo de atención con base en la corresponsabilidad	10
3.1. Resumen ejecutivo	10
3.2. Obstáculos, soluciones, herramientas prácticas, impacto potencial y limitantes	12
I. Acercamiento general al manejo de la diabetes	12
II. Componente social de la diabetes	14
III. Conocimientos y habilidades	16
IV. Aspectos emocionales relacionados a la diabetes	19
V. Relación paciente-proveedor	22
VI. Composición del equipo de salud	24
VII. Necesidad de cambio	26
3.3. Consideraciones finales	28
4. Llamado a la acción	29
5. Acerca de los integrantes de la Comisión	30
Bibliografía	39

Consideraciones prácticas

En esta sección, la Comisión presenta algunas consideraciones semánticas, así como el vocabulario estandarizado que será utilizado a lo largo del documento.

Las ideas presentadas en este documento están orientadas principalmente a transformar el modelo de atención tradicional para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (a la que en el presente documento nos referimos como “diabetes”). Sin embargo, estas ideas también pueden ser aplicadas a otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la obesidad. Esto es particularmente relevante si se considera el hecho de que las personas con diabetes pueden, y suelen, presentar otras condiciones de manera simultánea.

Este documento analiza cómo promover el manejo corresponsable de la diabetes y otros padecimientos a través de acciones desarrolladas durante la provisión de atención en el primer nivel. A pesar de que la Comisión reconoce la importancia de atender otras dimensiones —como la promoción de un ambiente más sano en escuelas y ciudades, o el suministro de información nutricional clara a través del etiquetado de alimentos y bebidas—, éstas sobrepasan el alcance del presente documento. Todas las recomendaciones sobre la promoción de la corresponsabilidad contenidas en este trabajo están dirigidas al primer nivel de atención a la salud, dada la oportunidad que presenta como primer punto de contacto con los pacientes.

El documento utiliza el término “paciente” para referirse a las personas con diabetes y/u otras enfermedades crónicas no transmisibles que se atienden dentro del contexto del primer nivel de atención. A pesar de que este concepto pueda tener implicaciones que no representan la perspectiva de la Comisión —como esperar que la persona que presenta la condición sea paciente o pasiva—, la palabra facilita la comunicación y se utiliza ampliamente en la literatura como parte de conceptos más amplios (por ejemplo, el “cuidado centrado en el paciente” o la “educación centrada en el paciente”).

Los equipos de salud pueden estar compuestos por distintos profesionales dependiendo de cada sistema, área o incluso centro de salud. Sin embargo, el concepto “profesionales de la salud” (abreviado aquí como PS) se utiliza a lo largo del documento para referirse a los profesionales con educación formal en áreas relacionadas a la salud, y que interactúan con los pacientes en los centros de salud. Suelen ser médicos y personal de enfermería, pero también puede incluir otros profesionales, como nutriólogos, psicólogos, promotores de la salud y entrenadores físicos. Los encargados de las farmacias, técnicos de laboratorio y el personal administrativo no están incluidos bajo el término “profesionales de la salud”.

El presente documento incluye tanto “obstáculos” como recomendaciones para superarlos. A pesar de que el término “barreras” es más común en la terminología relacionada a los sistemas de salud a nivel global, decidimos utilizar la palabra “obstáculos” porque consideramos que refleja mejor el hecho de que se busca superarlos.

1. Introducción

Los sistemas de salud actuales, basados en el tratamiento de enfermedades transmisibles, no están preparados para hacer frente a la peligrosa y cada vez más costosa epidemia de enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el reto principal que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial.¹ México y Latinoamérica no son la excepción. En Latinoamérica hay 25 millones de personas viviendo con diabetes—representan el 8.1% de la población adulta total—y se espera que esta prevalencia aumente a 9.8% para 2035 (International Diabetes Federation, 2014). En México, 9.2% de la población adulta tiene diabetes, cifra superior en 31% a la del año 2000 (Gutiérrez, et al., 2012), y según estimaciones, se prevé que la prevalencia aumentará hasta 15.18% para el 2035 (International Diabetes Federation, 2014).

El manejo de las ECNT, especialmente el de la diabetes, sobrepasa a los sistemas de salud actuales. Los sistemas de salud mexicanos gastan en promedio \$707 USD al año en el cuidado de una persona con diabetes (Arredondo & Aviles, 2014),² aunque la cifra puede aumentar si el estado de salud de la persona se complica. Dependiendo de la complicación, el costo para el sistema de salud puede incrementarse hasta 56%.³ La diabetes, junto con las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, es la causa de 30% de las consultas médicas solicitadas por mexicanos mayores de cincuenta años de edad (Gutiérrez, et al., 2012).

Si los sistemas de salud no reaccionan ante el reto que representa la diabetes, países en todo el mundo enfrentarán mayores niveles de pobreza, pérdida de capital humano, cargas financieras generadas por los gastos en seguridad social, y una cantidad incalculable de sufrimiento social.⁴ El modelo tradicional de atención no ha podido hacer frente a la epidemia de diabetes. A diferencia de la mayoría de las enfermedades comunes del siglo pasado, la diabetes es una condición que no puede curarse con un medicamento o terapia específico, sólo puede tratarse a través de la reducción de los síntomas de la enfermedad, o retardando procesos fisiológicos para prevenir o aplazar las complicaciones que ocasiona. Los pacientes con diabetes requieren de un tipo de interacción única con sus PS, así como la provisión de servicios especializados por parte del sistema de salud. El manejo de la diabetes es un proceso complejo que depende de los consejos de los PS y, probablemente en mayor medida, del estilo de vida del paciente. Sin la colaboración adecuada, los pacientes no verán las mejoras necesarias en los resultados afectivo-cognitivos, psicológicos y de comportamiento. Por lo anterior, las personas con diabetes y otras ECNT deben ser integradas como actores clave en los equipos de salud.

Para tratar la epidemia de diabetes, los sistemas de salud deberían liderar el cambio en el paradigma de atención actual. Además, deben ofrecer a las personas con diabetes y otras ECNT la información y el apoyo necesario para tomar decisiones informadas, así como los servicios continuos que son necesarios para un autocuidado efectivo. Debido al contacto constante y directo que tienen con los pacientes, los sistemas de salud del primer nivel de atención deben estar en el centro del manejo de las ECNT.⁵

¹ Datos de The Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) muestran que para los padecimientos transmisibles, maternos, neonatales y nutricionales, los DALY (años de vida ajustados por discapacidad, por sus siglas en inglés), las tasas brutas y las tasas estandarizadas por edad han disminuido entre 1990 y 2013, mientras que para las enfermedades crónicas no transmisibles, los DALY van en aumento a nivel mundial (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015).

² En 2012, el costo de la diabetes representaba el 0.74% del Producto Interno Bruto (PIB), absorbiendo casi una sexta parte del gasto total en prevención y control de enfermedades crónicas, emergencias, planeación familiar y otros gastos relacionados a la salud. El costo de la diabetes superó el presupuesto total asignado a desarrollo social (0.71% del PIB) y el gasto federal en ciencia y tecnología (0.44% del PIB) (Fundación IDEA, 2014).

³ El costo promedio del manejo de un caso de diabetes en instituciones de salud mexicanas es de \$707.33 USD al año para pacientes sin complicaciones, \$884.17 USD al año para pacientes que desarrollan una enfermedad vascular periférica, \$933.68 USD al año para pacientes que desarrollan neuropatía, \$947.83 USD al año para pacientes que desarrollan complicaciones cardiovasculares, \$1,004.41 USD al año para pacientes que desarrollan complicaciones oftalmológicas, y \$1,103.44 USD al año para pacientes que desarrollan complicaciones renales (Arredondo, 2015).

⁴ La situación demográfica actual enmascara los efectos reales de la pandemia de obesidad y diabetes. Latinoamérica es significativamente más joven que el promedio de los países de la OCDE, y sin cambios considerables en la forma en que los sistemas de salud ofrecen atención, los costos asociados a las condiciones crónicas aumentarán dramáticamente conforme envejece la población. Además, si surgen mayores complicaciones producto de condiciones crónicas, éstas potenciarían el incremento normal del consumo en atención producto del envejecimiento (Francis, et al., 2012). Para 2030, los gastos globales en salud motivados por la diabetes serán 30-34% más altos de lo que eran en 2010. Sin embargo, la tasa de crecimiento del gasto relacionado a la diabetes variará según cada región: los países en desarrollo tendrán una tasa de crecimiento de 67% por 20 años, mientras que en los países desarrollados será de 27% (Zhang, et al., 2010).

⁵ El uso eficiente de los recursos limitados del sistema de salud, mecanismos sustentables de financiamiento de salud, el acceso a diagnósticos básicos y medicinas esenciales, la información médica organizada y los sistemas de consulta son imperativos para la cobertura universal de personas con ECNT o en riesgo de desarrollarlas. Estas personas requieren atención proactiva a largo plazo, centrada en el paciente, basada en la comunidad, y sustentable. Dicha atención sólo puede ser ofrecida equitativamente a través de sistemas de salud basados en la atención primaria (World Health Organization, 2010).

2. Metodología

Como parte de los esfuerzos por encontrar soluciones a los obstáculos presentados por la diabetes, en marzo de 2015 se creó la “Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud.” Su objetivo principal fue generar un espacio en donde expertos de distintas partes del mundo y de diferentes áreas —sectores público y privado, academia y sociedad civil— pudieran interactuar. La meta final era identificar cómo la corresponsabilidad puede ser definida, compuesta, implementada, evaluada y promovida en México y Latinoamérica.

La selección de los miembros de la Comisión se basó en conocimientos específicos y áreas de especialidad, que incluyeron: sistemas de salud en Latinoamérica, manejo de la diabetes y/o trabajo previo con conceptos similares a la corresponsabilidad, como el empoderamiento del paciente.⁶ La Presidenta y la Co-Presidenta de la Comisión—dos expertas con amplia experiencia práctica y académica en mejorar el manejo de la diabetes—guiaron el proceso.

Para facilitar la colaboración entre sus miembros, la Comisión se dividió en cuatro grupos, cada uno con un tema específico: definir el concepto de corresponsabilidad; la evaluación y valoración de la corresponsabilidad; las estrategias para fomentar de forma efectiva la corresponsabilidad desde los centros de salud de nivel primario; y finalmente, el involucramiento de familia y amigos en la corresponsabilidad. El siguiente cuadro presenta la lista completa de los miembros de la Comisión con sus grupos de trabajo correspondientes:

MIEMBROS DE LA COMISIÓN PARA FORTALECER LA CORRESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS Y PROVEEDORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD			
Martha M. Funnell , Universidad de Michigan (EUA) Presidenta			
Fabiola Prado , Diabetcentro (Guatemala) Co-Presidenta			
Ab GRUPO 1: EL CONCEPTO DE CORRESPONSABILIDAD		Doc GRUPO 2: EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD	
Angela Spatharou , McKinsey & Company (Grecia/México) Domingo Orozco , Centro de Salud Cabo Huertas (España) Linda Siminerio , Universidad de Pittsburgh (EUA) Marina Rull , Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (México) Miguel Escalante Pulido , Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social (México)		Gretchen Piatt , Universidad de Michigan (EUA) Heloisa De Carvalho Torres , Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil) Judith Heichelheim , Population Services International (EUA) Richard Holt , Universidad de Southampton (Reino Unido) Sergio C. Hernández , Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (México)	
Ab GRUPO 3: ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR DE MANERA EFECTIVA LA CORRESPONSABILIDAD DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		Doc GRUPO 4: ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR EL INVOLUCRAMIENTO DE LA FAMILIA Y AMIGOS EN LA CORRESPONSABILIDAD	
Ann Albright , National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (EUA) Antonio Heras , Instituto Nacional del Seguro Social, IMSS-Prospera (México) Deborah Klein Walker , Abt Associates (EUA) Jesús F. González Roldán , Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (México) Jaime Mañalich , Instituto de Políticas Públicas en Salud, Universidad San Sebastián (Chile) Victoria A. Rajme , Salud, Educación y Creatividad (México)		Edwin B. Fisher , Universidad de North Carolina (EUA) Felipe Vázquez , Secretaría de Salud (México) Jaspal Sandhu , Gobee Group (EUA) Lawrence Fisher , Universidad de California, San Francisco (EUA) Teresa Terrén , Fundación Más que Ideas (España)	

(EN ORDEN ALFABÉTICO, SEGÚN PRIMER NOMBRE)

⁶ Tal vez la mayor limitación de la Comisión fue que no incluyó pacientes con diabetes o representantes de grupos de pacientes con diabetes como miembros del equipo. A pesar de que se realizaron esfuerzos para incluir a grupos de pacientes mexicanos, no se identificó ninguno que estuviera enfocado en la Diabetes Tipo 2 y pudiera representar de forma completa la perspectiva de los pacientes mexicanos. Futuras reuniones de expertos en la materia deberían considerar seriamente la necesidad de incluir una proporción mayor de pacientes o representantes de grupos de pacientes.

El trabajo de la Comisión se llevó a cabo en tres fases principales, a la par de las cuales fue realizada una revisión de literatura sobre el tema. Estas etapas son:

1. Identificación preliminar de áreas de interés e ideas centrales: todos los miembros de la Comisión fueron invitados a compartir sus pensamientos iniciales sobre los temas a tratar en sus grupos respectivos. Este proceso se hizo con base en una serie de preguntas guía, diseñadas para identificar las ideas iniciales y las áreas de interés centrales de cada miembro.

2. Discusión y análisis: se repartió un artículo de discusión preliminar a todos los miembros de la Comisión con el fin de facilitar las conversaciones alrededor de cada tema. Esta interacción se dio a través de opiniones escritas, conferencias a distancia durante junio y julio, y en una reunión que tuvo lugar el 6 de agosto de 2015 en la Ciudad de México.

3. Priorización de recomendaciones y diseminación de conclusiones: la Comisión identificó los principales obstáculos para la adopción de corresponsabilidad en el primer nivel de atención a la salud en México y Latinoamérica, y ofreció propuestas clave para superar cada uno de ellos. El presente documento contiene los principales resultados del trabajo desarrollado por la Comisión hasta agosto de 2015.



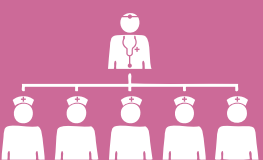
3. Obstáculos y soluciones para adoptar un modelo de atención con base en la corresponsabilidad.

3.1. Resumen ejecutivo

Existen múltiples obstáculos que deben ser enfrentados y superados para poder implementar un modelo de atención a la salud con base en la corresponsabilidad. Para posicionar firmemente a la corresponsabilidad al frente del cuidado de la diabetes, todas las soluciones propuestas deben ser integrales y consideradas con el mismo nivel de importancia. El presente resumen ejecutivo sintetiza a grandes rasgos los obstáculos y soluciones identificados. Después se señala un apartado con descripciones detalladas de cada obstáculo y solución propuesta, seguido de herramientas prácticas y soluciones diseñadas a partir de lo encontrado en la revisión de literatura y en experiencias previas. La lista de herramientas prácticas y soluciones no es exhaustiva, pero sirve como una referencia útil y funcional sobre cómo fomentar la corresponsabilidad desde el primer nivel de atención. Finalmente, se realiza un balance entre el impacto positivo y las limitantes existentes.



Resumen ejecutivo de los obstáculos y sus soluciones

	OBSTÁCULO	SOLUCIÓN
APROXIMACIÓN GENERAL AL MANEJO DE LA DIABETES 	I. La diabetes es vista como una enfermedad, no como una condición El modelo de atención tradicional no ha sido capaz de hacer frente a la epidemia de diabetes principalmente porque la trata como una enfermedad y no como una condición. La diabetes requiere un manejo continuo e integral.	Transitar hacia un paradigma de corresponsabilidad La corresponsabilidad es al mismo tiempo un proceso y un resultado. Busca establecer una relación simétrica entre los PS y los usuarios del sistema de salud, en donde ambos reconozcan y estén de acuerdo con sus deberes específicos relacionados al cuidado de una ECNT. Considera todos los aspectos psicosociales, de comportamiento y clínicos que rodean al manejo de una ECNT, incluyendo el reconocimiento y el uso de redes de apoyo personales y comunitarias como facilitadoras de la tarea.
COMPONENTE SOCIAL DE LA DIABETES 	II. La diabetes es una condición socialmente transmisible Los hábitos y las tradiciones son compartidos por familias, comunidades y grupos sociales, y pueden incluir factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes.	Enfoque social para el cuidado de la diabetes La persona con diabetes debería tener los conocimientos y las competencias necesarias para beneficiarse de su ambiente social, o por lo menos minimizar las consecuencias de conductas nocivas. Se deben establecer y capacitar redes de apoyo para prevenir, aplazar o manejar la diabetes.
CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES 	III. Una gran proporción de pacientes y profesionales de la salud carecen de conocimientos y competencias suficientes para manejar la diabetes Hay una carencia generalizada de competencias de autocuidado entre personas con diabetes y los miembros de su familia, así como de conocimiento sobre tratamientos de ECNT basados en evidencia, comunicación efectiva y habilidades de comportamiento entre PS.	Educación formal con un enfoque de 360° Ofrecer educación formal en aspectos relacionados al cuidado de la salud para personas con diabetes, sus familiares y para PS, incluyendo tanto información y conocimiento como habilidades prácticas. Los PS deben ser educados en habilidades de comunicación para relacionarse con los pacientes, y posteriormente entrenados de manera adecuada para ofrecer a sus pacientes información educativa que fortalezca la corresponsabilidad.
ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS A LA DIABETES 	IV. Falta de atención a los aspectos emocionales Los aspectos psicosociales actúan como barreras para el manejo de la diabetes. El modelo de atención tradicional tiende a desatender los sentimientos y las emociones, considerándolos irrelevantes y fuera del campo de acción de la atención médica. Además, condiciones de salud mental como la angustia causada por la enfermedad, la ansiedad y la depresión son muy comunes entre personas con diabetes y están directa e indirectamente relacionadas con desenlaces no deseados, al tiempo que inhiben la corresponsabilidad.	Atender los aspectos emocionales y psicosociales del padecimiento La atención ofrecida en el primer nivel debe considerar los aspectos emocionales y psicosociales para mejorar los resultados. Además de atender directamente estos asuntos, deben proporcionarse recursos, herramientas y referencias para que las personas con diabetes sean capaces de manejar mejor su condición.
RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR 	V. Atención impuesta desde arriba Algunos médicos abordan la atención desde un enfoque vertical, lo que puede resultar en una aproximación impositiva o condescendiente al manejo de la diabetes.	Acercamiento simétrico a la atención Modificar las consultas tradicionales para poner al paciente al mismo nivel del médico en el manejo de su condición, promoviendo un abordaje corresponsable de la atención.
COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD 	VI. “Médicos incuestionables” Como parte de algunos estereotipos culturales latinoamericanos se suele ver al médico como el único actor relevante en el cuidado de un paciente, en ocasiones incuestionable. Esto puede generar una relación asimétrica entre médicos y pacientes, así como entre los médicos y el resto del equipo de salud. Esta situación puede inhibir el desarrollo de un modelo de atención basado en el trabajo en equipo y la corresponsabilidad.	Diversificar el cuidado Todo el personal de salud, especialmente el personal de enfermería, debe ser incluido en el manejo corresponsable de la diabetes. Esto mejorará la atención al remover las barreras que existen en el sistema de salud entre un paciente y su equipo de salud.
NECESIDAD DE CAMBIO 	VII. Desinterés por el cambio Algunos pacientes y PS carecen de la motivación necesaria para cambiar sus prácticas actuales. Esto puede deberse a una falta de comprensión de la evidencia, comodidad con las prácticas establecidas, inercia, procesos complejos que resulta difícil modificar, o miedo a incurrir en gastos adicionales de tiempo y/o monetarios.	Incentivar el cuidado a la salud Rediseñar las estructuras de salud para incluir incentivos no monetarios como un motor para la adopción de la corresponsabilidad. Los incentivos deben reconocer comportamientos positivos y estar basados en una evaluación sistémica.

3.2. Obstáculos, soluciones, herramientas prácticas, impacto potencial y limitantes



I. APROXIMACIÓN GENERAL AL MANEJO DE LA DIABETES



Descripción del obstáculo: la diabetes es vista como una enfermedad, no como condición

El modelo de atención tradicional no ha sido capaz de hacer frente a la epidemia de diabetes principalmente porque la trata como una enfermedad, y no como una condición. Dado que la diabetes requiere un manejo continuo e integral, que atienda todos los aspectos del cuidado de la persona, es fundamental que los pacientes aprendan a vivir con la diabetes y a manejarla efectivamente para mejorar su calidad de vida y reducir los riesgos de complicaciones en el largo plazo.



Solución propuesta: Transitar hacia un paradigma de corresponsabilidad

La co responsabilidad aumenta la efectividad en el manejo de una condición. A pesar de que en algunos casos las complicaciones y consecuencias producto de la diabetes —como neuropatía y enfermedades cardiovasculares— no pueden evitarse, el riesgo de desarrollarlas puede ser reducido a través de la corresponsabilidad, además de que la calidad de vida del paciente y de su familia puede mejorar. Tanto los sistemas de salud y los PS, como los pacientes y sus familias, deben cambiar su acercamiento tradicional al manejo de la diabetes y optar por la corresponsabilidad. La Comisión ha definido la corresponsabilidad de la siguiente manera:

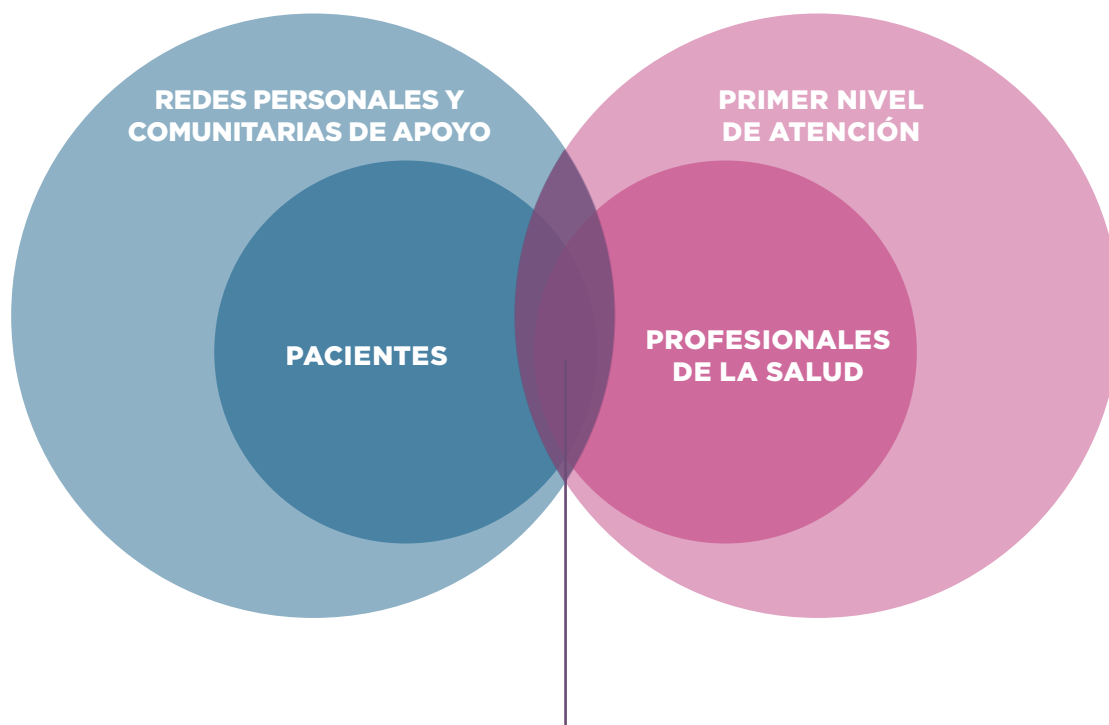
“La corresponsabilidad es al mismo tiempo un proceso y un resultado. Busca establecer una relación simétrica entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema de salud, en donde ambos reconozcan y estén de acuerdo en sus deberes específicos relacionados al manejo de una ECNT. Considera todos los aspectos psicosociales, de comportamiento y clínicos que rodean el cuidado de una ECNT, incluyendo el reconocimiento y el uso de redes de apoyo personales y comunitarias como facilitadoras de la tarea.”

Las personas que solicitan los servicios del sistema de salud para el cuidado de la diabetes u otra ECNT deben tener la capacidad de colaborar con sus proveedores, tomar decisiones informadas sobre su autocuidado, definir y alcanzar metas, hacer frente a las implicaciones psicosociales, conseguir apoyo familiar, actuar como parte de una comunidad, y ser capaces de exigir y ejercer sus derechos.

Los PS deben reconocer al paciente como un igual en el manejo de su padecimiento, y facilitar la toma de decisiones de manera compartida, considerando las prioridades del paciente, sus miedos, incertidumbres cotidianas e implicaciones derivadas de su contexto social. Además, deberían cumplir con los estándares de calidad establecidos para el cuidado de las ECNT y la educación del paciente, e implementar el manejo de la ECNT trabajando como parte de equipos de salud inter y trans-disciplinarios.

El primer nivel de atención a la salud debe facilitar la corresponsabilidad proporcionando acceso a la educación centrada en el paciente, promoviendo redes de apoyo personales y comunitarias, poniendo a disposición del tratamiento la infraestructura y los recursos humanos necesarios, y desarrollando una estructura que ofrezca incentivos para la adopción de corresponsabilidad. Las redes de apoyo personales y comunitarias son esenciales, puesto que son herramientas que facilitan la adopción de la corresponsabilidad.

RELACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES ACTORES INVOLUCRADOS EN LA ADOPCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD



La corresponsabilidad se desarrolla principalmente en la interacción entre pacientes y PS. Las redes personales y comunitarias de apoyo son fuentes de ayuda para fortalecer el manejo corresponsable de la diabetes. El sistema de salud debe proveer las condiciones para facilitar este proceso.

Es importante tener en cuenta que la corresponsabilidad no es un estado que el paciente adquiere de manera permanente, sino un estado cambiante que requiere atención constante. Por ello, su adopción debe verse como un proceso continuo y no como una meta que se alcanza en un momento específico. Puesto que vivir con diabetes implica también envejecer con diabetes, la corresponsabilidad exige un abordaje de largo plazo para el manejo de esta condición.



Limitantes de la propuesta

Para adoptar la corresponsabilidad se requiere una modificación sustancial del paradigma tradicional de la atención, y es natural que el proceso enfrente varios obstáculos y oposiciones debidos a estigmas, aspectos culturales o intereses políticos. Además, a los PS y a los sistemas de salud generalmente les toma tiempo cambiar y adoptar nuevos paradigmas de atención. Sin embargo, la amenaza que representan la diabetes y otras ECNT es inminente y requiere de un cambio inmediato. La definición ofrecida por la Comisión es una oportunidad de unificar la perspectiva sobre la corresponsabilidad que tienen los distintos actores involucrados en su desarrollo.



II. COMPONENTE SOCIAL DE LA DIABETES



Descripción del obstáculo: la diabetes es una condición socialmente transmisible

Aunque la diabetes no es una condición infecciosa que pueda ser pasada de una persona a otra, los hábitos y las tradiciones —que se transmiten a través de la familia, las comunidades o los vínculos sociales— sí pueden conllevar factores de riesgo para la diabetes (Christakis & Fowler, 2007). Se ha comprobado que la diabetes y la obesidad son “transmisibles” en el sentido de que aumentan considerablemente la probabilidad de que un miembro de la familia o un amigo desarrolle la misma enfermedad.⁷



Solución propuesta: Enfoque social para el cuidado de la diabetes

La diabetes debe ser entendida y aceptada como una condición en la que los pacientes se encuentran rodeados por distintos actores que pueden apoyar o influenciar su desarrollo. Tratar la diabetes desde un enfoque social es más efectivo que hacerlo desde una perspectiva individualista, pues la familia y el apoyo social influyen en el manejo del padecimiento. La persona con diabetes debería tener el conocimiento y las competencias necesarias para beneficiarse de su ambiente social o minimizar o evitar las consecuencias de las conductas nocivas propiciadas por otros. Las redes de apoyo, incluyendo familia, amigos y comunidades, facilitan y pueden mejorar el autocuidado de la diabetes. Los centros de salud del primer nivel de atención pueden posibilitar el proceso a través de tres dimensiones: primero, los PS deben proporcionar las herramientas y la información necesaria para que el paciente aprenda que el apoyo familiar es benéfico y conozca estrategias para conseguirlo. Segundo, los sistemas de salud deben ofrecer estrategias para consolidar y fortalecer el apoyo familiar y social. Tercero, apoyo entre pares, grupos de apoyo, y actividades comunitarias pueden ser organizados para apoyar a aquellos que de otro modo podrían encontrarse en riesgo de estar socialmente aislados.⁸



Herramientas prácticas y estrategias para fortalecer la solución propuesta

✂ **Fotonovelas y otros materiales impresos:** Pequeños folletos que narren una historia dramática utilizando fotografías y leyendas que sean especialmente útiles para audiencias con bajos niveles de alfabetización (Unger, et al., 2013).⁹

✂ **Reuniones paciente-familia:** Reuniones entre PS (entrenados en competencias de mediación), personas con diabetes y sus familias. Su objetivo es proporcionar información sobre la condición, los factores psicosociales que la rodean y la importancia del apoyo social. Las reuniones pueden tener como resultado la toma de decisiones o el establecimiento de metas tanto para los pacientes como para sus familiares (García-Huidobro, et al., 2011).

✂ **Compartir experiencias:** Ejercicio de sensibilización para familiares de los pacientes sobre la experiencia de una persona que vive con diabetes. Los miembros de la familia se realizan una punción en el dedo, una inyección de “insulina” (con una solución salina), usan anteojos especiales para experimentar visión reducida, y ejecutan otros ejercicios prácticos (Guthrie & Guthrie, 2009).

✂ **Iniciativas comunitarias preexistentes:** Recursos comunitarios existentes, como los que ofrecen las iglesias, empleadores, equipos deportivos y otras instituciones similares.

⁷ Estudios demuestran que el riesgo de un individuo para desarrollar diabetes tipo dos incrementa un 26% cuando su cónyuge tiene la condición. Reconocer riesgos compartidos entre cónyuges puede mejorar las posibilidades de detección de la diabetes y motivar a las parejas a aumentar sus esfuerzos colaborativos para mejorar sus hábitos alimenticios y de ejercicio (Leong, et al., 2014). Entre amigos del mismo sexo, se encontró que la probabilidad de que un hombre desarrolle obesidad aumenta un 100% si su amigo se vuelve obeso. Entre hermanos adultos, la probabilidad de que uno se vuelva obeso aumentó 40% si el otro lo hizo. Entre parejas casadas, cuando uno desarrollaba obesidad, la pareja era 37% más propensa a hacer lo mismo. No se observó ningún efecto de aumento de riesgo en una persona si un vecino cercano se volvía obeso. (Christakis and Fowler 2007).

⁸ Los programas educativos y materiales complementarios enfocados en las consecuencias positivas de un manejo proactivo de la enfermedad tienen mayor impacto que aquellos enfocados en las consecuencias negativas de un mal manejo de la enfermedad (Delamater, 2006).

⁹ En Estados Unidos, estos materiales se han utilizado con poblaciones hispanas como apoyo educativo para mejorar la comunicación entre familiares sobre temas relacionados con la diabetes, con resultados positivos (Unger, et al., 2009).

✖ **Apoyo entre pares:** Personas que viven con la misma condición (pacientes o familiares y amigos de pacientes) y que han recibido capacitación relacionada con su manejo, además de un importante apoyo social, emocional y práctico en el cuidado cotidiano de las ECNT. Estos pueden apoyar tanto a los pacientes como a sus familias, canalizar a las personas con diabetes con servicios de atención clínica y recursos comunitarios, así como brindar apoyo continuo por periodos de tiempo extendidos.

✖ **Grupos de apoyo:** Reuniones o grupos que buscan enfatizar el autocuidado facilitado por un PS capacitado (por ejemplo, educadores en diabetes). Combinan el conocimiento y las habilidades de PS con el intercambio de experiencias entre miembros que comparten un problema de salud común.

Impacto potencial

✖ Mejora del manejo de la enfermedad, incluyendo el control metabólico, los estilos de vida saludables, las estrategias adaptativas para afrontar problemas, y la calidad de vida (Fisher, et al., 2014).

✖ La presencia de personas de confianza y apoyo social está relacionada con una mejor calidad de vida de las personas con diabetes, una menor propensión hacia la depresión, y un mejor manejo de la misma.¹⁰ (Fisher, et al., 2012).

Limitantes de la propuesta

⊗ Los familiares y amigos de las personas con diabetes deben tener una opinión sobre el apoyo que pueden y están dispuestos a dar, y no se puede forzar u obligar su apoyo.¹¹ Las familias tienen sus propias preocupaciones, necesidades y tareas relacionadas al padecimiento de su ser querido, y éstas deben ser identificadas y tomadas en cuenta cuando se les involucra en las dinámicas de apoyo familiar.

⊗ Es fundamental evitar una situación en donde personas con diabetes que son autosuficientes se vuelvan demasiado dependientes de otros para el manejo de su padecimiento. A pesar de que el apoyo directivo—ayudar con tareas, dar consejos, alentar a tomar pasos importantes—en ocasiones puede ayudar al paciente a enfrentar un reto nuevo, el apoyo social no debe imponerse, amenazar la autonomía de una persona, ni crear relaciones de dependencia entre el paciente y las personas que lo respaldan. Al contrario, es dentro del contexto de esta autonomía que una persona puede decidir incluir a otros. (Williams, et al., 1998).

⊗ La mayor virtud de la información es que da pie a prácticas de apoyo específicas para la diabetes. Sin embargo, dar esta información a los amigos y familiares de los pacientes no es una solución absoluta; la misma información que incentiva al apoyo también puede orillar a las personas a conductas que no resulten benéficas (molestar o culpar a la persona con diabetes).¹² La persona con diabetes, al ser la encargada de conseguir el apoyo de su familia, puede controlar el tipo de atenciones recibidas, lo que puede ayudar a evitar cuidados excesivos y perjudiciales.¹³

⊗ Las estrategias para impulsar redes de apoyo deben responder al contexto específico de cada centro de salud. No debe intentarse replicar una red de apoyo de otro centro de salud sin antes haber realizado las adaptaciones y modificaciones necesarias.

¹⁰ Se ha estimado que el 25% de las personas con diabetes presentan síntomas de depresión. La diabetes parece ser un factor de riesgo de la depresión, que a su vez ha sido relacionada con un mal cuidado de la diabetes, complicaciones, mortalidad e incrementos de gastos en salud (Fisher, et al., 2012).

¹¹ De acuerdo al estudio DAWN-2, casi la mitad de los miembros de la familia sienten que su bienestar emocional fue afectado negativamente por el hecho de tener a un familiar con diabetes tipo 1 o tipo 2; el 35.3% siente que apoyar al familiar con diabetes es una carga (Kovacs Burns, et al., 2013).

¹² Un estudio realizado por Mayberry y Osborn identificó que los miembros de la familia que sabían más sobre diabetes eran percibidos por el paciente como quienes realizaban mayores acciones específicas de apoyo. Sin embargo, contar con más conocimiento no está asociado con que los miembros de la familia tuvieran menos conductas perjudiciales (Mayberry & Osborn, 2012), como reproches, bullying o asumir el papel de "policía de la diabetes".

¹³ Las atenciones excesivas y perjudiciales son un intento por actuar de manera positiva, pero terminan afectando la independencia de los individuos. Estas conductas llevan a conflictos en las relaciones que rodean a la diabetes; han sido asociadas con la rebeldía y los desenlaces no deseados del tratamiento en adolescentes que presentan la condición. Conductas demasiado atentas son asociadas con niveles bajos de actividad física y menores niveles de autoeficacia en el manejo de la diabetes, incluso cuando las personas con diabetes ven estas conductas como benéficas (Mayberry & Osborn, 2012).



III. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES



Descripción del obstáculo: una gran proporción de pacientes y profesionales de la salud carecen de los conocimientos y competencias suficientes para tratar la diabetes

Los conocimientos y competencias relacionados a la diabetes que tienen los pacientes y PS no siempre son suficientes. Entre las personas con diabetes y sus familiares, las competencias de autocuidado tienden a ser escasas.¹⁴ Desafortunadamente, los PS se encuentran en una situación similar: existe una falta generalizada de conocimientos sobre el manejo de las ECNT, comunicación efectiva y competencias conductuales.¹⁵ A pesar de que las habilidades de comunicación de los PS son indispensables para el desarrollo de una relación equitativa entre paciente y proveedor, la formación médica tradicional no las contempla. Esto limita las habilidades tanto de pacientes como de PS para tratar la diabetes de manera conjunta, puesto que es muy difícil para los pacientes y los PS comprometerse a algo que no les es claro.



Solución propuesta: educación formal con un enfoque de 360°

Tanto los usuarios como los proveedores del sistema de salud requieren estar inmersos en un proceso educativo constante y enfocado en sus necesidades, que les proporcione información, técnicas de conducta, estrategias de reconocimiento y solución de problemas, así como competencias prácticas para el autocuidado. Este proceso debería generar un ecosistema de apoyo que involucre a los individuos y a las personas cercanas a ellos (Dixon-Fyle, et al., 2012). Todos los involucrados —los pacientes, sus familias y círculos cercanos, y el personal que interactúa con ellos en los centros de salud— deberían recibir educación sobre el autocuidado de la diabetes con el fin de aumentar la corresponsabilidad.¹⁶

Las personas con diabetes deben entender la condición para poder manejarla, lo mismo que sus familiares y amigos para poder apoyar cuando sea necesario. Este tipo de educación debería ser impartida por PS entrenados en educación para el autocuidado, capaces de ver al paciente como parte del equipo de salud, y de considerar el conocimiento del paciente sobre la condición como un recurso valioso, y no una amenaza (Snow, et al., 2013).

Para fortalecer la educación general y la capacitación del personal de la salud sobre el manejo de la diabetes, es necesario que se provea educación específica sobre diabetes a los PS. Ésta puede ser proporcionada por un PS que esté especializado en el área.

Se debe proporcionar capacitación específica a los PS para la aplicación de herramientas y estrategias que alientan la corresponsabilidad. La mayoría de estas estrategias dependen de la disponibilidad de un PS capacitado para impartir estas capacitaciones. Si los PS no están entrenados correctamente en las estrategias, es probable que los esfuerzos por promover la corresponsabilidad sean limitados.

La comunicación efectiva entre pacientes y PS es un componente fundamental del tratamiento clínico. Sin embargo, un número importante de PS —particularmente médicos— tienden a sobrevalorar sus capacidades de comunicación (Fong Ha & Longnecker, 2010). Es elemental entrenar a los PS para que desarrollen competencias de comunicación efectiva, específicamente diseñadas para promover la corresponsabilidad; esto permitirá construir una relación colaborativa con los pacientes y proporcionarles atención centrada en ellos.

¹⁴ Para la mayoría de los pacientes, el problema no es que no sepan qué hacer, sino que no saben cómo llevarlo a cabo en el contexto de su vida cotidiana (Funnell, et al., 2014). Menos de un cuarto (23.1%) de los miembros de la familia incluidos en los reportes DAWN-2 participan en programas educativos o actividades relacionadas a la diabetes. México es uno de los países con niveles de participación más bajos, con una proporción de menos de 20% (Kovacs Burns, et al., 2013).

¹⁵ Los PS en los centros de salud del primer nivel de atención normalmente no tienen una especialización formal en el manejo de ECNT, y su capacitación básica no enfatiza el manejo de la diabetes. Por ejemplo, el programa que entrena a los médicos cirujanos generales en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece entrenamiento en diabetes principalmente a través de la clase de "Endocrinología". Ocho horas de clase están asignadas a la teoría, 16 a la práctica específica para tratar la Diabetes y 40 horas adicionales a otros temas relacionados, como Síndrome Metabólico y Obesidad (Fundación IDEA, 2014). Además, los PS generalmente no reciben educación continua o adicional: en una encuesta realizada por la Fundación Carlos Slim a los PS inscritos en su programa de educación en línea, 70% reportó que no habían recibido entrenamiento formal relacionado al manejo de las ECNT desde su graduación (Tapia-Conyer, et al., 2012).

¹⁶ El apoyo y la educación para el autocuidado de la diabetes implican la adquisición de conocimiento, resolución práctica de problemas, y estrategias conductuales para el autocuidado, además de lograr la aplicación de estrategias que transformen la realidad social de la salud (Frenk, et al., 2010).

🧑 Todos los profesionales que participan en el sistema de salud —no sólo médicos, enfermeras, nutriólogos y psicólogos, sino también farmacéuticos, encargados de laboratorio y personal administrativo— deben ser capaces de atender las preocupaciones conductuales y emocionales del paciente. Para ello, es necesario que cuenten con conocimientos básicos de salud, así como habilidades de comunicación efectiva y estrategias conductuales. Aunque el personal que no forma parte del equipo de profesionales de la salud pueda tener competencias limitadas para el tratamiento de los pacientes, sí podría evaluar situaciones sencillas o básicas, ofrecer apoyo y canalizar a los pacientes los recursos que necesitan.

Un programa educativo que incluya a todos los involucrados en el manejo de la diabetes, y que aporte información, competencias para afrontar problemas, estrategias de conducta y habilidades prácticas —con un enfoque de 360°— es uno de los pilares fundamentales de la corresponsabilidad.

🔧 Herramientas prácticas y estrategias para fortalecer la solución propuesta

✂ **Programas integrales de apoyo y educación para el autocuidado:** Programas de educación para pacientes que incluyan orientación y asesoría para ampliar sus conocimientos sobre cómo manejar su condición, pueden ser impartidos en los centros de salud, en otras instalaciones en donde suelen reunirse los miembros de la comunidad, como escuelas o iglesias (Instituto de Políticas Públicas en Salud, 2015), o incluso en los domicilios de los pacientes o a través de los recursos tecnológicos disponibles (Tapia-Coyner, et al., 2014).¹⁷ Los programas de educación para el autocuidado deberían basarse en estándares de educación sobre autocuidado e integrar todos los aspectos emocionales, de comportamiento y clínicos de la diabetes u otras ECNT.

✂ **Programas de promoción de autocuidado:** Programas diseñados para que los usuarios obtengan experiencia práctica sobre procedimientos y adquieran las competencias específicas necesarias para el autocuidado (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

✂ **Programas de capacitación para cuidadores:** Programas enfocados en la capacitación de familiares y otros cuidadores informales para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la persona que requiere su atención. El entrenamiento es impartido por PS a domicilio o en el centro de salud, aunque, en algunos casos, otros cuidadores como los pares, también pueden impartirlo.

✂ **Programas de aprendizaje colaborativo:** Un sistema de aprendizaje de corta duración (de 6 a 15 meses) que reúne a un número considerable de equipos de hospitales y clínicas que buscan mejorar en un área específica. Tradicionalmente, cada equipo envía varios miembros a cada sesión de aprendizaje (Improving Chronic Illness Care, 2015).¹⁸

✂ **Programas de capacitación para PS:** Programas diseñados para entrenar a los PS en la implementación de múltiples estrategias relacionadas con la adopción de un manejo corresponsable de la diabetes. Las sesiones de entrenamiento no deben interferir con las responsabilidades de los PS dentro de los centros de salud, y pueden ser impartidas mediante una plataforma virtual. Estos programas también pueden fortalecer los conocimientos de los PS sobre la diabetes y otras ECNT, así como sus competencias de comunicación efectiva.

¹⁷ El contenido educativo siempre debe realizarse con base en la evidencia. La educación efectiva para el autocuidado de la diabetes debe seguir estándares y proporcionar información útil y relevante, con base en las experiencias, inquietudes y problemas de los participantes. Estos programas deben utilizar un lenguaje sencillo, adaptado al contexto cultural de la población objetivo. La inclusión de miembros de la familia puede facilitar el involucramiento y apoyo familiar. Un ejemplo de estos programas es la Escuela de Pacientes desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde llevan a cabo talleres sobre enfermedades crónicas para mejorar la calidad de vida de las personas con una condición crónica y sus familias, a través del entrenamiento mutuo (Junta de Andalucía, 2015). Desde su creación en 2008, más de 10,000 personas han recibido capacitación. La Escuela de Pacientes ha tenido resultados positivos al mejorar la relación médico-paciente, incrementar el autoestima, formar pacientes más activos y responsables, adoptar estilos de vida saludables y reducir el número de consultas (March, 2015).

¹⁸ A través del aprendizaje mutuo, equipos de distintas organizaciones trabajan en conjunto con el objetivo de preparar a los proveedores para que prueben e implementen cambios en plazos cortos, con lo que pueden lograrse mejoras duraderas (Institute for Healthcare Improvement, 2015).



Impacto potencial

- ✦ Las intervenciones en educación para el autocuidado resultan efectivas para lograr cambios alimenticios y mejorar la frecuencia del monitoreo de la glucosa en la sangre (Heinrich, et al., 2010). Adicionalmente, se ha visto que inciden de una forma positiva en resultados clínicos (indicadores biomédicos), psicosociales y de comportamiento (Powers, et al., 2015).
- ✦ Los resultados de la mayoría de las estrategias para promover la corresponsabilidad dependen de la presencia de PS capacitados y que estén involucrados en la implementación y operación de las mismas (Scambler, et al., 2012).
- ✦ Educar al personal de las clínicas de salud facilita la integración interdisciplinaria, homologa los objetivos clínicos y puede mejorar la comunicación y el uso eficiente de recursos al interior de la clínica.

Limitantes de la propuesta

- ⊗ La alfabetización y el nivel de educación promedio pueden complicar la educación sobre la diabetes.¹⁹ algunos estudios han indicado que a los pacientes que viven en áreas rurales —en donde los niveles de alfabetización tienden a ser menores que en áreas urbanas— tienen mayores complicaciones para contestar preguntas de conocimientos básicos sobre la diabetes, en comparación con los que viven en áreas urbanas (Bustos Saldaña , et al., 2007). Por ello, las estrategias educativas deben considerar las características y la cultura de la población local, y adaptarse a ellas.²⁰
- ⊗ Los centros de salud operan con recursos limitados, particularmente en relación al tiempo de los PS. Sin embargo, los gastos por corresponsabilidad —sean monetarios o de otro tipo— deben ser considerados como una inversión, puesto que tienen el potencial de reducir los costos de complicaciones futuras. Este enfoque sobre la eficiencia debe ser transmitido a los centros de salud del primer nivel de atención.
- ⊗ La escalabilidad también es una limitante. Los programas educativos y de capacitación requieren esfuerzos continuos así como asignación de recursos. Estos pueden ser utilizados de una manera más eficiente a través de iniciativas grupales y colaborativas, que ahorran recursos al entrenar a varias personas al mismo tiempo y que coordinan esfuerzos entre distintos centros de salud.

¹⁹ De acuerdo a la OCDE, sólo el 37% de los adultos (25-64 años) en México han cursado por lo menos la educación secundaria, mientras que el promedio en el mismo rubro para los países inscritos en la OCDE es de 75% (OECD, 2014).

²⁰ Vale la pena mencionar que niveles más altos de alfabetización no garantizan automáticamente mejores resultados en cuestiones de salud. Un modelo de atención que fomenta la corresponsabilidad debe facilitar que cada persona con diabetes tenga acceso a información, estrategias conductuales y de afrontamiento de problemas, y habilidades prácticas, para poder transformar las situaciones personales y sociales relacionadas con la diabetes.



IV. ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS A LA DIABETES



Descripción del obstáculo: Falta de atención a los aspectos emocionales

La angustia psicosocial —relacionada o no con la diabetes— tiene un efecto negativo en los resultados clínicos y representa una barrera para el manejo de la diabetes. Sin embargo, las consultas médicas actuales no suelen considerar los aspectos emocionales del paciente, y los PS hacen recomendaciones estandarizadas para todos los pacientes enfocadas exclusivamente en sus resultados clínicos. Esto limita la corresponsabilidad pues crea una barrera emocional que dificulta la comunicación entre los pacientes y los PS. Adicionalmente, otras condiciones de salud mental como la ansiedad y la depresión —que son comunes entre pacientes— suelen quedar desatendidas.²¹ Dichas condiciones frecuentemente están vinculadas con resultados no deseados y dificultan asumir responsabilidad sobre el padecimiento y su tratamiento (Kendzor, et al., 2014).



Solución propuesta: atender y apoyar los aspectos emocionales y psicosociales del padecimiento

La atención ofrecida por los centros de salud de primer nivel debe considerar las emociones para poder mejorar sus resultados. La angustia asociada a la diabetes, depresión, ansiedad, falta de ánimo y otros aspectos psicosociales son comunes entre quienes viven con diabetes, y deben ser identificados y atendidos en el cuidado diario. Durante las visitas de rutina, los PS deben considerar al paciente de manera integral, lo que implica identificar y abordar las emociones como parte de la atención de las ECNT. Los PS también deben estar en condiciones de identificar los trastornos mentales agravados o provocados por las enfermedades no transmisibles y, en caso de ser necesario, referir al paciente con un especialista.

Para asegurarse de que las personas con diabetes pueden enfrentar los retos cotidianos causados por su padecimiento, las conversaciones durante las visitas médicas deben ayudar a identificar y atender cualquier complicación emocional que experimente el paciente. Se deben ofrecer recomendaciones personalizadas a partir de estos aspectos, incluyendo, si es necesario, canalizar al paciente a ciertas estrategias que le sirvan para enfrentar sus problemas (como la educación para el autocuidado, el apoyo entre pares y los grupos de apoyo o autoayuda). Se deben promover estrategias para incentivar la interacción entre personas que comparten la misma condición para que puedan compartir experiencias y aprender entre sí.



Herramientas prácticas y estrategias para fortalecer la solución propuesta

✂ **Agenda compartida:** Herramienta práctica diseñada para mejorar la comunicación entre el paciente y el proveedor. Implica tener un pequeño formato en la sala de espera de la clínica, en el cual los pacientes puedan indicar el área que más les preocupa o dificulta, por qué les causa problemas, cómo se sienten al respecto y qué les gustaría que hiciera el PS durante la visita para atender esta preocupación. Esto permite que el paciente se prepare para la consulta, que posteriormente empieza con la pregunta “¿Qué es lo que más le preocupa o inquieta sobre el manejo de su ECNT? o, “¿Qué es lo que le parece más difícil en el manejo de su ECNT?” Esto ayuda a centrar la consulta en el paciente, en vez de hacerlo en los resultados clínicos o en los síntomas de la enfermedad; reconoce el valor de la experiencia y el conocimiento del paciente, y resulta elemental para el establecimiento de un ambiente de corresponsabilidad.

²¹ Alrededor del 25% de las personas con diabetes presentan síntomas de depresión. La diabetes parece ser un factor de riesgo de la depresión, que a su vez ha sido relacionada con un mal cuidado de la diabetes, complicaciones, mortalidad e incrementos de gastos en salud (Fisher, et al., 2012). En la mayoría de los casos, muchos de los síntomas de la depresión en pacientes con diabetes no son parte de una depresión clínica, sino resultado de sentimientos de frustración, miedo, culpa, enojo y sobrecarga por las actividades y cambios que les impone su condición. Esto se conoce como angustia relacionada a la diabetes (en inglés, Diabetes-related Distress) (American Diabetes Association, 2014).

✗ **Grupos de autoayuda:** Pequeños grupos de personas que comparten una condición se reúnen de manera regular para darse apoyo psicosocial, mediante el intercambio de experiencias y emociones asociadas a su salud, así como información y soluciones prácticas a problemas comunes.

✗ **Diario de autocuidado:** Un diario en donde la persona con diabetes da seguimiento a su autocuidado, a sus metas conductuales, psicosociales y clínicas. Esta herramienta es revisada durante las consultas para ofrecer mayor información y enriquecer la interacción.

✗ **Programas psicoeducativos (educación ampliada para los pacientes):** Programas que brindan información sobre cómo afecta el manejo de la diabetes las relaciones familiares, la toma de decisiones y la resolución de conflictos entre los miembros de la familia. Estos esfuerzos buscan aumentar el nivel de comprensión sobre la enfermedad para facilitar la aceptación y adaptación a la nueva situación, tanto a nivel personal como social. La psico-educación generalmente se imparte en un formato de grupos multifamiliares dirigidos por un PS entrenado, aunque algunos programas utilizan combinaciones distintas (Fisher & Weihs, 2000).²²

✗ **Estrategias para incentivar el apoyo familiar:** Las estrategias que incentivan el apoyo familiar —como las fotonovelas educativas, las reuniones paciente-familia, los programas de apoyo mutuo y los programas para compartir experiencias— tienen un impacto positivo en los aspectos psicosociales del paciente.²³

✗ **Apoyo entre pares:** [Véase definición de “apoyo entre pares” en “Componente social de la diabetes”].



²² La implementación de programas psicoeducativos requiere un nivel de capacitación especializada y avanzada. Una alternativa a considerar para implementar esta estrategia es contratar a expertos externos.

²³ Estas estrategias se describen como parte de la sección “Falta de atención a los aspectos emocionales del cuidado” en la página 14 del presente documento.

Impacto potencial

- ✱ Proporciona a los pacientes la confianza y las herramientas necesarias para identificar y enfrentar los aspectos emocionales causados o agravados por la diabetes. Del mismo modo, posibilita que los pacientes reconozcan y atiendan las barreras emocionales que puedan interferir con un manejo óptimo de su condición.
- ✱ Facilita la creación de redes de apoyo sólidas.
- ✱ Reduce la depresión, la angustia causada por la diabetes y otras condiciones psicosociales.
- ✱ Impacta directamente en los resultados clínicos, al mejorar el estado emocional del paciente.²⁴
- ✱ Facilita la generación de una relación paciente-proveedor basada en la confianza y el entendimiento mutuo. Estas relaciones mejoran la comunicación entre los pacientes y los PS, y facilitan la toma de decisiones en conjunto.

Limitantes de la propuesta

- ⊗ Un reto importante cuando se busca incorporar los aspectos psicosociales de la diabetes a su manejo es su potencial escalabilidad. Involucrados requieren capacitación especializada y constante, retroalimentación y evaluación. Si no se ofrece un entrenamiento adecuado y suficiente a los PS, las estrategias propuestas no tendrán un impacto positivo. Los sistemas de salud deben identificar sus limitaciones, especialmente en cuanto al tiempo disponible de los PS, y a partir de ello definir sus estrategias.
- ⊗ Dar atención emocional puede consumir tiempo y podría requerir apoyo adicional fuera de la visita médica rutinaria. Sin embargo, esto puede lograrse capacitando a otros miembros del equipo de salud para proporcionar el apoyo necesario e informar sobre estrategias para afrontar los problemas de comportamiento y emocionales relacionados con la diabetes. Además, es importante vincular al paciente con recursos útiles u otros especialistas en el manejo de este padecimiento.
- ⊗ Algunas de las herramientas propuestas para atender los aspectos psicosociales de la condición (especialmente las iniciativas de grupo) pueden ser difíciles de programar por cuestión de horarios disponibles. No todos los pacientes disponen de horarios flexibles, y los centros de salud deben ofrecer alternativas para que puedan desarrollar corresponsabilidad en los tiempos que les sean convenientes.
- ⊗ Centrarse sólo en las emociones no es suficiente; el manejo de la diabetes también debe considerar los aspectos clínicos y de comportamiento relacionados con la enfermedad. Estas propuestas no buscan disminuir el papel clave de los médicos en el control de la diabetes, sino permitirles concentrarse mejor en los aspectos médicos de sus pacientes.

²⁴ La salud emocional positiva puede facilitar el autocuidado crónico y mejorar los resultados clínicos (Robertson, et al., 2012).



V. RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR



Descripción del obstáculo: Atención impuesta desde arriba

Algunos médicos abordan la atención de un modo vertical, de manera que el PS toma las decisiones y espera que los pacientes las cumplan. Esto puede resultar en un tratamiento impositivo o paternalista en torno al manejo de la diabetes, que produzca un desajuste en los objetivos del tratamiento (Heisler, et al., 2003).



Solución propuesta: Enfoque simétrico a la atención

El manejo adecuado de la diabetes no se trata de apegarse o cumplir un tratamiento impuesto. Los PS deben aportar liderazgo para el rediseño de la práctica, transformando la manera en que tradicionalmente se ha estructurado la atención clínica para que se reconozca a la persona con el padecimiento como un igual en el manejo de su condición. Esto promueve una aproximación corresponsable al cuidado de la salud.

Involucrar al paciente permite un mejor aprovechamiento del tiempo disponible. Aun cuando el tiempo de interacción entre el paciente y el PS en consulta pueda ser breve, no debe ser subestimado, pues existe evidencia de que incluso las intervenciones cortas pueden tener impactos significativos (Stewart & Fox, 2011). Se debe explotar el potencial de las consultas como momentos educativos en los que sea posible diseñar, en conjunto, planes de tratamiento y estrategias de implementación para llevarlos a cabo.

Una parte considerable de la consulta debería estar enfocada en las necesidades e inquietudes identificadas de la persona con la ECNT. Los encuentros entre PS y personas con diabetes pueden empezar preguntando por las inquietudes del paciente (“¿Qué asunto, inquietud o problema le gustaría tratar hoy?”). Esto asegurará que el encuentro esté centrado en el paciente e incluya temas que sean relevantes para el mismo, y que los asuntos identificados por el PS puedan ser abordados antes de finalizar la visita.





Herramientas prácticas y estrategias para promover la solución propuesta

✂ **Método demostrativo (verificación de lo aprendido):** Una técnica de comunicación que busca involucrar a los pacientes pidiéndoles que demuestren o expliquen en sus propias palabras lo que entienden que se revisó y acordó durante la consulta.²⁵

✂ **Toma de decisiones de manera conjunta:** Un método que busca construir una relación entre paciente y PS en donde ambos poseen información y pueden decidir de manera conjunta.²⁶ Tomar decisiones en conjunto busca otorgar autonomía al paciente, brindándole información y apoyando el proceso de toma de decisiones a través de tres tipos de conversaciones: conversación sobre sus preferencias, conversación sobre las opciones, y conversación sobre la decisión.²⁷

✂ **Diario de autocuidado:** [Véase definición de “diario de autocuidado” en “Aspectos emocionales relacionados al cuidado de la diabetes”].

✂ **Auto-evaluación:** Los actores reconocen su nivel actual de compromiso, su estado emocional y conductual, así como sus habilidades de autocuidado en un momento determinado. La autoevaluación debería aplicarse según el grado de responsabilidad de cada actor: autocuidado para las personas con diabetes y atención corresponsable para los PS.



Impacto potencial

- ✂ Mejora en la comunicación y el entendimiento entre el PS y sus pacientes con ECNT.
- ✂ Incremento de la satisfacción del paciente sobre el cuidado, las consultas, la información recibida y la comunicación con el proveedor.
- ✂ Mejora en apego a toma de medicamentos, autocuidado, calidad de vida y confianza en el PS.



Limitantes de la propuesta

- ⊗ Modificar los marcos cognitivos tradicionales de los médicos es uno de los mayores retos para lograr una implementación real de corresponsabilidad. En la mayoría de los casos, el cambio es posible si se ofrecen ciertos incentivos y/o se re-estructura la cultura institucional. Sin embargo, es importante tener en mente que algunos médicos se resistirán a modificar sus prácticas, pero el resto de los médicos que tengan la capacidad de cambiar deben ser abordados utilizando una estrategia integral que fomente la corresponsabilidad, como la que se propone en el presente documento. La siguiente sección propone alternativas sobre cómo puede superarse la atención médica tradicional, centrada exclusivamente en la figura del médico.

²⁵ El método demostrativo ayuda a los PS a evaluar la comprensión del paciente y a hacer más claras las instrucciones cuando lo requieran (Funnell, et al., 2014).

²⁶ La toma de decisiones de manera conjunta aumenta la satisfacción de los pacientes en áreas como cuidado, consulta, información recibida y comunicación con el proveedor. Puede mejorar la responsabilidad con la toma de medicamentos o el seguimiento del tratamiento, la calidad de vida y la confianza general que le tiene el paciente a su médico (Shay & Elston, 2015). Debe notarse que la toma de decisiones de manera conjunta no es algo que todos los pacientes aceptan con facilidad. Si un paciente no tiene cierto nivel de corresponsabilidad —particularmente conocimiento y competencias de comportamiento y autocuidado— puede resistirse a tomar decisiones sobre su salud. Los PS deben respetar esto y promover la corresponsabilidad a través de otras estrategias antes de aplicar plenamente un modelo de toma de decisiones de manera conjunta.

²⁷ En la conversación sobre la elección, el PS se asegura de que los pacientes sepan que hay opciones razonables disponibles; en la conversación sobre las opciones, proporciona más información detallada sobre cada una de las opciones; finalmente, en la conversación sobre la decisión se apoya la labor por la cual se consideran las preferencias y se decide qué es lo mejor (Elwyn, et al., 2012).



VI. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD



Descripción del obstáculo: “Médicos incuestionables”

Debido a estereotipos culturales de América Latina, a menudo se percibe al médico como el único actor importante en la atención de los pacientes, mientras que el resto del equipo de salud es relegado a una jerarquía “inferior”. Esto puede generar una relación asimétrica entre los médicos y los pacientes, así como entre los médicos y el resto del equipo de salud. La cultura latinoamericana a veces se refiere a los médicos como incuestionables y algunos médicos consideran su consulta como su “santuario”. En este entorno, los pacientes no se sienten libres de expresar plenamente sus inquietudes y su cuidado no se basa en el trabajo en equipo, no es integral ni corresponsable.



Solución propuesta: Diversificar el cuidado

Las capacidades de todos los PS deben ser reconocidas y mejor aprovechadas. Una reorganización de las funciones o un cambio en la distribución de las tareas creará una relación más horizontal entre el equipo de PS y los pacientes. También facilitará la eliminación de las barreras heredadas del modelo de atención tradicional y algunas creencias culturales, lo que a su vez mejorará la atención. Además, diversificar el cuidado permitirá que el médico deje de intentar “hacerlo todo”, para enfocarse en sus contribuciones específicas al manejo de las ENCT y el autocuidado (Fisher, et al., 2007).





Herramientas prácticas y estrategias para fortalecer la solución propuesta

✖ **Administración/seguimiento del tratamiento por el personal de enfermería:** Proceso que tiene como objetivo ubicar al personal de enfermería como un actor central en la atención continua que se requiera tanto en apoyo educativo, de comportamiento, emocional y clínico, para aumentar la efectividad del autocuidado y la corresponsabilidad. Por lo general, consiste en una conversación dirigida por el personal de enfermería, al principio o al final de la visita del paciente al centro de salud, para contestar cualquier pregunta o problema que tenga, apoyar en la definición de metas de cuidado identificadas por el paciente, y verificar que todas las pruebas de laboratorio y remisiones recomendadas estén actualizadas. Incluir seguimiento telefónico o por otro medio de comunicación por parte del personal de enfermería también resulta útil para mejorar los resultados del tratamiento.

✖ **Capacitación básica de salud y habilidades de comunicación para todo el personal que interactúa con los pacientes:** Programas educativos orientados a mejorar la interacción entre el personal y los pacientes, que se extienda a todas las personas involucradas en el trato con los pacientes —no solamente médicos y PS—, como los encargados de farmacia, los técnicos de laboratorio y el personal administrativo.



Impacto potencial

✖ Alcanzar una mayor satisfacción laboral entre PS, una mayor satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida, y su calidad de vida; todo esto sin aumentar el nivel de recursos utilizados.

✖ Facilitar la creación de un nuevo tipo de relación entre el paciente y el personal médico, que aliente la confianza y la comunicación, y que sirva para aumentar la comprensión que tienen los pacientes sobre su condición.

✖ La composición de los equipos multidisciplinarios permite el intercambio de conocimiento y entre áreas de experiencia diversa, que puede extenderse más allá de las ECNT.



Limitantes de la propuesta

⊗ La renuencia de los médicos a incluir a otros miembros del personal en la atención es un obstáculo importante para la diversificación del cuidado. Se requieren incentivos y ajustes a los procesos y protocolos de los centros de salud.

⊗ Las estructuras del trabajo de enfermería actual, especialmente la necesidad de rotar durante su servicio y residencia, y posteriormente entre áreas laborales, limita su involucramiento pleno con la administración y el seguimiento del tratamiento. Los sistemas de salud deben modificar sus estructuras para mantener al personal de enfermería en ciertas tareas o áreas cuando sea necesario. Esto se puede lograr a través de la especialización o certificación del personal de enfermería, aunque podría requerir un cambio en el aparato legal que regula el trabajo del personal de enfermería en México y Latinoamérica.

⊗ Diversificar el cuidado sin delimitaciones claras puede generar confusión para el paciente. Cada PS debe ser claro en el papel que desempeña, para evitar dar al paciente instrucciones distintas o contradictorias sobre un mismo tema.

⊗ Involucrar a todo el personal que interactúa con las personas con diabetes sólo puede ayudar hasta cierto punto. Muchos aspectos importantes del manejo de la diabetes sólo pueden, y deben, ser atendidos por PS entrenados y certificados, como los médicos y el personal de enfermería.



VII. NECESIDAD DE CAMBIO



Descripción del obstáculo: Falta de motivación para el cambio

Algunos pacientes y PS carecen del deseo o la motivación suficiente para cambiar sus prácticas actuales. Esto puede deberse a comodidad con las prácticas establecidas, una falta de comprensión de la evidencia, inercia, procesos complejos que resulta difícil modificar, o miedo a incurrir en gastos adicionales de tiempo y/o recursos. Además, los centros de salud del primer nivel de atención en México y Latinoamérica generalmente son evaluados a partir del número de pacientes que atendieron o el tiempo dedicado a ciertas actividades —y no por la calidad de la atención o los resultados en la salud del paciente—. Este es un incentivo negativo para el manejo adecuado de la condición de los pacientes y es insuficiente cuando se busca prevenir complicaciones futuras.



Solución propuesta: Incentivar el cuidado a la salud

En primer lugar, las autoridades federales y estatales deben promover el mensaje de que el manejo corresponsable tiene como resultado el ahorro de tiempo, dinero y esfuerzo de todos los involucrados, además de mejorar la salud de los pacientes. En segundo lugar, para fomentar la corresponsabilidad entre usuarios y proveedores los sistemas de salud de primer nivel deben rediseñar sus estructuras para integrar incentivos que no sean monetarios.²⁸ Estos incentivos deben estar basados en indicadores de impacto adaptados a cada contexto y cultura particular, y enfocados en la evaluación de la calidad de la atención.

Un elemento importante a considerar cuando se diseñan incentivos es que funcionan mejor cuando se aplican a nivel personal o individual, en vez de considerar a todo el centro de salud o equipo de salud (Petersen, et al., 2013).



²⁸ El efecto de incentivos financieros o monetarios —como bonos económicos— para los PS todavía es incierto.



Herramientas prácticas o estrategias para fortalecer la solución propuesta

✂ **Actividades recreativas para los pacientes y sus acompañantes:** Actividades recreativas (como eventos de baile, actividades físicas, talleres artísticos o de cocina) para los pacientes y sus acompañantes, que los incentiven a relacionarse entre ellos, involucrarse en las actividades ofrecidas en los centros de salud y, eventualmente participar en la promoción de estrategias de corresponsabilidad. Estas actividades pueden implementarse en los centros de salud o en espacios públicos cercanos.

✂ **Esquemas de certificación y reconocimiento:** Programas que establezcan criterios para reconocer el trabajo de los PS que han sido entrenados para utilizar ciertas herramientas o que han adoptado conductas corresponsables. Pueden ofrecerse diplomas impresos, que se exhiban en los centros de salud, a quienes logren obtener la certificación.²⁹

✂ **Incentivos prácticos para PS:** Beneficios no monetarios, como horarios flexibles, administración de la carga de trabajo o apoyos para el desarrollo académico y profesional³⁰ pueden ofrecerse a los PS que demuestren haber logrado cambios significativos orientados hacia prácticas de corresponsabilidad (Global Health Workforce Alliance, 2008).



Impacto potencial

✂ Mejor monitoreo de pacientes y manejo de la diabetes a través de un cambio en los indicadores de impacto: medir calidad en vez de cantidad.

✂ Proporcionar incentivos iniciales para pacientes, amigos y familiares provoca en la comunidad interés por desarrollar nuevas estrategias. Esto puede dar lugar a la creación o fortalecimiento de redes de pacientes o grupos comunitarios enfocados en el cuidado de la salud.

✂ Los PS tienen incentivos para enfocarse en mantener relaciones corresponsables y duraderas con sus pacientes.



Limitantes de la propuesta

⊗ Ofrecer incentivos puede requerir recursos monetarios. Esto debe ser visto como una inversión que reducirá los costos a futuro.

⊗ El diseño de programas de incentivos debe llevarse a cabo cautelosamente, considerando incentivos perversos y posibles consecuencias secundarias.

⊗ Para lograr efectos sostenidos, los incentivos no son suficientes; es necesario implementar cambios estructurales (Petersen, et al., 2013). Sin embargo, los incentivos pueden ayudar a facilitar transiciones estructurales.

²⁹Una evaluación de los PS realizada por los pacientes, junto con la participación en actividades específicas (como sesiones de capacitación y cursos) puede ser utilizada como base para otorgar reconocimientos.

³⁰ Las estrategias de desarrollo académico y profesional pueden incluir acceso a capacitación y educación formal e informal; tutoría y supervisión personal; y un abordaje que brinde consideración y apoyo al desarrollo personal y al aprendizaje de por vida. Una mejor administración de la carga de trabajo puede contemplar: revisar y rediseñar funciones laborales reguladas —formal o informalmente—, el número de horas continuas de trabajo de cualquier individuo. Los arreglos flexibles de trabajo hacen referencia a ofrecer horarios flexibles de trabajo extendido o periodos vacacionales modificados (Global Health Workforce Alliance, 2008).

3.3. Consideraciones finales

Esta sección ofrece recomendaciones generales para fortalecer o complementar la implementación de las soluciones propuestas previamente.

Capacitación especializada para la implementación de estrategias particulares

Algunas de las estrategias para fortalecer las soluciones propuestas que se han presentado hasta el momento —como la educación integral para el autocuidado y los programas de apoyo, grupos de apoyo o el método demostrativo (verificación de lo aprendido) — requieren PS entrenados para realizarlos. Puesto que la capacitación especializada es fundamental para la implementación de éstas, los sistemas de salud deberían hacerse responsables de su impartición. La capacitación inicial probablemente vendrá de expertos externos, pero puede ser replicada al interior de los sistemas de salud una vez que éstos hayan desarrollado sus propios expertos en cada estrategia.

Enfoque integral

Alcanzar la corresponsabilidad requiere esfuerzos diversos y constantes. Enfocarse únicamente en un aspecto de la condición o concientizar solamente a una de las personas involucradas no permitirá alcanzar el objetivo final, de crear un modelo de atención basado en la corresponsabilidad. Para posicionar sólidamente a la corresponsabilidad como elemento central para el manejo de la diabetes, todas las soluciones deben ser integrales y tratadas con la misma importancia.

Tecnología digital y medios de comunicación social

Todas las estrategias que se han mencionado en el documento pueden ser fortalecidas a través del uso de tecnología digital y redes sociales. Aunque la tecnología por sí sola no es suficiente, y de ningún modo reemplaza las interacciones humanas para la atención y el apoyo, ésta puede potenciar el alcance de las estrategias propuestas en este documento e incrementar sus posibilidades de éxito. La tecnología debe ser considerada como una herramienta valiosa para facilitar el involucramiento del paciente y la familia, ofrecer educación de autocuidado en tiempo real, dirigir la definición de metas propias, ofrecer atención al cliente y servir como medio de comunicación durante una crisis.

Evaluación

Para asegurarse de que las políticas públicas de salud sean eficientes y efectivas, la implementación de cualquier estrategia para promover un enfoque de corresponsabilidad debe incluir procesos de evaluación transparentes y sistémicos. Esto permitirá recopilar información valiosa y promover ajustes para mejorar las políticas públicas o estrategias que promuevan la corresponsabilidad.

4. Llamado a la acción

A pesar del consenso que existe entre expertos en diabetes sobre la importancia de la corresponsabilidad, pocos sistemas de salud en México y Latinoamérica han tomado medidas para integrar la corresponsabilidad como la base para la atención que ofrecen. A través de las recomendaciones específicas esbozadas en este documento, la Comisión busca redefinir el paradigma del manejo de las ECNT, especialmente de la diabetes, y posicionar el tema en la agenda del sector salud. Un propósito secundario del documento ha sido promover intervenciones concretas que pueden mejorar la corresponsabilidad en los sistemas de salud.

En una escala mayor, es necesario transformar el paradigma para incorporar a la corresponsabilidad de manera plena. Este paradigma debe estar centrado en la idea de que la diabetes es una condición —con la que una persona puede vivir saludablemente por muchos años—, más que una enfermedad que puede ser “curada” a través de las intervenciones médicas tradicionales. Para tratar la condición de manera adecuada se requieren ciertos componentes, como la educación para el paciente y para los PS, y un involucramiento horizontal de otros actores, incluyendo al personal no médico. Este cambio requiere esfuerzos coordinados entre los gobiernos y las personas involucradas tanto en el sector público como en el privado, en organizaciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, el cambio será necesario para mejorar los sistemas de salud actuales y, a largo plazo, alcanzar un control proactivo de la diabetes, otras ECNT, y sus complicaciones.



5. Acerca de los integrantes de la Comisión



Martha Mitchell Funnell

Investigadora Científica Asociada, Departamento de Aprendizaje en Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan Estados Unidos.

Presidenta

Martha Funnell es Investigadora Científica Asociada en el Departamento de Aprendizaje en Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan. También es Profesora Adjunta en la División de Programas de Atención de Largo Plazo de la Escuela de Enfermería de la misma Universidad.

La Maestra Funnell es pionera en el área de empoderamiento del paciente y es reconocida internacionalmente por su liderazgo en el campo de la educación para el auto-manejo de la diabetes y apoyo psicosocial. Es autora de 150 publicaciones y ha realizado más de 200 presentaciones para profesionales de la salud y pacientes con diabetes en el mundo. También es responsable del desarrollo y la revisión de tres programas para profesionales de la salud y pacientes con diabetes publicados por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés). Es autora de El Arte del Empoderamiento: Historias y Estrategias para Educadores en Diabetes; 101 Consejos para la Educación en Diabetes y 101 Consejos Para el Cambio de Comportamiento, todos publicados por la ADA.

En 1999, la Maestra Funnell recibió el reconocimiento a la Enseñanza Sobresaliente en Diabetes por parte de la Asociación Americana de Diabetes, y en 1998, el reconocimiento al Servicio Distinguido por parte de la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE, por sus siglas en inglés). La Maestra Funnell ha encabezado el Programa Nacional de Educación en Diabetes (NDEP) y fue Presidenta de Atención a la Salud y Educación de la ADA entre 2002 y 2003. Adicionalmente, es miembro de la Asociación Americana de Educadores en Diabetes.

La Maestra Funnell recibió su título de Maestría en enfermería (médico/quirúrgica) de la Universidad de Michigan, y es licenciada por la Universidad Lenoir Rhyne de Hickory, Carolina del Norte, EUA.



Fabiola Prado de Nitsch

Coordinadora del Programa de Posgrado en Educación en Diabetes para Profesionales de la Salud, Diabetcentro, Guatemala.

Co-Presidenta

Fabiola Prado de Nitsch es una profesional de la medicina de nacionalidad guatemalteca, responsable de la creación y la coordinación del Programa de Posgrado en Educación en Diabetes para Profesionales de la Salud de la Universidad de San Carlos (la Universidad Nacional de Guatemala), el cual es gestionado a través del Diabetcentro. Este programa fue el primero en América Latina certificado por su calidad educativa por parte de la Sección Consultiva en Educación en Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (FID). Adicionalmente, la Dra. Prado de Nitsch es coordinadora del Programa de Maestría en Educación en Ciencias de la Salud en la misma Universidad Mariano Gálvez de Guatemala y ha trabajado en compilar y traducir al español numerosos textos sobre diabetes para profesionales de la salud.

La Doctora Prado de Nitsch obtuvo el grado de medicina en la Universidad de San Carlos y realizó estudios de posgrado en Medicina Interna por parte del Mt. Sinai Medical Center de Cleveland, EUA. Es Maestra en Educación para Adultos y tiene estudios doctorales en Educación.

Miembros de la Comisión (en orden alfabético por primer nombre)



Angela Spatharou

Socia, McKinsey & Company, México.

La Doctora Angela Spatharou es Socia en McKinsey & Company en la Ciudad de México y co-lidera la práctica en materia de atención a la Salud de McKinsey en Latinoamérica. También forma parte de la Junta Directiva y el Comité de Asesoría Estratégica de la London School of Economics (LSE).

La Doctora Spatharou cuenta con amplia experiencia en la administración de programas de salud integral y en enfermedades crónicas (ECNT), con enfoque en prevención en las áreas de diabetes, obesidad, salud mental y bienestar, así como en el cuidado integral de pacientes en la tercera edad. Su trabajo reciente en México ha incluido el apoyo a la transformación de los servicios de salud de importantes sistemas del sector público, con enfoque en la sustentabilidad y el financiamiento de los sistemas de salud, la productividad, el acceso y la eficiencia de los servicios relacionados con información de salud, así como en el desarrollo de nuevos modelos de atención a condiciones crónicas, particularmente la diabetes.

La Doctora Spatharou cuenta con un Doctorado y una Maestría con honores por la Universidad de Cambridge, donde fue becaria de la Fundación Alexander Onassis.



Ann Albright

Directora, División de Cambio en Diabetes, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Estados Unidos.

La Doctora Ann Albright es la Directora de la División Diabetes Aplicada de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, en donde lidera un equipo de expertos que busca eliminar la carga prevenible de diabetes a través de estrategias que lleven la ciencia a la práctica.

La Doctora Albright es reconocida por su trabajo en relación con la diabetes, incluyendo la implementación de guías de cuidados basadas en evidencia, el trabajo en modelos de atención en clínicas comunitarias, la prevención de la diabetes y el desarrollo de campañas para incrementar el conocimiento acerca de la enfermedad. Previamente, fungió como Jefa del Programa de Diabetes del Departamento de Servicios de Salud de California. También fue Asesora en Jefe en Políticas de Salud de la Oficina del Médico General de Estados Unidos y encabezó la Secretaría de la Iniciativa en Detección de Diabetes. Asimismo, ha ocupado puestos clave en la ADA.

La Doctora Albright obtuvo su título doctoral en Fisiología del Ejercicio por la Universidad estatal de Ohio. Completó una beca de investigación postdoctoral en nutrición en el Instituto Nacional de Salud de la Universidad de California, Davis, y una pasantía clínica en nutrición en la Universidad de California, San Francisco (UCSF).



Antonio Heras

Coordinador de Política, IMSS-PROSPERA, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

El Maestro Antonio Heras ha tenido varios puestos directivos en el sistema mexicano de salud y ha sido director de dos hospitales. También ha sido profesor de Salud Pública en varias universidades y es autor de numerosas publicaciones sobre administración de servicios de salud y política social. Además, ha trabajado como consultor internacional en políticas de salud para distintas agencias en Perú, Costa Rica, Panamá, Venezuela y Brasil. Adicionalmente, ha coordinado el grupo de Latinoamericanistas Hispanos en Pobreza y Salud.

Antonio Heras es Licenciado en Ciencia Política y Sociología y Maestro en Economía de la Salud y Evaluación de Políticas Públicas.



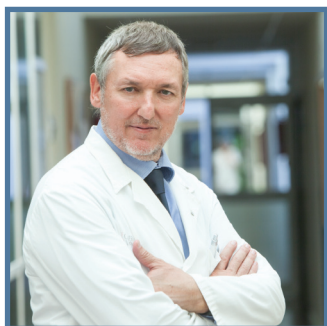
Deborah Klein Walker

Vice-Presidenta y Socia Principal,
Directora de la Práctica de Salud
Pública y Epidemiología, Abt
Associates, Estados Unidos.

Deborah Klein Walker, Vice-Presidenta y Socia Principal de Abt Associates, es líder en salud pública e investigadora en ciencias del comportamiento. Posee más de 40 años de experiencia desarrollando e implementando programas y sistemas de cambio, investigación, evaluación, análisis de políticas públicas y consultoría en una amplia gama de asuntos relacionados con políticas de salud infantil. En Abt Associates encabeza la práctica de Salud Pública y Epidemiología y trabaja en proyectos relacionados con la disminución de la mortalidad infantil, la prevención en atención primaria, diversas ECNT y vacunación contra la gripa.

La Doctora Walker trabajó durante 16 años en el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, donde se especializó en salud infantil y familiar, promoción de la salud, salud oral, sistemas de datos y abuso de sustancias. Actualmente es parte del cuerpo de profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston y es Presidenta electa de la Asociación Americana de Ortopsiquiatría.

Deborah Walker es Doctora y también Maestra en Desarrollo Humano por la Universidad de Harvard, y Licenciada en Psicología con Altos Honores por el Colegio Mount Holyoke.



Domingo Orozco

Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria, Centro de Salud Cabo
Huertas, España.

El Doctor Domingo Orozco es Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Cabo Huertas de Alicante. Está a cargo de la Unidad de Investigación del Departamento de San Juan de Alicante. Es Profesor Asociado de la Cátedra de Medicina Familiar de la Universidad Miguel Hernández y Coordinador del Comité sobre Estrategia Nacional de Atención del Ministerio de Salud y Política Social de España.

Fungió como gerente de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), así como Coordinador del Grupo de Interés Especial en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Obtuvo el grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Valencia y es Maestro en Economía y Administración de la Salud por la Universidad de Alicante.



Edwin Fisher

Profesor, Escuela Gillings de Salud
Pública Global, Universidad de
Carolina del Norte, Estados Unidos.

Edwin Fisher es Director Global de Peers for Progress, un programa que recopila evidencia para sustentar el apoyo entre pares, diseminar recursos y guías para el desarrollo de programas y mejora de calidad, así como la promoción para la construcción de redes entre programas de apoyo entre pares y la búsqueda de la integración del apoyo entre pares en la atención médica y los servicios preventivos alrededor del mundo. Entre 2002 y 2009, fue Director Nacional de Programas de la Iniciativa para la Diabetes de la Fundación Robert Wood Johnson. La Iniciativa demostró la factibilidad, efectividad y costo-eficiencia de los programas auto-gestionados contra la diabetes en situaciones reales, como las que se presentan en los Centros de Salud con Certificación Federal (Federally Qualified Health Centers) y los programas comunitarios. Paralelamente a su trabajo en diabetes, su investigación se ha dirigido a resolver retos de salud en enfermedades como el asma, el cáncer, los padecimientos cardiovasculares, el tabaquismo y el manejo de peso. Su acercamiento a estos problemas ha incluido la auto-gestión, el apoyo social y la promoción comunitaria de la salud, incluyendo estudios sobre programas comunitarios para minorías y poblaciones desatendidas.



Felipe Vázquez

Servicios de Atención Psiquiátrica,
Secretaría de Salud, México.

El Doctor Felipe Vázquez es Profesor de Psiquiatría y Terapeuta Familiar especializado en psicoterapia cognitiva y terapia familiar. Ha investigado las consecuencias emocionales y psicológicas de la diabetes, así como las conductas familiares que facilitan o interfieren con el autocuidado. También ha desarrollado materiales educativos para el autocuidado de la diabetes y para el apoyo social apropiado, así como grupos de terapia para pacientes con depresión concomitante a partir de un enfoque cognitivo-conductual.

El Doctor Vázquez es Maestro en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Médico Psiquiatra, especialista en Terapia Familiar. Cursó un internado de investigación en la Universidad de Manchester y tiene estudios en el Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford.



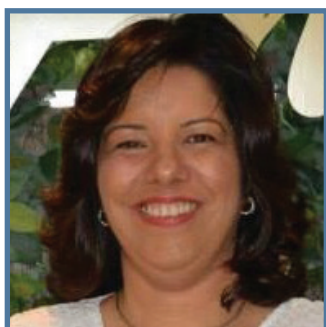
Gretchen Piatt

Profesora Asistente, Escuelas de
Medicina y Salud Pública, Universidad
de Michigan, Estados Unidos.

La Doctora Gretchen Piatt es Profesora Asistente en el Departamento de Aprendizaje en Ciencias de la Salud, Comportamiento y Educación en Salud de las Escuelas de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Michigan.

Su trabajo consiste en diseñar y evaluar intervenciones para la prevención primaria y secundaria de la diabetes y sus complicaciones, incluyendo la aplicación del Programa de Prevención de Diabetes, la implementación del Modelo de Atención Crónico, y la implementación y evaluación de intervenciones de autocuidado lideradas por pares en comunidades desatendidas, centros de salud con Certificación Federal y atención primaria. La Doctora Piatt ha contribuido en numerosas investigaciones sobre diabetes y es autora de varias publicaciones sobre diabetes.

Es Doctora y Maestra en epidemiología de ECNT por la Universidad de Pittsburgh, con capacitación y experiencia enfocada en el diseño y evaluación de esfuerzos dirigidos a mejorar los sistemas de salud y la entrega de servicios de salud para personas con diabetes, entendiendo los aspectos conductuales y psicológicos del autocuidado y apoyo en diabetes, así como el desarrollo e implementación de intervenciones de prevención y autocuidado en diabetes en ambientes comunitarios y de atención primaria.



Heloisa de Carvalho Torres

Profesora Asociada, Escuela de
Enfermería, Universidad Federal de
Minas Gerais, Brasil.

Heloisa de Carvalho Torres es Profesora Asociada en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais de Belo Horizonte, Brasil.

La Doctora Carvalho Torres tiene experiencia en la evaluación de programas de educación en diabetes, adaptación, traducción y elaboración de instrumentos para el manejo de enfermedades crónicas. Actualmente trabaja en el desarrollo de Empoder@ un proyecto de innovación metodológica y educativa orientado a la autonomía en atención a la salud.



Jaime Mañalich Muxi

Director, Instituto de Políticas Públicas en Salud, Universidad de San Sebastián, Chile.

El Doctor Jaime Mañalich es el Director del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián en Santiago de Chile, y ex Ministro de Salud de Chile (2010-2014).

Fue Jefe Médico de la Clínica Las Condes durante 15 años. Bajo su administración, dicha organización recibió acreditaciones por parte de la Comisión Conjunta Internacional, que es líder en promoción continua del mejoramiento de la seguridad y la calidad de la atención y prevención en salud.

El Doctor Mañalich realizó sus estudios en medicina interna y nefrología en la Universidad de Chile. Desde 1988 es miembro del Colegio Americano de Médicos y posee una Maestría en Epidemiología Clínica por la Universidad McMaster.



Jaspal S. Sandhu

Socio fundador, Gobee Group, Estados Unidos.

El Doctor Jaspal Sandhu es socio fundador de Gobee Group, firma que diseña procesos de innovación con impacto global. Las iniciativas en las que Gobee Group trabaja actualmente son: creación de una plataforma digital para mejorar la costo-eficiencia de la adquisición de medicamentos contra el VIH por parte de algunos gobiernos africanos; la erradicación del hambre en un condado de dos millones de personas en California, a través de colaboración creativa; y la construcción de capacidades en innovación en la red de atención a la salud de California. También es profesor en la Universidad de California, Berkeley, donde durante los últimos cinco años ha impartido un curso enfocado en las intersecciones entre salud e innovación.

Anteriormente, como becario Fulbright, colaboró con el Ministerio de Salud de Mongolia en innovación para los sistemas de salud rural, y trabajó para la Corporación Intel y el Centro de Investigación Nokia. Es Doctor en Diseño por la Universidad de California, Berkeley, y Maestro en Ingeniería por el MIT.



Jesús F. González Roldán

Director General, Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE), México.

El Doctor Jesús F. González Roldán se ha desempeñado como Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. A la fecha funge como Director General del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

Es Embajador Global contra el Cáncer en México de la American Cancer Society, Vicepresidente de México sin Tabaco, Director de la Sección de Adicciones de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Secretario y miembro fundador de la Alianza Contra el Tabaco e integrante del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo y de la Fundación Interamericana del Corazón.

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestro en Administración Pública por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE, México) y Maestro en Gestión Hospitalaria por la Universidad de Alcalá de Henares (España). Es especialista en Salud Pública y cuenta con estudios en adicciones con enfoque en prevención, promoción de la salud y regulación sanitaria.



Judith Heichelheim

Directora Regional para
Latinoamérica y el Caribe,
Population Services International,
Estados Unidos.

Como Directora regional para Latinoamérica y el Caribe de Population Services International (PSI), Judith Heichelheim supervisa los programas en la región. Se incorporó a PSI en 1998, y ha trabajado en diferentes regiones del mundo: Eurasia y Europa del Este, África, y América Latina y el Caribe.

La Maestra Heichelheim tiene veintitrés años de experiencia en diseño, implementación y gestión de programas de salud global, con énfasis en salud sexual y reproductiva, y marketing social. Su experiencia profesional incluye la planificación estratégica y gestión presupuestaria, ejecución del programa e investigación dentro del campo de la salud internacional.

Judith Heichelheim es Maestra en Salud Internacional y Desarrollo por la Escuela Elliot de Asuntos Internacionales de la Universidad George Washington.



Lawrence Fisher

Director, Grupo de Investigación
sobre el Comportamiento asociado a
la Diabetes, Universidad de California,
San Francisco, Estados Unidos.

Lawrence Fisher es profesor en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de California, San Francisco y Director del Grupo de Investigación sobre el comportamiento en Diabetes de la misma Universidad.

Ha realizado investigaciones clínicas longitudinales y transversales con pacientes con diabetes y sus familias, apoyadas por el Instituto Nacional de Salud (NIH) y la ADA. Su trabajo más reciente se centra en problemas de diabetes y depresión, manejo de la enfermedad y en la lucha de pacientes y familiares para el manejo de condiciones crónicas. Recientemente concluyó un estudio para probar diferentes intervenciones para reducir la angustia asociada a la diabetes entre los adultos. Ha trabajado en el estudio de intervenciones conductuales interactivas basadas en aplicaciones web para pacientes con ECNT, y en intervenciones que ayuden a los médicos de atención primaria a reconfigurar la atención clínica para pacientes con ECNT.

El Doctor Fisher ha sido reconocido por la Asociación Psicológica Americana en virtud de sus “importantes contribuciones en el campo de la psicología de la familia y salud”. En 2012 recibió un reconocimiento a su trayectoria de contribuciones de la ADA. Mantiene una práctica clínica activa y ha publicado más de 160 artículos sobre diabetes y temas relacionados.

Completó su doctorado en psicología clínica en la Universidad de Cincinnati y fue becario de post-doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado.



Linda M. Siminerio

Directora Ejecutiva, Instituto de
Diabetes de la Universidad de
Pittsburgh, Estados Unidos.

Linda Siminerio es Profesora de Medicina y Profesora Asistente de Enfermería en la Universidad de Pittsburgh. También es Directora Ejecutiva del Instituto de Diabetes de dicha Universidad. Actualmente es Consejera del Programa Nacional de Educación en Diabetes. La Doctora Siminerio es experta en educación sobre auto-gestión y modelos de provisión de atención para poblaciones adultas y pediátricas. Funge como investigadora principal en numerosos estudios relacionados con la diabetes, su prevención y tratamiento. Se desempeñó como Presidente de salud y educación para la ADA y Vicepresidenta de la Federación Internacional de Diabetes. También fue consejera en la organización del Congreso Mundial de Diabetes de la FID y el programa de investigación “puentes”.

Obtuvo su doctorado y licenciatura en la Universidad Estatal de Pensilvania y es maestra en Profesiones Relacionadas con la Salud por la Universidad de Pittsburgh.



Marina Rull

Jefa de la Unidad de Educación para la Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, México

La Doctora Marina Rull se desempeña como Jefa de la Unidad de Educación Para la Salud en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ha desempeñado diversos cargos en el Consejo Mexicano de Reumatología y ha participado como coautora en diversas publicaciones relacionadas con el tratamiento de enfermedades crónicas como la gota y la artritis.

La Doctora Rull estudió medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México y las especialidades en medicina interna y reumatología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



Miguel Escalante Pulido

Jefe de Endocrinología del Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

El Doctor Escalante Pulido es el Jefe de Endocrinología del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estuvo a cargo del capítulo mexicano de DAWN 2, un estudio global realizado por la Federación Internacional de Diabetes (FID), la Alianza Internacional de organizaciones de pacientes (IAPO), el Centro Steno de Diabetes y varias asociaciones nacionales, regionales y mundiales.



Richard Holt

Profesor de Diabetes y Endocrinología, Universidad de Southampton, Reino Unido.

El Profesor Richard Holt es el editor regional europeo de Diabetic Medicine y revisor de Diabetes, Obesity and Metabolism. Fue Presidente del Consejo de profesionales de la salud de Diabetes de Reino Unido. Actualmente sus temas de investigación se centran en diabetes clínica, especialmente enfocados a la relación entre enfermedades mentales y diabetes; así como diabetes y embarazo.

En 2008 fue miembro del grupo de desarrollo de lineamientos para la diabetes y el embarazo del Instituto Nacional de Excelencia para la Atención en Salud (NICE) y del programa de prevención de la pre-diabetes de la misma institución. Fue nombrado profesor titular de Endocrinología y Metabolismo de la Universidad de Southampton en mayo de 2000 y se convirtió en profesor en Diabetes y Endocrinología en septiembre 2008.

Richard Holt se formó como médico en la Universidad de Cambridge y en el London Hospital Medical College. Realizó sus prácticas de post-grado en diabetes y endocrinología en el sudeste de la región del Río Támesis, Reino Unido. Estudió su doctorado bajo el Consejo de Investigación Médica de Formación Clínica, con enfoque en el estudio del comportamiento de la hormona del crecimiento –similar al de la insulina– como factor relacionado a la enfermedad de hígado infantil.



Sergio C. Hernández

Coordinador, Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

El Doctor Hernández es coordinador del Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. También es profesor de Endocrinología en la Universidad Panamericana y profesor asociado de Endocrinología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Ha publicado varios estudios sobre la diabetes, siendo el más reciente “Modelos innovadores para el empoderamiento de los pacientes con diabetes tipo 2: el programa de CAIPaDi”.

El Dr. Hernández obtuvo su título en medicina de la UNAM y se especializó como internista, endocrinólogo y especialista en diabetes en el Instituto Nacional de ciencias médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



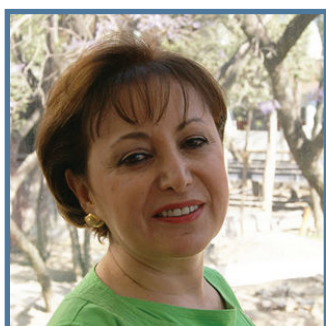
Teresa Terrén

Co-fundadora, Fundación MÁS QUE IDEAS, España.

Teresa Terrén fue diagnosticada con cáncer de seno a los 32 años de edad y decidió dejar su carrera en comunicación para colaborar con el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Como voluntaria, estuvo comprometida en promover la defensa de los pacientes, posteriormente comenzó a trabajar formalmente en la asociación como jefa de la división de cáncer de mama, una posición que ocupó durante casi dos años.

Junto con tres colegas y compañeros, fundó la Fundación MÁS QUE IDEAS para seguir trabajando en favor de los pacientes con una enfermedad o condición crónica o permanente, y de sus familias. La misión de Fundación MÁS QUE IDEAS es contribuir a un cambio en la atención médica a nivel nacional e internacional. Esto a través de la promoción de acciones coordinadas, integrales, horizontales, transparentes y eficientes. MÁS QUE IDEAS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes de hoy y de mañana.

Teresa Terrén es Licenciada en Administración y Dirección de Empresas.



Victoria A. Rajme

Victoria A. Rajme
Directora, Salud, Educación y Creatividad, México.

Victoria Rajme se desempeña como médica especialista en diabetes en el hospital privado Médica Sur de la Ciudad de México.

Es coautora del artículo “La aplicación mexicana del algoritmo nutricional transcultural específico a la diabetes”.

Es médica cirujana y maestra en administración de servicios médicos y hospitales por la Universidad Nacional Autónoma de México. También ha cursado los programas de Práctica avanzada para profesionales de la nutrición en el Centro de Diabetes Joslin de Boston y Gestión de calidad en prevención de diabetes en el Instituto de Tumaini para gestión de la prevención, en Dresden, Alemania.



Lilly es un líder global de la atención sanitaria que une pasión con descubrimiento para mejorar la vida de las personas en todo el mundo. Nuestra compañía fue fundada hace más de un siglo por un hombre comprometido a fabricar medicinas de gran calidad que atiendan necesidades reales. Hoy seguimos siendo fieles a esa misión en nuestro trabajo. En todo el mundo, los empleados de Lilly trabajan para descubrir y ofrecer medicinas vitales a aquellos que las necesitan, mejorar la comprensión y el tratamiento de la enfermedad y contribuir con las comunidades a través de la acción social y el voluntariado.

FUNDACIÓN *Carlos Slim*

Fundación Carlos Slim tiene como vocación la formación integral de capital humano a través de programas que fortalecen las capacidades y habilidades de personas de todas las edades de México y América Latina, para que puedan insertarse activamente en el desarrollo económico y social, lograr más y mejores oportunidades y una mejor calidad de vida. Para ello, Fundación Carlos Slim suma los esfuerzos de la iniciativa privada, los tres órdenes de gobierno –federal, estatal y municipal– y la sociedad civil para que sus programas de educación, salud, empleo, justicia, desarrollo humano, deporte, medio ambiente, cultura, ayuda humanitaria y desarrollo económico beneficien a la mayor cantidad de personas, con especial énfasis en los grupos más vulnerables.



Fundación IDEA es uno de los primeros *think tanks* de política pública en México. Es una organización sin fines de lucro, independiente y apartidista, cuya misión es diseñar y promover políticas públicas innovadoras que generen igualdad de oportunidades para los mexicanos a través del desarrollo económico y la reducción de la pobreza; así como ser una fuente confiable de análisis independiente para funcionarios de gobierno y el público en general. En Fundación IDEA nos dedicamos a generar información y a diseñar políticas que influyan positivamente en el futuro de México. Nuestro país enfrenta muchas barreras que impiden su desarrollo económico sostenido así como la movilidad social y económica de su población más pobre. En Fundación IDEA identificamos estas barreras y a través del análisis riguroso y la investigación impulsamos los cambios necesarios para influir en las decisiones públicas y realizar recomendaciones de políticas adecuadas.

Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Expanding Patient-Centered Care To Empower Patients and Assist Providers. [En línea]
Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/patient-centered/ria-issue5/ria-issue6.pdf>
[Último acceso: 23 6 2015].
- Agency for Healthcare Research and Quality, 2015. [En línea]
Disponible en: <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/index.html>
[Último acceso: Julio 2015].
- Aghili, R. y otros, 2013. Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes. *International Nursing Review*, pp. 267-273.
- American Diabetes Association, 2014. Diabetes Distress v. Depression: Are People with Type 2 Being Misdiagnosed?. [En línea]
Disponible en: <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2014/diabetes-distress-vs-depression.html?referrer=https://www.google.com.mx/>
[Último acceso: 26 Julio 2015].
- Anderson, R., Fitzgerald, J., Gruppen, L. & Funnell, M., 2003. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). *Diabetes Care*, pp. 1641-1643.
- Anderson, R. y otros, 1995. Patient Empowerment: Result of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), pp. 943-949.
- Anderson, R., Funnell, M., Fitzgerald, J. & Marrero, D., 2000. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, pp. 739-743.
- Arredondo, A., 2015. Retos y desafíos de enfermedades crónicas en México, (libro en prensa): Universidad de Montreal-INSP-UADY.
- Arredondo, A. & Aviles, R., 2014. Costs and Epidemiological Changes of Chronic Diseases: Implications and Challenges for Health Systems. *Challenges for Health Systems*, 10(3), p. 12.
- Atak, N., Köse, K. & Gürkan, T., 2008. The Impact of Patient Education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes. *Turk J Med Sci*, pp. 49-57.
- Barlow, J. y otros, 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, Volumen 48, pp. 177-187.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K., 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Innovations in Primary Care*, 288(19).
- Bonal Ruiz, R., Almenares Camps, H. B. & Marzán Delis, M., 2012. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN*, 16(5), pp. 773-785.
- Bustos Saldaña, R. y otros, 2007. Knowledge on Diabetes Mellitus in Urban and Rural Patients with Type 2 Diabetes Mellitus from Western Mexico. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(3), pp. 147-159.
- Christakis, N. & Fowler, J., 2007. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, Volumen 9, pp. 357-357.
- Danis, M. & Solomon, M., 2013. Providers, payers, the community, and patients are all obliged to get patient activation and engagement ethically right. *Health Aff (Millwood)*, Volumen 32.
- Delamater, A. M., 2006. Improving Patient Adherence. *CLINICAL DIABETES*, 24(2), pp. 71-76.
- Dixon-Fyle, S., Gandhi, S., Pellathy, T. & Spatharou, A., 2012. Changing patient behaviour: the next frontier in healthcare value. *Health International*, pp. 65-73.
- Doubova, S. V. y otros, 2013. Adaptación y validación de escalas de autoeficiencia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *salud pública de México*, pp. 257-266.
- Escalante P., M. & Coronado, I., 2013. DAWN 2 study results: a sample of country reports, Mexico. *Diabetes Voice*, 58(Special Issue 2).
- European Respiratory Society, 2015. European Lung white book. The role of patient organisations. [En línea]
Disponible en: <http://www.erswhitebook.org/chapters/patient-organisations-and-the-european-lung-foundation/the-role-of-patient-organisations/>
[Último acceso: 10 Julio 2015].
- Fisher, E. B. y otros, 2007. Perspectives on Self-Management From the Diabetes Initiative of the Robert Wood Johnson Foundation. *The Diabetes Educator*, Volumen 33, pp. 216-224.
- Fisher, E. B. y otros, 2014. Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *The Annual Review of Public Health*, Volumen 35, pp. 363-383.
- Fisher, E. y otros, 2012. Co-occurrence of diabetes and depression: Conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal of Affective Disorders*, Volumen 142, pp. 556-566.
- Fisher, E. y otros, 2014. Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *Annual Review of Public Health*, Volumen 35, pp. 363-386.
- Fisher, L. & Weihs, K., 2000. Can Addressing Family Relationships Improve Outcomes in Chronic Disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *The Journal of Family Practice*, 49(6), pp. 561-566.
- Fong Ha, J. & Longnecker, N., 2010. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Oschner Journal*, Volumen 10, pp. 38-43.
- Francis, T., Pellathy, T., Ramon, L. & Torres, J., 2012. Confronting the crisis of chronic conditions in Latin America. *Perspectives on Health Care*, Volumen 1, pp. 5-13.
- Frenk, J. y otros, 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Volumen 376, pp. 1923-1958.
- Fundación IDEA, 2014. ¿Cómo vamos con la Diabetes? Estado de la Política Pública, s.l.: s.n.
- Funnell, M. y otros, 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 17(1), pp. 37-41.
- Funnell, M., Anderson, R. & Piatt, G., 2014. Empowerment, Engagement and Shared Decisions in the Real World of Clinical Practice. *Consultant* 360, 54(6).
- Funnell, M. M. y otros, 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, pp. 37-41.
- Funnell, M. M., Bootle, S. & Stuckey, H. L., 2015. The Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Second Study (review). *Clinical Diabetes Journal*, pp. 32-36.
- García-Huidobro, D., Bittner, M., Brahm, P. & Puschel, K., 2011. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, Volumen 28, pp. 4-11.
- GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. [En línea]
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
[Último acceso: 27 Agosto 2015].
- Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. & Cañón, O., 2014. Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En: *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. s.l.: BID, pp. 9-44.
- Givaudan, M. & Vitela, P. O., 2008. Estrategia Fronteriza para la Promoción y Prevención para una Mejor Salud, Mexico City: IMIFAP.
- Global Health Workforce Alliance, 2008. GUIDELINES: INCENTIVES FOR HEALTH PROFESSIONALS. First ed. Geneva: Global Health Workforce Alliance.
- Goldphn, W., 2009. Shared Decision-Making: Understanding Decision-Making in Healthcare and the Law. *Healthcare Quarterly*, 12(Special Issue).
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A. & Edoardo, L., 2015. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, pp. 1-10.
- Guthrie, D. & Guthrie, R., 2009. Management of Diabetes Mellitus A Guide to the Pattern Approach. Sixth ed. New York: Springer Publishing Company.
- Gutierrez, N., Domínguez, E. C. & Martín, D. M., 2014. Efectividad del autocontrol de la glucemia en la sangre para la mejora de la educación en diabéticos tipo 2 no insulino dependientes. *Nure Inv*, 11(69).
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Heinrich, E., Shaper, N. & de Vries, N., 2010. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *European Diabetes Nursing*, 7(2).
- Heisler, M., 2007. Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes. *Self-Management and Clinical Outcomes. Diabetes Spectrum*, 20(4), pp. 214-221.
- Heisler, M. y otros, 2003. When Do Patients and Their Physicians Agree on Diabetes Treatment Goals and Strategies, and What Difference Does it Make?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), pp. 893-902.
- Improving Chronic Illness Care, 2015. Collaboratives. [En línea]
Disponible en: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Collaboratives&s=372>
[Último acceso: 21 Agosto 2015].
- Institute for Healthcare Improvement, 2015. Collaboratives. [En línea]
Disponible en: <http://www.ihl.org/engage/collaboratives/Pages/default.aspx>
[Último acceso: 21 Agosto 2015].
- Instituto de Políticas Públicas en Salud, 2015. Programa Paciente Empoderado, Santiago, Chile: Universidad San Sebastián.
- Instituto Nacional de Salud Pública, 2003. Encuesta Nacional de Salud 200: La salud de los adultos, s.l.: s.n.
- International Diabetes Federation, 2014. Diabetes Atlas. Diabetes Estimates I Diabetes prevalence (%) I 2014. [En línea]
Disponible en: <http://www.idf.org/atlasmap/atlasmap?indicator=i1&date=2014>
[Último acceso: 24 Agosto 2015].
- International Diabetes Federation, 2014. IDF Diabetes Atlas. South America and Central America at a glance. [En línea]
Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/SACA%20factsheet.pdf>
[Último acceso: 24 Agosto 2015].
- Johansson, U., 2015. Defining roles and improving outcomes in person centred care. *Diabetes Voice Online*.
- Joslin Diabetes Center, s.f. Problem Areas in Diabetes Questionnaire (PAID). [En línea]
Disponible en: http://www.dawnstudy.com/News_and_activities/Documents/PAID_problem_areas_in_diabetes_questionnaire.pdf
- Junta de Andalucía, 2015. Escuela de Pacientes. [En línea]
Disponible en: <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>
[Último acceso: 28 Agosto 2015].
- Kendzor, D. E. y otros, 2014. The association of depression and anxiety with glycemic control among Mexican Americans with diabetes living near the U.S.-Mexico border. *BMC Public Health*, 14(176), pp. 1-9.
- Kingma, M., s.f. Can Financial Incentive Influence Medical Practice, Geneva: International Council of Nurses.
- Kovacs Burns, K. y otros, 2013. "Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), pp. 778-788.

Kowitz, A. y otros, 2015. Emotional Support for Diabetes Management: An International Cross-Cultural Study. *The Diabetes Educator*.

Krichbaum, K., Aarestad, V. & Buethe, M., 2003. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 29(4), pp. 653-662.

Lawn, S. y otros, 2013. Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker-client relationship and implications for client empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 383-394.

Leong, A., Rahme, E. & Dasgupta, K., 2014. Spousal diabetes as a diabetes risk factor: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(12), pp. 1-12.

Lewin, A. B. y otros, 2005. The Diabetes Family Behavior Checklist: A Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4), pp. 315-322.

López-Portillo, A. y otros, 2007. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), pp. 29-36.

Lorig, K. & Holman, H., 2003. Self-management education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*.

March, J. C., 2015. ¿Qué es "La Escuela de Pacientes"? - Escuela Andaluza de Salud Pública. [En línea] Disponible en: <http://psicooncologiaparapacientes.blogspot.mx/2015/07/la-escuela-de-pacientes-un-proyecto.html> [Último acceso: 28 Agosto 2015].

Marrero, D. G., Ard, J. & Delamater, A. M., 2013. Twenty-First Century Behavioral Medicine: A Context for Empowering Clinicians and Patients With Diabetes. *Diabetes Care*, 36(2), pp. 463-470.

Mayberry, L. & Osborn, C., 2012. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, Volumen 35, pp. 1239-1245.

Mei-Fang, C. y otros, 2010. Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. [En línea] [Último acceso: Junio 2015].

Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), s.f. Diabetes Attitude Scale - (DAS-3). [En línea] Disponible en: http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/documents/svi/das3_new.pdf

Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), s.f. Diabetes Knowledge Test - (DKT). [En línea] Disponible en: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/documents/svi/dkt5answers.pdf>

Michigan Diabetes Research and Training Center, 2015. Survey Instruments. [En línea] Disponible en: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#dcp> [Último acceso: 25 Junio 2015].

OECD, 2014. Education at a Glance 2014: OECD Indicators, s.l.: OECD Publishing.

Organización Panamericana de la Salud, 2006. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina, s.l.: OPS.

Osorio, P. & Pick, S., 2008. Programa Integral de Salud y Empoderamiento para Mejorar la Calidad de Vida de las 65 Mujeres Indígenas que Habitan en San Martín Itunyoso, Oaxaca, México City: IMIFAP.

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), 2012. Diabetes Shows Upward Trend in the Americas. [En línea] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3A2012-diabetes-shows-upward-trend-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=en [Último acceso: 24 Agosto 2015].

Panopoulou, G., Giedion, U. & González Pier, E., 2014. Mexico: El catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. En: Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. s.l.:BID, pp. 145-169.

Petersen, L. A. y otros, 2013. Effects of Individual Physician-Level and Practice-Level Financial Incentives on Hypertension Care. *The Journal of the American Medical Association*, 10(310), pp. 1042-1050.

Peyrot, M. & Rubin, R., 2007. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10).

Pick, S., Rodríguez, G. G. & Leenen, I., 2011. Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas psychologica*, 10(2), pp. 327-340.

Powers, M. A. y otros, 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*, Volumen 38, pp. 1372-1382.

Prado de Nitsch, F., 2011. Key questions about diabetes education in Guatemala: for whom, what kind, and how to provide it?. *Diabetes Voice*, 56(2), pp. 31-35.

Prado de Nitsch, F., 2015. Mitos y Creencias Sobre la Diabetes, s.l.: (sent for publication; on review).

Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A. & Naik, A. D., 2012. Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. *Psychosomatics*, Issue 53, pp. 1-12.

Ruescas-Escolano, E. y otros, 2014. El estudio PROPRESE: resultados de un nuevo modelo organizativo en atención primaria para pacientes con cardiopatía isquémica crónica basado en una intervención multifactorial. *Atención Primaria*, 46(Supl 3), pp. 10-15.

Scambler, S., Newton, P., Sinclair, A. & Asimakopoulou, K., 2012. Barriers and opportunities of empowerment as applied in diabetes settings: A focus on health care professionals' experiences. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Issue 97, pp. e18-e22.

Self Determination Theory, s.f. PAS - Health Care Climate, The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ). [En línea] Disponible en: <http://www.selfdeterminationtheory.org/pas-health-care-climate/> [Último acceso: 18 06 2015].

Shani, M. y otros, 2014. Structured nursing follow-up: does it help in. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(27).

Shay, L. & Elston, L., 2015. Where is the Evidence? A systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Medical Decision Making*.

Sigurdardottir, A. K. & Jonsdottir, H., 2008. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scand J Caring Sci*, pp. 284-291.

Stanford Patient Education Research Center, s.f. Diabetes Self-Efficacy Scale. [En línea] Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/research/sediabetes.html>

Stewart, E. E. & Fox, C., 2011. Encouraging Patients to Change Unhealthy Behaviors With Motivational Interviewing. [En línea] Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/2011/0500/p21.html> [Último acceso: 23 Junio 2015].

Stuart, B. K. & Schlosser, D. A., 2009. Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *Int J Group Psychother*, 59(3), pp. 435-440.

Tang, P. C. & Overhage, J. M., 2012. Online disease management of diabetes: Engaging and Motivating Patients Online With Enhanced Resources-Diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(3).

Tapia-Conyer, R., Gallardo-Rincón, H. & Saucedo-Martínez, R., 2012. Innovaciones para la transformación de los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, Issue 148, pp. 567-571.

Tapia-Coyner, R., Gallardo-Rincón, H. & Saucedo-Martínez, R., 2014. CASALUD: an innovative system to control and prevent non-communicable diseases in Mexico, s.l.: Inter American Conference on Social Security, Working Paper Series.

The World Bank, 2014. World Development Indicators, s.l.: s.n.

Tol, A. y otros, 2013. Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(6).

Traulsen, J. M. & Almarsdóttir, A. B., 2005. Pharmaceutical Policy and the Lay Public. *Pharmacy World and Science*, 27(4), pp. 273-277.

Unger, J. B., Molina, G. B. & Baron, M., 2009. Evaluation of Sweet Temptations, a Fotonovela for Diabetes Education. *Hispanic Health Care International*, 7(3), pp. 145-152.

Vaccaro, J., Exebio, J., Zarini, G. & Huffman, F., 2014. The Role of Family/Friend Social Support in Diabetes Self-Management for Minorities with Type 2 Diabetes. 2(1).

Van der Ven, N. C. y otros, 2003. The Confidence in Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*, pp. 713-718.

Von Korff, M. y otros, 1997. Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med.*, Issue 127, pp. 1097-1102.

WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. Where are the patients in decision-making about their own care?, Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe, 2003. How can hospital performance be measured and monitored?. [En línea] Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf [Último acceso: Junio 2015].

Williams, G. C. y otros, 1998. Autonomous Regulation and Long-Term Medication Adherence in Adult Outpatients. *Health Psychology*, 17(3), pp. 269-276.

World Health Organization, 2010. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings, Geneva: WHO Press.

Zhang, P. y otros, 2010. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Issue 87, pp. 293-301.

