

Contribución del personal de salud en la implementación del programa Meta Salud Diabetes en el norte de México

Contribution of health personnel in the implementation of the Meta Salud Diabetes program in northern Mexico

Contribuição do pessoal de saúde na implementação do programa Meta Salud Diabetes no norte do México

Contribution du personnel de santé à la mise en œuvre du programme Meta Salud Diabetes dans le nord du Mexique

Olga Mesilemit Velázquez González ¹,  María del Carmen Castro Vásquez ², 
Elsa C. Cornejo Vucovich ³,  Catalina A. Denman ⁴ 

DOI: 10.19136/hs.a19n3.3805

Artículo Original

Fecha de recibido: 13 de marzo de 2020

Fecha de Aceptado: 31 de agosto de 2020

Autor de Correspondencia

María del Carmen Castro Vásquez. Dirección posta: Av. Álvaro Obregón 54,
Colonia Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Sonora, México.
Correo electrónico: ccastro@colson.edu.mx

Resumen

Objetivo: Identificar facilitadores y obstáculos en la implementación del programa Meta Salud Diabetes, una intervención educativa diseñada para disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en personas con diabetes, que participan en Grupos de Ayuda Mutua de la Secretaría de Salud, en el norte de México.

Materiales y métodos: Estudio de corte cualitativo. A partir de la Teoría del Proceso de Normalización, en particular del constructo de contribución, se analiza la información que da cuenta de la experiencia del personal encargado de la implementación del programa, en cuatro centros de salud seleccionados para este trabajo. Las fuentes constan de bitácoras de contacto con las encargadas de los Grupos de Ayuda Mutua, relatorías de reuniones de retroalimentación con éstas, diarios de campo de la observación no participante de las sesiones de Meta Salud Diabetes y entrevistas semiestructuradas.

Resultados: Meta Salud Diabetes pudo ser implementado durante 13 semanas, en los centros de salud que participaron en el estudio. Quienes lo facilitaron, reconocieron su utilidad como un modelo educativo para mejorar las prácticas de autocuidado en las personas con diabetes. Se documentó que el acompañamiento institucional es muy importante para la implementación del programa.

Conclusiones: Para la implementación del programa en el futuro, se requiere la asignación sistemática de recursos a los Grupos de Ayuda Mutua, el reconocimiento del trabajo de quienes los coordinan, la mejora en los procesos de supervisión, la contratación de más personal y la colaboración de diferentes profesionales de la salud. El enfoque de la Teoría del Proceso de Normalización para el análisis de la contribución de los agentes, permitió identificar los factores que facilitaron u obstaculizaron la implementación de Meta Salud Diabetes en los casos estudiados. Una limitación de este tipo de investigaciones es la dificultad de aislar el impacto que tienen en los diferentes agentes.

Palabras clave: Ciencias de la implementación; Diabetes; Educación en salud; Prevención secundaria; Teoría del Proceso de Normalización.

¹ Maestra en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora. Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.

² Doctora en Ciencias Sociales y Políticas, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.

³ Personal de Apoyo a Proyectos de Investigación. Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.

⁴ Doctora en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán. Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.

Abstract

Objective: Identify facilitators and barriers to implementing Meta Salud Diabetes program, an educational intervention designed to reduce the risk of cardiovascular disease in people with diabetes who participate in Grupos de Ayuda Mutua [Self-help groups] organized by the Ministry of Health in northern Mexico.

Materials and methods: This is a qualitative study based on Normalization Process Theory, mainly the “contribution” construct, which analyzes information describing the experience of health personnel in charge of implementing the intervention in four health care centers selected for this article. Data sources include contact logs with Grupos de Ayuda Mutua facilitators and reports from feedback meetings, field notes from non-participant observation of the Meta Salud Diabetes sessions and semi-structured interviews.

Results: Meta Salud Diabetes was successfully implemented for 13 weeks in the health care centers selected for this study. Facilitators recognized its usefulness as an educational model that improves the self-care practices of people with diabetes. The importance of institutional support for the implementation of Meta Salud Diabetes was also documented.

Conclusions: Future implementation of the program requires the systematic allocation of resources to the Grupos de Ayuda Mutua, recognition of the work of those who coordinate them, improvement of supervision processes, employing of more staff and collaboration between different health professionals. Using Normalization Process Theory to analyze agentic contribution allowed us to identify the factors that facilitated or hindered the implementation of Meta Salud Diabetes in the studied groups. However, a limitation of this type of study is the difficulty of isolating the specific impact on different agents.

Keywords: Implementation science; Diabetes; Health education; Secondary prevention; Normalization Process Theory.

Resumo

Objetivo: Identificar facilitadores e obstáculos na implementação do programa Meta Salud Diabetes, uma intervenção educacional destinada a reduzir o risco de doença cardiovascular em pessoas com diabetes que participam de Grupos de Ajuda Mútua do Ministério da Saúde no norte do México.

Materiais e métodos: Estudo qualitativo baseado na Teoria do Processo de Normalização, particularmente no construto “contribuição”, são analisadas informações que explicam a experiência do equipe na implementação e coordenação do programa em quatro centros de saúde selecionados para este trabalho. As fontes de informação incluem registros de contatos com os funcionários dos Grupos de Ajuda Mútua, relatórios sobre reuniões de feedback com eles, jornais de observação de campo não participante das sessões de Meta Salud Diabetes e entrevistas semiestruturadas.

Resultados: Meta Salud Diabetes pôde ser implementado por 13 semanas nos centros de saúde que participaram do estudo. Os facilitadores reconheceram sua utilidade como um modelo educacional que aprimora as práticas de autocuidado para pessoas com diabetes. A importância do apoio institucional para a implementação da Meta Salud Diabetes foi documentada.

Conclusões: Para a implementação do programa no futuro, é necessária a alocação sistemática de recursos aos Grupos de Ajuda Mútua, o reconhecimento do trabalho daqueles que os coordenam, a melhoria dos processos de supervisão, a contratação de mais pessoal e a colaboração de diferentes profissionais de saúde. A abordagem da Teoria do Processo de Normalização para analisar a contribuição dos agentes, permitiu identificar os fatores que facilitaram ou dificultaram a implementação do Meta Salud Diabetes nos casos estudados. Uma limitação desse tipo de pesquisa é a dificuldade de isolar o impacto que eles têm sobre diferentes agentes.

Palavras chave: Ciência de implementação; Diabetes; Educação em saúde; Prevenção secundária; Teoria do Processo de Normalização.

Résumé

Objectif : Identifier les éléments facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre du programme Meta Salud Diabetes, une intervention éducative visant à réduire le risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes de diabète qui participent aux groupes de soutien mutuel du ministère de la santé, dans le nord du Mexique.

Matériels et méthodes : Étude qualitative. Les informations qui rendent compte de l'expérience du personnel chargé de la mise en œuvre du programme dans les quatre centres de santé sélectionnés pour cette étude sont analysées sur la base de la théorie du processus de normalisation, en particulier de la construction sociale de contribution. Les sources sont constituées des registres de communication avec les responsables des groupes de soutien mutuel, des comptes rendus de réunion de retour d'information avec ces mêmes responsables, des journaux de terrain d'observation non participante des sessions de Meta Salud Diabetes et des entretiens semi-structurés.

Résultats : Le programme Meta Salud Diabetes a pu être mis en œuvre pendant 13 semaines dans les centres de santé qui ont participé à l'étude. Les facilitateurs ont reconnu son utilité en tant que modèle éducatif pour améliorer les pratiques d'autosoins chez les personnes atteintes de diabète. Il a été documenté que l'accompagnement institutionnel est très important pour la mise en œuvre du programme.

Conclusions : Pour la mise en œuvre du programme dans le futur, il est nécessaire d'allouer systématiquement des ressources aux groupes de soutien mutuel, de reconnaître le travail de ceux qui les coordonnent, d'améliorer les processus de supervision, de recruter davantage de personnel et d'obtenir la collaboration de différents professionnels de la santé. L'approche de la théorie du processus de normalisation pour l'analyse de la contribution des agents a permis d'identifier les facteurs qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre de Meta Salud Diabetes dans les cas étudiés. Une des limites de ce type de recherche est la difficulté rencontrée pour isoler l'impact qu'il produit sur les différents agents.

Mots clés : Science de la mise en œuvre ; Diabète ; Éducation à la santé ; Prévention secondaire ; Théorie du processus de normalisation.

Introducción

En las últimas cuatro décadas, las causas de mortalidad han cambiado radicalmente en México y en gran parte del mundo. En los países de ingresos bajos y medios, las muertes por causas transmisibles han disminuido y las muertes por causas no transmisibles han incrementado¹. En México, las encuestas de salud de 2000 a 2016 reflejaron una tendencia creciente de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que en 2016 llegó a 9.4% de la población adulta². En el mismo año, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, evidenció la necesidad de intensificar acciones de prevención secundaria: 46.4% de las personas que vivían con diabetes manifestó no tomar medidas de prevención para evitar o retardar complicaciones; y solo 9.3% recibió educación al respecto².

Entre los recursos para enfrentar las demandas que implica la atención de la DM2³, se ha señalado la necesidad de contar con intervenciones educativas orientadas a la prevención secundaria⁴, incluyendo grupos donde las personas con DM2 compartan sus experiencias, aprendan y se apoyen entre pares⁵. También se ha identificado la necesidad de generar evidencia sobre el funcionamiento de estos grupos en el mundo real⁶ y la sostenibilidad a largo plazo de los programas de prevención secundaria, especialmente la posibilidad de su incorporación y funcionamiento en los servicios de atención a las personas con diabetes⁷.

Para contribuir con evidencia científica a la creación de programas probados que sean factibles de ser escalados en los sistemas de salud, El Colegio de Sonora y la Universidad de Arizona, con financiamiento del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los Estados Unidos de América, diseñaron un proyecto de investigación que contó con dos objetivos: 1) Evaluar la efectividad del programa educativo Meta Salud Diabetes (MSD) por medio de un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados⁸ y 2) Realizar un estudio cualitativo que diera seguimiento puntual, a la implementación de MSD para identificar factores que facilitan u obstaculizan la adopción e integración de esta y otras intervenciones similares, a la oferta de los servicios de salud⁹. Este artículo presenta resultados del análisis de datos cualitativos. Su objetivo es contribuir a identificar obstáculos y facilitadores para la implementación de MSD en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de la Secretaría de Salud de México¹⁰, a través de la experiencia del personal que implementó el programa en cuatro centros de salud del estado de Sonora, ubicado en el norte del país.

Meta Salud Diabetes es un programa educativo de prevención secundaria, para disminuir el riesgo cardiovascular en adultos con diabetes. Consta de 13 sesiones de dos horas cada una, las cuales se propuso llevar a cabo una vez por

semana en los GAM existentes. El programa fue diseñado por El Colegio de Sonora y la Universidad de Arizona. Se basa en una metodología participativa, los principios de la promoción de la salud y herramientas de educación popular para adultos.

En México, los GAM fueron concebidos para incorporar la educación para la salud en la atención de las personas con diabetes¹¹ y están sujetos a mecanismos de acreditación. Sin embargo, entre los indicadores de evaluación no se incluyen criterios sobre actividades educativas que deben desarrollarse en los grupos, y el personal que se encarga de coordinarlos tampoco cuenta con programas de capacitación en educación para la salud, que les permita trabajar con los participantes de los GAM. Por eso, consideramos que MSD propone un conjunto de prácticas nuevas para dicho personal, en su mayoría enfermeras asignadas por las autoridades del centro de salud para coordinar el GAM. A estas personas se les conoce como “encargadas” y en este trabajo nos referiremos a ellas como E-GAM. Ellas recibieron capacitación de parte del equipo de investigación para implementar MSD en su centro de salud, así como un Manual con instrucciones para llevar a cabo las sesiones y Cuadernos de Trabajo para las personas que participaron en el GAM.

El análisis que se presenta en este trabajo se realiza desde la Teoría del Proceso de Normalización (TPN) [Normalization Process Theory], que es un modelo conceptual que permite analizar las condiciones necesarias para la introducción y normalización de intervenciones complejas en la atención sanitaria¹². La TPN provee una estructura conceptual para estudiar los patrones de las interacciones cotidianas entre los agentes de una intervención, los objetos (artefactos, prácticas y procedimientos) y las estructuras técnicas y organizacionales involucradas en su implementación¹³. Los mecanismos de acción social que propone la teoría, ayudan a explicar las prácticas que los actores involucrados realizan para la introducción y escalamiento de programas complejos. En otras palabras, lograr la “normalización”, referida a la incorporación de una técnica, tecnología o cambio organizacional como parte de la rutina en la práctica clínica¹⁴.

El análisis se enfoca en el constructo *contribución* de la TPN. Este constructo se refiere a lo que hacen los individuos que se relacionan directamente con una intervención para implementarla en un contexto dado. La factibilidad de que una intervención se normalice está en función de su flexibilidad técnica y su capacidad para adaptarse a distintos contextos organizacionales. La TPN advierte que las intervenciones que requieren modificaciones radicales en la organización del trabajo y los servicios donde se implementan, no tienden a la normalización¹⁵.

La *contribución* se compone de cuatro mecanismos que se presentan en la figura 1. La coherencia se refiere a la pertinencia que tiene una intervención en el contexto de quienes han de implementarla. La participación cognitiva, se refiere a los procesos a partir de los cuales se define quiénes se involucran directamente en la implementación. La acción colectiva describe el conjunto de actividades organizativas que hacen posible la operación de una intervención nueva. Y el monitoreo reflexivo describe las prácticas a través de las cuales los agentes de la implementación generan y sistematizan información sobre los efectos de la intervención en su contexto y cómo podrían optimizarla.

Materiales y métodos

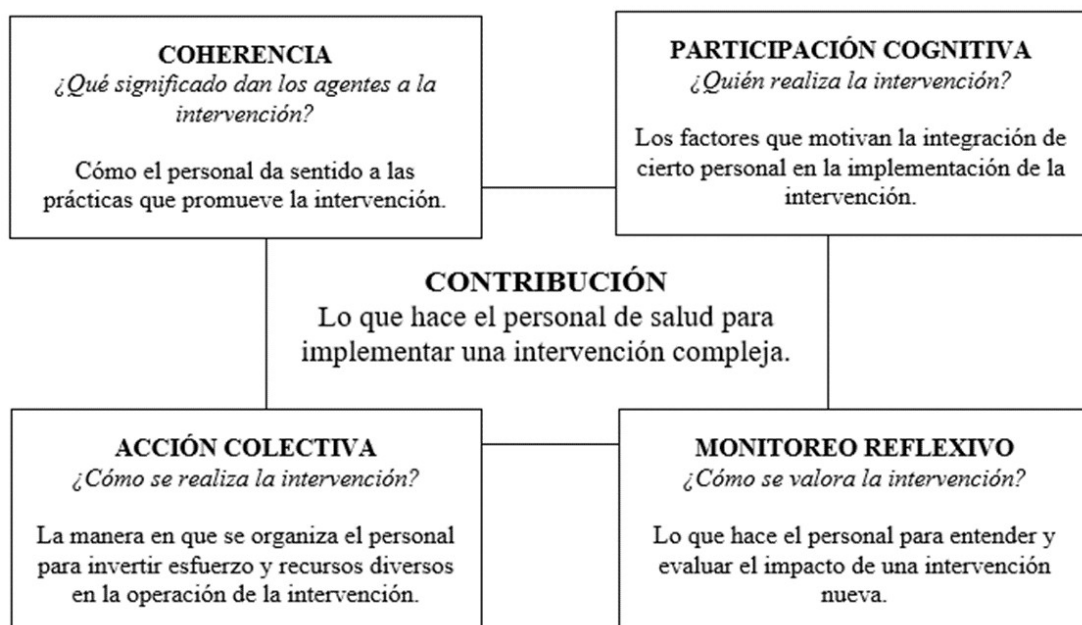
Se seleccionaron cuatro centros de salud para su análisis como estudios de caso y así captar los distintos contextos y experiencias en la implementación de MSD. Se incluyeron diferentes regiones del estado de Sonora: norte, centro y sur; dos centros de salud pertenecían a localidades urbanas y dos a localidades rurales. Por su capacidad de cobertura, dos eran pequeños y dos eran medianos. La experiencia en la implementación de MSD, en cuanto a facilidades y obstáculos, fue distinta entre los casos.

Este trabajo es de diseño cualitativo; se usaron técnicas como la observación no participante, bitácoras de contacto entre el equipo de investigación y las E-GAM, así como las relatorías de reuniones de retroalimentación con estas. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve personas que facilitaron MSD en los casos elegidos: 4 enfermeras, 1 enfermero, 1 coordinadora de Programas de Ayuda Mutua, 2 promotoras de salud y 1 médico. Las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado, y transcritas de forma literal. El trabajo de campo se realizó de 2016 a 2018.

La codificación y el análisis de las cuatro fuentes se realizaron con el programa NVivo 11¹⁶, de acuerdo con las directrices de la Teoría Fundamentada¹⁷: leer detalladamente, identificar núcleos de significados y construir códigos, temas y ejes de análisis. Se compararon las expresiones de las personas entrevistadas, así como los conceptos que daban sentido a ejes de análisis e interpretación considerando el contexto.

La exposición de resultados se presenta en tablas que explicitan las preguntas específicas, que guiaron el análisis de la información a partir de cada mecanismo incluido en el constructo de contribución figura 1. Las preguntas

Figura 1. Teoría del Proceso de Normalización: mecanismos del constructo *contribución*



[TFN] Fuente: Elaboración propia a partir de May y Finch¹².

fueron generadas con base en la revisión de los artículos que desarrollan la TPN¹⁸⁻²⁰ y la versión más reciente de un manual en línea²¹ que sus autores publicaron para facilitar la aplicación de la teoría en distintos contextos.

Todos los procesos e instrumentos de recolección de datos fueron aprobados por el Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad de Sonora y el Institutional Review Board de la Universidad de Arizona.

Resultados

Coherencia. “Me gustó mucho este programa”.

Según la TPN, a través del mecanismo social de coherencia o elaboración de sentido, los agentes atribuyen significado a su participación en un proceso de implementación. Esto incluye identificar la pertinencia y los cambios que implica agregar una nueva intervención y actividades a su rutina laboral, así como su compatibilidad con sus tareas cotidianas tabla 1. Las personas que facilitaron MSD manifestaron que el programa propició prácticas que mejoraron el trabajo en los GAM. Por ejemplo, indicaron que se fomentó la participación de los asistentes por medio de dinámicas de aprendizaje grupales, se realizó actividad física en cada sesión y se siguió un programa estructurado. Subrayaron que una de las condiciones más importantes que requiere la implementación de MSD es contar con personal dispuesto a hacer los esfuerzos suficientes para coordinar un GAM y desarrollar las sesiones del programa en un contexto de carencias en los centros de salud.

Según las E-GAM, el trabajo en los grupos es una actividad con escaso reconocimiento en sus espacios laborales y por parte de ciertas autoridades. Además, subrayaron la falta de capacitación relacionada con el desarrollo de habilidades didácticas, de liderazgo, de gestión y de empatía con la población que atienden.

Uno, es vocación; dos, es que te incentiven porque uno puede trabajar como loco todo el día en la sala de espera tomando signos vitales, pero eso [solo es] estadística, productividad, mientras que el chiste es que te involucres con tu trabajo y con el paciente. A veces nos sentimos un poco evadidos, un poco ignorados y descalificados para el trabajo que hacemos [...] A veces a uno le pega y le duele que no valoran lo que uno hace como personal de salud. Este es un trabajo muy difícil, un trabajo muy comprometedor, muy estricto. La formación que te da ser parte de un equipo de salud en un equipo multidisciplinario es muy meticulosa, a veces estresante, muy cansada [...] sin embargo, uno lo hace por la gente (Entrevista con E-GAM).

Varias personas que facilitaron el programa, insistieron en que su principal recurso de trabajo es –y fue durante la implementación de MSD– su propia “actitud”, es decir, su disposición a gestionar lo necesario para trabajar con los GAM, ante la dificultad de modificar las condiciones laborales en las que se desenvuelven. Coincidieron en que la implementación de MSD se complica si recae solo en una o dos personas que no están suficientemente apoyadas por las autoridades y el personal de su centro de salud, aunque el programa sea coherente con los objetivos de un GAM por “fomentar el autocuidado del paciente” (Entrevista con E-GAM).

Por medio del mecanismo de participación cognitiva, los agentes identifican sus capacidades para implementar la intervención y asegurar su continuidad tabla 2. Como señalamos antes, el personal del centro de salud que implementó MSD recibió una capacitación por parte del equipo de investigación, en la que se identificó que no habían tenido contacto previo con un programa similar, ni con materiales de apoyo para facilitar temas de educación para la salud en un GAM. Las capacitaciones que reciben de la Secretaría de Salud, por lo general están enfocadas en mediciones clínicas y llenado de formatos.

La observación de las sesiones de MSD por parte del equipo de investigación fue interpretada por las E-GAM como una actividad de supervisión y apoyo. Mencionaron que en su trabajo cotidiano falta dicho acompañamiento y que el apoyo de MSD fue una motivación para realizar el programa: “se necesita mucha permanencia en cuanto al insumo [refiriéndose a los recursos materiales para realizar las sesiones y el medicamento para los pacientes]. El interés que mostraron ustedes es lo que a nosotros nos motiva para seguir con esto” (Entrevista con E-GAM).

Cuando el equipo de investigación dejó de visitar los GAM al finalizar la etapa de recolección de datos, el programa no siguió implementándose. Una E-GAM explicó que había intentado continuar, pero no pudo debido a la falta de apoyo en su centro de salud y a que varios participantes del GAM no tuvieron la disponibilidad de horario para asistir a las sesiones; otras dijeron que estaban retomando algunos elementos del programa, pero en otros casos el personal regresó a prácticas antiguas como “dar pláticas” y atender a los pacientes solo en consulta, sin programar sesiones en el GAM. Algunas E-GAM manifestaron que el personal más joven es más competente para implementar y mantener el programa. Una de ellas dijo que “los pasantes están fresquecitos, nosotros ya somos los dinosaurios, ya en unos tres años y medio nos vamos” (Entrevista con E-GAM). Otras señalaron que la desventaja de involucrar a los pasantes en

Tabla 1. Testimonios alusivos al mecanismo social de coherencia

Preguntas desde TPN	Observaciones
¿Qué diferencias observaron las E-GAM entre MSD y su forma anterior de trabajo con los GAM?	<p>“[Antes] todo era proyectado [con diapositivas], hablar, hablar y hablar, pero esta forma de enseñarnos [...] más que todo es jugar, se divierte uno y es así como aprende uno” (Entrevista con E-GAM).</p> <p>“Para mí fue de mucho apoyo [el Manual y el Cuaderno de Trabajo de MSD] porque [...] nosotros andábamos buscando y era una angustia cada jueves de a ver cómo le voy a hacer [...] y ustedes vinieron y nos facilitaron el material y las ideas” (Entrevista E-GAM).</p>
¿Las E-GAM identificaron qué se requiere de ellas a nivel individual para implementar MSD y cumplir con sus objetivos?	<p>“[Las E-GAM coincidieron en que] lo más importante [para trabajar con un GAM] es el interés por hacer algo por el grupo, comprometerse con él y cumplir con ese compromiso. [Para eso] es importante la buena actitud, [que consiste en que la encargada] no se rinde, no es problemática [y genera confianza [en los miembros del GAM]]” (Bitácora de contacto).</p> <p>“Ellos tienen los elementos, pero les falta la actitud y te digo tajantemente: les falta la actitud, porque respondieron a una petición de una autoridad [refiriéndose a que las E-GAM hicieron MSD solo porque tenían que obedecer una orden de la Secretaría de Salud]” (Entrevista con E-GAM).</p>
¿Las E-GAM identificaron qué se requiere de otro personal del centro de salud involucrado en implementar MSD y cumplir con sus objetivos?	<p>“Nos gustaría que [las autoridades] fueran un poquito más acogedores con nosotros y que dijeran [...] ‘¿Tienes un salón? ¿Tienes un consultorio? ¿Tienes una sala de espera para ti? ¿Qué más necesitas para poder implementar un GAM o MSD?’ [...] Y que sea continuo el insumo, desde el medicamento” (Entrevista con E-GAM).</p> <p>“Primero [hay que] tener ganas de estar ahí ¿verdad? [y] conocer el comportamiento de la enfermedad de las personas. [Que haya] liderazgo porque tú las puedes tener sentadas en el piso y la gente estará contenta, nada más que llegues al objetivo principal ¿verdad? Que es lograr la empatía tuya con ellos porque si no, no funciona” (Entrevista con E-GAM).</p>
¿Las E-GAM identificaron qué valor, beneficios e importancia puede tener la incorporación de MSD en los GAM?	<p>“No es mucha la información que [los participantes del GAM] tienen sobre su padecimiento; entonces, estos programas ayudan muchísimo a conocer [...] sobre todo los riesgos y complicaciones” (Entrevista con E-GAM).</p> <p>“La misma gente con este librito [el Cuaderno de Trabajo de MSD], con este material que se les dio pueden enseñar a su familia ¿no?, no solamente ellos, [sino] que la familia esté involucrada” (Entrevista con E-GAM).</p>

[TFN] Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Testimonios alusivos al mecanismo de *participación cognitiva*

Preguntas desde TPN	Observaciones
¿Las E-GAM manifestaron disponibilidad y capacidad para involucrar al personal que pudiera implementar MSD?	“[Las E-GAM dijeron que] se sienten preparadas para dar la capacitación sobre MSD a otras compañeras, pero [que les] ponen más atención si va el equipo de investigación a dar la capacitación” (Bitácora de contacto).
	“[Las E-GAM dijeron que parte del] personal de salud no entiende lo cansado que es tener que escuchar y atender a más de 20 personas [como en un GAM] [y que] no pueden delegar tareas en otro personal porque es muy difícil enrolar y capacitar a nuevas personas [lo cual] implica más carga laboral” (Bitácora de contacto).
	“No se necesitan grandes estudios [académicos]. Con el solo hecho de querer hacer las cosas, pero ahorita la gente [del centro de salud] ya no quiere compromisos, no quiere obligaciones [...] nadie quiere trabajar en muchos puestos [por ejemplo] el GAM” (Bitácora de contacto).
¿Las E-GAM estuvieron dispuestas a organizarse para implementar MSD en equipo y fueron capaces de lograrlo?	“Hubo varios obstáculos [...] pero igual nos pusimos de acuerdo el enfermero y yo y dijimos [...] ‘vamos a procurar no depender de ellos’ [...] Creo que en una ocasión [...] le comentaba al entonces director ‘dime si nos vas a dejar realizar el programa o no. Simple y sencillamente por dos razones: [si] me salgo en este momento del proyecto [...] no quedaría mal yo, sino la institución. O la otra: le hablo al director general del programa’ [...] [Y] como que se suavizó un poco a partir de entonces la situación y hubo [...] menos obstáculos” (Entrevista con E-GAM).
¿Las E-GAM consideran que MSD debe integrarse en su centro de salud y que ellas son capaces de facilitarlo?	“A mí, sí se me dificulta bastante [implementar MSD] porque aquí estoy yo sola. Aquí se llevan todos los programas: cáncer, tuberculosis. Es un centro de salud con todos los programas, pero menos personal” (Entrevista con E-GAM).
	“Yo diría que las enfermeras o las personas que estuvieran de planta [podrían implementar MSD] porque si son pasantes [estudiantes de nutrición, enfermería o psicología] se van” (Bitácora de contacto).
¿Las E-GAM establecieron formas de trabajo en equipo que aseguraron la implementación de MSD en el futuro?	“Se supone que esta es una institución de salud; debería de estar complementado con todas las demás áreas: psicólogos, nutriólogos, activadores físicos, etcétera [...] Sería muy bueno [seguir con MSD], pero yo lo veo difícil” (Entrevista con E-GAM).
	“Yo pienso que necesitamos el recurso humano de tener una persona fija que se encargue exclusivamente de MSD” (Entrevista con E-GAM).
	“La verdad estoy sola sosteniendo esto para que no se caiga” (Bitácora de contacto).

[TFN] Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Testimonios alusivos al mecanismo de acción colectiva

Preguntas desde TPN	Observaciones
¿Las E-GAM implementaron MSD como fue diseñado y cumplieron los objetivos de las actividades del programa?	“Íbamos muy rápido para terminar a la hora indicada y no alcanzaba el tiempo” (Entrevista con E-GAM).
	“En las primeras sesiones las E-GAM dirigían las actividades de pie moviéndose por toda la sala ya fuera lectura o dinámica, pero en las últimas sesiones solo se han levantado del escritorio cuando lo consideran necesario, esto también ha provocado que las participantes no se muevan, aún más cuando las sillas no facilitan algunas actividades” (Diario de campo).
	“[La E-GAM] dijo que no harían la actividad física porque no había espacio suficiente” (Diario de campo).
¿Las E-GAM generaron estrategias de retroalimentación entre pares para optimizar su desempeño en la implementación de MSD?	“La instrucción [de facilitar MSD] venía de arriba [de las autoridades de la Secretaría de Salud] [y ciertas E-GAM] siguieron instrucciones porque esa era la indicación [...] pero yo encontraba resistencia: ‘ay no pude estudiar’ o cada quien tenía su justificación” (Entrevista con E-GAM).
	“Al principio se nos habló de trabajo en equipo, ¿se acuerda que era muy importante? Yo pienso que hay personal que nada más hace lo que tiene que hacer y ya [sin] ese extra [...] a pesar de que se les ha dicho y se les ha hablado del programa [...] Sí me gustaría que fuera otra [mi compañera de trabajo] [...] Nadie quiere trabajar en el GAM” (Entrevista con E-GAM).
¿Las E-GAM realizaron actividades afines a su disponibilidad, su experiencia, sus intereses y sus habilidades para la implementación de MSD?	“El que nosotros nunca hayamos llevado un programa como [MSD] esa fue la dificultad que al menos yo sentí o sentimos como trabajadores de la salud. El llevar un cronograma de actividades como el que trae [MSD] fue un poco... no difícil, pero [...] es pesado [...] estudiar para dar una sesión. Necesitamos apoyo” (Entrevista con E-GAM).
	“[Para poder implementar MSD en la sala de espera], los viernes se optó por no dar consulta de 8 a 10 de la mañana, para que sea exclusivamente para el GAM, para el grupo [porque] al principio tuvimos ese problema de espacio” (Entrevista con E-GAM).
	“Una enfermera está a disposición de sus jefes, no tiene capacidad de gestión, posibilidad de moverse; está subordinada y limitada” (Bitácora de contacto).
¿Qué recursos gestionaron las E-GAM para implementar MSD y a través de qué mecanismos lo hicieron?	“Nos apoyó una pasante, estuvo constantemente leyendo y aplicando ciertas actividades del Manual [de MSD] y con mucho éxito” (Entrevista con E-GAM).
	“Para que hubiese una mejor asistencia [de los participantes] optamos [por facilitar MSD] los sábados [...] No nos pagan económicamente por venir un sábado extra, pero sí nos compensan con horas” (Entrevista con E-GAM).
	“Para mí fue muy importante [pedir apoyo a otras promotoras de la localidad] porque [así] tenemos espacio [y] mobiliario [dado que] en el centro de salud lo que no tenemos es espacio” (Entrevista con E-GAM).

[TFN] Fuente: Elaboración propia.

los GAM y en la implementación de MSD es que su estancia es temporal, aunque la rotación también es frecuente en el personal a cargo del GAM.

Acción colectiva. “Muchos no se involucraron”.

En el mecanismo de acción colectiva, los agentes se involucran en las actividades concretas que requiere la intervención y gestionan lo necesario para llevarla a cabo tabla 3. Se observó que las E-GAM fueron capaces de realizar las actividades de MSD y lograr los objetivos. Gestionaron un espacio adecuado para reunir al grupo, tiempo, materiales y mobiliario como sillas, papelería, etiquetas de alimentos; ingredientes como sal, azúcar, especias, entre otros y a veces, apoyo de otro personal. Esto implicó cambios en sus dinámicas de trabajo que no pudieron ser sostenidos, ya que por falta de colaboración de autoridades y compañeros de trabajo, difícilmente pueden mantener gestiones a largo plazo para continuar con el programa. Además, el programa requirió que las E-GAM dedicaran una cantidad variable de horas dentro y fuera de su horario laboral, para preparar las sesiones.

De los cuatro casos estudiados, solo un GAM contaba con un aula para sus actividades en el centro de salud, mientras que en los otros, las E-GAM tuvieron que buscar dónde realizar MSD. En un caso, ya colaboraban con promotoras de salud de una organización comunitaria, lo que les permitió disponer de su aula, sillas, mesas y otro mobiliario para llevar a cabo las sesiones. En otro caso, desarrollaron las sesiones en sábado, cuando no había consulta en el centro de salud y podían usar la sala de espera. En el último caso, las E-GAM negociaron con el director de su centro de salud que los viernes se suspendiera el servicio normal durante dos horas para realizar MSD en la sala de espera, lo cual ocasionó quejas de algunos usuarios que no participaban en el GAM.

Debido al trabajo extra que implicó realizar MSD, las E-GAM señalaron que es difícil mantenerlo si la Secretaría de Salud no provee tiempo y espacio para la preparación y el desarrollo de las sesiones del programa, si no se involucra más personal: “prácticamente, el proyecto lo llevamos a cabo dos personas [...] Honestamente, nos costó trabajo, muchos no se involucraron” (Entrevista con E-GAM). Insistieron en que es necesario que quienes se involucren tengan un verdadero interés en el GAM y entiendan la importancia del programa. Refirieron que los obstáculos para preparar, facilitar y evaluar MSD se debieron a “la mala actitud” del “personal obligado que no se compromete” y a “las autoridades [que] no dan seguimiento” o no reconocen el trabajo de las E-GAM (Reuniones de retroalimentación con E-GAM).

Otro reto fue el trabajo en equipo. En un centro de salud, se observó que los intereses de las E-GAM no coincidían y tuvieron problemas para organizarse. Una de ellas claramente expresó: “no tenemos que seguir con esto” y se negó a participar en algunas actividades del programa (Diario de campo). En otro centro de salud, una persona expresó que es difícil la cooperación entre el personal: “estamos acostumbrados a trabajar mi programa, mi consultorio. Muy egoístas [...] parecería que eso también [pasa] con los coordinadores, con el director y con el jefe jurisdiccional: *ya te dejó el programa, tú [resuelve] como puedas... y ya no me involucro*” (Entrevista con E-GAM).

Monitoreo reflexivo. “Se necesitaría más personal”.

El mecanismo de *monitoreo reflexivo*, se refiere a la posibilidad de que los agentes evalúen los efectos de la intervención y a partir de ello reconfiguren su trabajo cotidiano y su participación en la implementación tabla 4. Algunos de los efectos de MSD en los participantes de los GAM fueron evidentes para las E-GAM, sobre todo los relacionados con cambios de comportamiento: “hay gente que cumplió con sus metas y ahorita dicen: ‘pues yo ya cumplí con la meta de no tomar soda’, ‘ahora estoy con la meta de dejar la sal’, o ‘ahora estoy con la meta de dejar harinas’, ‘estoy con la meta de que voy a salir a caminar’” (Entrevista con E-GAM). Asimismo, las E-GAM manifestaron que haber implementado MSD fue un buen aporte a sus habilidades profesionales y que, según los resultados observados, consideran que el programa es útil. Sin embargo, esto no fue suficiente para que siguieran realizándolo, puesto que se necesita mayor apoyo y reconocimiento del trabajo que realizan en el GAM para estar en condiciones de seguir implementando MSD.

Discusión

El análisis a partir del constructo *contribución* de la TPN y los cuatro mecanismos sociales que lo componen —coherencia, participación cognitiva, acción colectiva y monitoreo reflexivo— nos permitió identificar de manera sistemática los factores que facilitan u obstaculizan que el personal de los centros de salud a cargo de los GAM, implemente una intervención compleja y nueva como MSD. En términos de coherencia, el personal de salud reconoció el sentido de implementar una intervención como MSD en el GAM, por su enfoque en las técnicas participativas que fomentan la promoción de la salud de las personas con diabetes. En términos de participación cognitiva, las E-GAM se sintieron capaces de implementar la intervención siempre y cuando contaran con el apoyo de la o el director y otro personal del centro de salud. En términos de acción colectiva, reconocieron que el esfuerzo y los recursos invertidos para implementar MSD dependían de su propia capacidad de

Tabla 4. Testimonios alusivos al mecanismo de *monitoreo reflexivo*

Preguntas desde TPN	Observaciones
¿Las E-GAM pudieron observar e interpretar algunos de los efectos de MSD?	“Yo me di cuenta de que con dinámicas el usuario te pone más atención y memoriza más [...] [Ahora], si le decimos ‘trae la presión [arterial en] 150/100’ [Contestan:] ‘¡Ay, está muy alta!’ Entonces, sí aprendieron” (Entrevista con E-GAM).
	“Dándoles el libro, ellos sienten que sí los tomaron en cuenta [y] el libro está muy bien explicado [...] La gente a veces tiene dudas y se va al librito y lee [...] De los mismos libros que ustedes les proporcionaron ellos sacan su material de promoción [de la salud]” (Entrevista con E-GAM).
	“Las 13 sesiones que hicimos nos dieron la oportunidad de que ellos [los participantes] se sintieran más confiados [para] participar en una actividad. No como antes que venían cada mes y tú le pedías una opinión al paciente y se quedaba en blanco, no te contestaba nada por pena, por inexperiencia, por ignorancia [...] y eso te ayuda a que el grupo se involucre en un programa como es un GAM” (Entrevista con E-GAM).
¿Cómo evaluaron las E-GAM su experiencia personal con MSD?	“Fue una de mis mejores experiencias porque yo soy muy nerviosa, entonces, con todas las herramientas que nos dieron, me empecé a desenvolver mejor [...] Me enseñaron [que] no solamente [es] estar hablando, [sino usar] los juegos [y] todo lo que se hacía ahí” (Entrevista con E-GAM).
	“[Yo] me había casado con esa idea de ¿cómo demonios pueden hacer una intervención sin tomar tanto en cuenta el medicamento? [...] Eso era algo con lo que luchaba contra mí, y en contra de lo que yo pensaba. Pero ya cuando me empecé a dar cuenta de [los] objetivos que tenía el programa [me di cuenta de que MSD] es otra alternativa para controlar la salud del paciente” (Entrevista con E-GAM).
¿Las E-GAM reconocen el valor que tiene MSD a partir de los resultados que observaron?	“[MSD] vino a reforzar algo que nosotros no encontrábamos la forma de cómo lograrlo: [...] que el paciente se identificara con su padecimiento y que siguiera actividades en pro de su mejoramiento” (Entrevista con E-GAM).
	“Siempre hemos tratado de trabajar bien, pero ya con el material que nos proporcionaron mejoramos” (Entrevista con E-GAM).
¿Las E-GAM modificaron su trabajo habitual con base en su evaluación de MSD?	“[Ya] no hemos hecho reuniones, pero sí estamos en plan de seguir haciéndolo, buscando un momento, un espacio porque eso de venir todos los sábados: no. Por los otros trabajos que tenemos es un poquito difícil” (Entrevista con E-GAM).
	“Antes, si no había quién les dirigiera la actividad física, no se hacía [...] Ahora [...] nadie se va sin hacer ejercicio y todos están dispuestos” (Entrevista con E-GAM).

[TFN] Fuente: Elaboración propia.

agencia, debido a las condiciones precarias en los centros de salud y al hecho de que la facilitación del GAM es una carga de trabajo adicional a sus responsabilidades cotidianas. Y en términos de monitoreo reflexivo, las E-GAM valoraron MSD como una herramienta útil, porque notaron cambios positivos en las y los participantes del GAM, aunque los mecanismos de evaluación que establecen los lineamientos para la acreditación del GAM¹⁰, no permiten una evaluación de impacto más allá del mantenimiento del control de ciertos indicadores clínicos cuantitativos.

Según la información recabada, la implementación exitosa depende de las capacidades individuales de las E-GAM, para desarrollar un programa educativo como MSD y simultáneamente del apoyo y acompañamiento que reciben del sistema de salud. A pesar de los apoyos temporales recibidos durante la investigación, se registraron numerosos obstáculos para la implementación. Estos tienen especial relevancia para resolver el posterior sostenimiento de MSD dentro de las actividades de los centros de salud.

Las E-GAM dejaron de realizar las sesiones de MSD de manera sistemática una vez que concluyó el proyecto de investigación, debido a la rotación de personal y a la carga laboral que implican los otros programas que llevan a cabo, además de las condiciones precarias en los centros de salud que limitan actividades de prevención como MSD. Pese a ello, las E-GAM aludieron a su propio sentido voluntarista “de actitud” para lograr sostener la implementación del programa, lo que resultó insuficiente frente a las otras tareas que les asignan.

Aunque hay diferencias particulares entre los casos estudiados, todos comparten las condiciones precarias, que no permiten asegurar los insumos y recursos necesarios para el sostenimiento de MSD. Las autoridades sanitarias ponen menos atención al fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud y prevención secundaria de las personas con diabetes que participan en los GAM, respecto a las intervenciones biomédicas. No se otorga el debido reconocimiento al personal que desempeña lo mejor que puede su trabajo frente a los GAM y que debe gestionar los recursos posibles para su trabajo. Las E-GAM reconocieron la pertinencia y oportunidad de trabajar con un programa como MSD en beneficio de las personas de los GAM, pero su posición como trabajadoras dentro del sistema es vulnerable, lo que no les permite gestionar más recursos o hacer oír sus voces con mayor fuerza.

Conclusión

El programa MSD pudo ser implementado integralmente en los cuatro centros de salud analizados, a pesar de los obstáculos mencionados. Las E-GAM que lo facilitaron,

reconocieron su utilidad como modelo educativo para mejorar las prácticas de autocuidado de las personas con diabetes y disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La capacitación ofrecida por el equipo de investigación fue entendida como una inversión a favor de los GAM y de quienes los coordinan. Las autoridades, el personal directivo y las E-GAM estaban conscientes de la conveniencia de aprender y participar en una investigación como esta para mejorar su trabajo con los GAM, aumentando la calidad y los contenidos de la promoción y la prevención secundaria. Sin embargo, el interés que despertó el programa durante la etapa de investigación no fue suficiente para su implementación posterior.

La TPN resultó útil para identificar los aspectos institucionales, que pueden facilitar u obstaculizar la implementación del programa MSD en un sistema de salud con múltiples demandas, recursos limitados y con una falta de programas permanentes de capacitación sobre promoción de la salud y prevención secundaria de enfermedades crónicas. Se documentó la necesidad de una asignación sistemática de recursos a los GAM, el reconocimiento del trabajo de quienes los coordinan, aumentar la formación de facilitadores, mejorar los procesos de supervisión, contratar más personal y la colaboración de diferentes profesionales de la salud con los GAM. Estas condiciones facilitarían la implementación continua y a mayor escala del programa.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
2. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública Mex.* 2018; 60:224-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/8566>
3. Heter A. Encouraging Participation in Diabetes Self-Management Education (DSME) Programs for the Patient with Type 2 Diabetes Mellitus. *Midwest Q.* 2019; 60:319-28.
4. World Health Organization. Global report on Diabetes 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract.* 2010; 27 Suppl 1:i17-i22. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp027>

6. Aziz Z, Riddell MA, Absetz P, Brand M, Oldenburg B. Peer support to improve diabetes care: an implementation evaluation of the Australasian Peers for Progress Diabetes Program. *BMC Public Health*. 2018; 18:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5148-8>
7. Aziz Z, Absetz P, Oldroyd J, Pronk NP, Oldenburg B. A systematic review of real-world diabetes prevention programs: learnings from the last 15 years. *Implement Sci*. 2015; 10:1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0354-6>
8. Sabo S, Denman C, Bell M, Cornejo E, Ingram M, Valencia C, et al. Meta Salud Diabetes study protocol: a cluster-randomised trial to reduce cardiovascular risk among a diabetic population of Mexico. *BMJ Open*. 2018; 8:e020762. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020762>
9. Ingram M, Denman CA, Cornejo-Vucovich E, Castro-Vasquez MdC, Aceves B, Ocejó A, et al. The Meta Salud Diabetes implementation study: qualitative methods to assess integration of a health promotion intervention into primary care to reduce CVD risk among an underserved population with diabetes in Sonora, Mexico. *Front Public Health*. 2019; 7:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00347>
10. Secretaría de Salud. Estrategia Grupos de Ayuda Mutua. Enfermedades Crónicas. Lineamientos de Operación 2016. México: Secretaría de Salud; 2016.
11. Velazquez Monroy O, Lara Esqueda A, Martínez Marroquín MY, Jiménez RA. Grupos de Ayuda Mutua: una estrategia de educación. *Boletín Epidemiología*. 2001;18:1-20.
12. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of Normalization Process Theory. *Sociology*. 2009; 43:535-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
13. May C. A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-86>
14. May C, Harrison R, Finch T, MacFarlane A, Mair F, Wallace P. Understanding the Normalization of Telemedicine Services through Qualitative Evaluation. *J Am Med Inform Assoc*. 2003; 10:596-604. Disponible en: <https://doi.org/10.1197/jamia.M1145>
15. May C. Towards a general theory of implementation. *Implementation Sci*. 2013; 8:1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>
16. QSR International Pty Ltd. NVivo 11. 2015.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
18. May C. Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science & Medicine*. 2013; 78:26-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.021>
19. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med*. 2010; 8:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63>
20. Volker N, Williams LT, Davey RC, Cochrane T, Clancy T. Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalisation process theory. *BMC Fam Pract*. 2017; 18:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0580-x>
21. May C, Rapley T, Mair FS, Treweek S, Murray E, Ballini L, et al. Normalization Process Theory on-line users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument 2015 Disponible en: <http://www.normalizationprocess.org>.