



MEN

Monograph Series



Track II:

Continuous Diabetes Care
for Migrant Workers

Continuidad del Cuidado de la Diabetes
en Trabajadores Migrantes

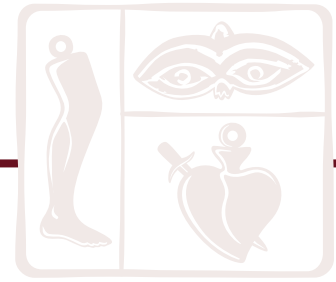


Table of Contents



Background	1
Obesity and Diabetes	1
Diabetes and Migrants	1
Migrant Health Care Systems	2
Diabetes Track II	2
Clinic Side of Project	3
Enrollment	3
Records Transfer	3
Confidentiality	5
Participant Side of Project	4
Care Coordination	4
Education	4
Advocacy	5
Ana's Story	6
Barriers to Care	7
Bibliography	8
Antecedentes	9
La Obesidad y la Diabetes	9
La Diabetes y los Migrantes	9
Sistemas de Atención Médica para Migrantes	10
Diabetes Track II	10
Sobre Clínicas en el Proyecto	12
Inscripción	12
Traslado de Expedientes	13
Privacidad	13
Participantes del Proyecto	14
Coordinación de Asistencia	14
Educación	15
Representación	15
La Historia de Ana	16
Barreras a Cuidado Médico	17

Background



An epidemic of obesity-related diabetes is sweeping across the United States and has begun its spread to the rest of the world. In 1998, the Migrant Clinicians Network (MCN) Diabetes Program launched the Diabetes Track II project to address this issue in the migrant population. Track II provides continuity of care for mobile individuals through transferring medical records and offering remote care coordination.

Obesity and Diabetes

“Diabesity,” a new term that reflects the intertwined nature of obesity and diabetes, is becoming one of the most pressing public health issues of our time. It has been reported and discussed everywhere from medical journals to popular television news shows. The American Obesity Association reports that obesity rates have more than doubled, from 14.4 percent of adults in 1980 to 30.5 percent in 2000. Even more worrisome is the increase in rates of obesity in youth, from 4.3 percent of boys ages six to eleven in 1974 to 16 percent in 2000; there are four times as many obese young boys now than there were 30 years ago. The table below shows the troubling increase in obesity by state according to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Behavioral Risk Factor Surveillance System:

Number of States by Percentage of Population Obesity				
	Less than 10%	10% -14%	15% -19%	20% and above
1985*	12	8	—	—
1990 **	10	34	—	—
1995	—	23	27	—
2000	—	1	27	22

*no data for 30 states **no data for 6 states

Closely correlated with the rising obesity rates are rising rates of type 2 diabetes.¹ The CDC reports a 70 percent increase in type 2 diabetes among Americans between the ages of 30 and 39 from 1990 to 1998. It is also becoming more and more common to see type 2, rather than type 1, diabetes among children. According to an article by Francine Kaufman, “[i]n 1992, it was rare for most pediatric centers to have patients with type 2 diabetes. By 1994, type 2 diabetes accounted for up to 16 percent of new cases of pediatric diabetes in urban areas, and by 1999, it accounted for 8 to 45 percent of new cases depending on geographic location.” In an extreme case, the International Diabetes Care Center in Tallahassee, Florida has found that four out of five new cases of pediatric diabetes are type 2. Doctor K.M. Venkat Narayan, Chief of the Diabetes Epidemiology Section at the CDC has predicted that one in three children born in the United States in 2000 will develop diabetes. The risk is highest for Hispanic children: 45

percent of boys and 53 percent of girls are predicted to develop diabetes at some point in their lives.

Diabetes and Migrants

Whereas rising rates of diabetes are concerning in the general population, they are devastating among migrants.² Indicators show that diabetes prevalence is higher, and management more challenging, among individuals of lower socio-economic status, lower education levels and of Hispanic/Latino backgrounds (as compared to whites) — all characteristics of migrants. Sixty-one percent of farmworker families have incomes below the federal definition of poverty. Because of financial barriers, farmworkers are often unable to pay for costly diabetes medications, glucometers and strips. Poverty may influence individuals’ ability to modify their diets since fruits, vegetables, and low-fat food options may be cost-prohibitive. The majority of migrant workers speak Spanish as their primary language and have a median sixth-grade education level. Many of the diabetes education materials they encounter are in English and/or written at too complex a reading level. Some migrants travel to areas where clinic staff do not speak Spanish, resulting in missed educational opportunities and substandard health care.

Aspects of migrant work itself affect diabetes management. Since farmworkers often live on site, many lack their own transportation, making clinic visits difficult. Their housing may lack refrigeration, privacy, or adequate bath facilities — conditions beyond the control of the individual. The demanding work environments further complicate the needs associated with foot care,

glucose monitoring, hydration, rest, and self-medication since most migrant workers work long hours of intense physical labor in extremely hot, cold and/or wet weather conditions. Migrant jobs typically do not include benefits, support, or protections such as disability coverage or worker's compensation. Employment is often informal and many farmworkers work without legal authorization. They do not have access to those health assistance programs that require verification of legal immigration status. At the same time, migrants may avoid other programs that would provide care, fearing that they are affiliated with the Bureau of Immigration and Customs and Enforcement.

Migration itself is a considerable barrier to managing diabetes. Frequent moves cause discontinuity of care and migrant workers are often unfamiliar with the health care resources in the states to which they move. In addition, traveling long distances requires special considerations for diabetes care, since migrant workers must manage their diabetes during lengthy road trips.

Migrant Health Care Systems

Efforts have been made to address the specific health needs of migrants. The Migrant Health Act of 1962 established the Migrant Health Program, which "provides grants to community nonprofit organizations for a broad array of culturally and linguistically compe-

tent medical and support services to migrant and seasonal farmworkers and their families." About 400 clinics are operated by the 125 Migrant/Community Health Centers in 40 of the 50 states (and Puerto Rico). In 2001, these Migrant Health Centers served over 650,000 migrant and seasonal farmworkers. Unfortunately, the hard work of all involved in migrant health is not enough to meet the high demand placed upon these health centers by migrant patients. It has been estimated that the existing centers have the capacity to serve fewer than 20 percent of the nation's farmworkers.

Over 90 percent of individuals seen at migrant health centers are living below the federal definition of poverty; half of all farmworker families have an income below \$10,000. Seventy-three percent of migrant children, and 60 percent of all patients seen at migrant health centers, lack health insurance. Without health insurance or adequate income, migrants are simply unable to afford the costs associated with health care, especially the high and continual costs of managing a chronic disease like diabetes. Migrant health centers do what they can to help by providing office visits, lab tests and medications at a significantly reduced cost. Despite their best efforts, clinicians at migrant health centers are often frustrated by high staff turnover rates, reductions in funding, and increased demand for their services.

Diabetes Track II

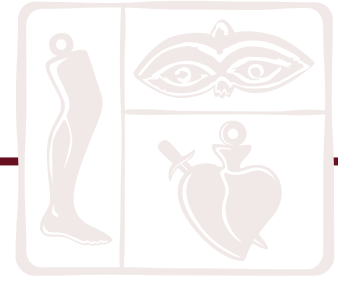
Recognizing the challenges faced by both migrants and their health care providers alike, the MCN Diabetes Program initiated the Diabetes Track II project. Based on *TBNet*, MCN's continuity of care project for mobile patients with active or latent tuberculosis, Track II emulates a situation where the participant is not moving from clinic to clinic. Through transfers of medical records, Track II gives health care providers the medical history for the new migrants they see. Phone based care coordination allows migrants to work year round with the same Track II staff member who helps them find services. Educational materials are tailored specifically to the participants' language and reading levels.

Since its pilot test in 1998, Track II has continually evolved to meet the needs of the participants and health care providers. Much input and many creative suggestions have come from community health centers that use Track II as well as participants themselves. Track II recognizes the changing face of migrant workers, the spreading epidemic of diabetes, and the reality of overburdened community health centers. Modifications to the project will continue as needed, working toward a day when mobility is no longer a complicating factor in diabetes management. ■

¹ Type 2 diabetes has also been referred to as "Adult Onset" diabetes in contrast to "Juvenile Onset" (type 1). These terms have become obsolete in the face of the increasing rates of children and youth developing type 2. Type 2 (also called Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus — NIDDM) is associated with behavioral factors and results from insulin resistance — the body's inability to effectively use the insulin produced by the pancreas. Type 1 (also called Insulin Dependent Diabetes Mellitus — IDDM) is an autoimmune disorder where the body's pancreas stops producing insulin altogether, or produces too little to be effective in glucose control.

² Historically, the terms "migrant" and "migrant farmworker" have been treated as synonymous. Increasingly, migrants are moving into non-agricultural jobs such as construction and service industry work where there are more jobs and higher salaries. The MCN Diabetes Program uses the World Health Organization's more inclusive definition of migrant: One who travels across state or international borders to participate in activities for remuneration and is generally socio-culturally and linguistically considerably different from the majority of the domestic population. Most research cited here, though, is based around an agricultural worker definition of migrant. Likewise, many migrant health centers are serving a migrant population that includes non-farmworkers although their federal funding is based around the numbers of migrant *farmworkers* that they serve.

Clinic Side of Project



When dealing with a chronic disease like diabetes, health care providers find it challenging to care for individuals whom they see for interrupted periods of time, or perhaps only once. In 1998, the Migrant Clinicians Network (MCN) Diabetes Program staff spoke to these providers and found that they had four primary concerns: helping a patient follow a current treatment plan, making appropriate changes to an ineffective treatment plan, meeting minimum standards of care, and avoiding unnecessary duplication of services. The Track II project addresses all of these issues by supplying providers with complete sets of medical records for their patients.

Enrollment

Track II strives to make participation accessible to as many migrants as possible. Anyone can be trained to enroll participants: nurses, community health workers, doctors, or administrative staff. Individual migrants can also enroll themselves by contacting Track II staff members directly. Enrollment is not limited to migrant health clinics; it also takes place at private doctor's offices, health departments, and migrant focused community organizations. Enrollment sites stretch from the Texas/Mexico border to the North Dakota/Canada border, and from Pennsylvania to Oregon. Some are in rural agricultural areas and see migrants during their work seasons while others are in larger southern cities where migrants return in the off-season. As the migrant landscape has changed (with more workers moving for jobs in construction and the service industry), Track II has begun to work in clinics and private doctors' offices that have not traditionally worked with migrants, or not recognized their immigrant workforce as such.

Enrollment procedures are straightforward: Track II forms are signed by an enrollee and returned to the Track II office in Austin, Texas via fax or mail. These forms are reviewed annually and meet the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) guidelines for the transfer of protected health information. One form allows for the transfer of medical records between clinics or health care providers. For two years, this release allows Track II staff to move records between clinics, alleviating the need for a specific release to be signed at each clinic that the participant visits. A second form collects demographic information (used for compiling statistics) and contact information for the enrollee. Contact information is especially important for the care coordination aspect of Track II (see page 4 for more information).

At the time of enrollment, new participants make direct contact with Track II staff members whenever possible. By calling the MCN 1-800 number from a provider's office, the participant can be introduced to the Track II project staff by someone that s/he already trusts: her/his health care provider. As many migrant workers are undocumented immigrants, unfamiliar with the distinctions between government entities (which they distrust) and not-for-profit organizations, it is essential to emphasize that Track II exists to help the individual and has no capacity for reporting

someone to the Bureau of Immigration and Customs Enforcement. A brief conversation introducing the new participant to the Track II staff also makes it clear that the calls are toll free and the staff speaks Spanish. These factors increase the likelihood that the participant will call Track II independently when needing assistance with her/his diabetes management. Track II participants receive a laminated card containing the MCN 1-800 number to show to their health care providers so they can call for copies of the participant's medical records.

Records Transfer

When the Track II staff receives new enrollment forms for a participant, they identify clinics that the participant has visited in the previous 12 months in order to obtain diabetes related medical records. Upon receipt of records, pertinent medical information is entered into MCN's database. The database allows Track II staff to monitor a participant's health status and need for tests or medication refills. It also allows Health and Medications Summaries to be created and then sent to clinics along with chart notes when records are transferred. These summaries give a new provider a participant's medical history at a glance; the attached chart notes allow the provider access to more in-depth information. Each time a participant moves, this process is repeated: the clinic that the participant is leaving is contacted for a copy of records, the information is entered into the database, the chart notes and summaries are sent to the clinic that the participant visits next.

Continued on page 5

Participant Side of Project

Participants are the heart of the Track II project; their active participation in their own diabetes management is essential for health improvements to take place. But there are challenges specific to migrants that impede self-management. Because migrant workers are, by definition, mobile, they often miss out on case management and educational opportunities available to others at community health centers. If they fall into the category of “nomadic migrants,”¹ they do not have the advantage of returning to the same site season after season and thus must establish a new relationship with each provider they visit. The Migrant Clinicians Network (MCN) Diabetes Program has always worked to provide the additional support needed to offset the barriers faced by migrants with diabetes — Track II is an integral part of that support system. The project provides participant support in three important ways: care coordination, education, and advocacy.

Care Coordination

Through phone contacts with participants, Track II staff members are able to follow a participant’s health status and location, providing assistance as necessary. During the calls, the staff member asks about the participant’s plans to move and whether s/he is visiting a clinic. If the participant is visiting a clinic, the Track II staff member requests records from that clinic so they can be transferred when the participant moves. If the participant reports that s/he is not receiving care, the staff member will determine the reason and take the steps necessary to get the participant into a local clinic. Track II participants most often cite financial constraints and lack of knowledge about clinic sites as the barriers to visiting a clinic.

When migrants arrive in a new area, they are often unaware of the health services available. As participants in Track II, they have a wealth of information accessible by phone. Track II staff members have access to a comprehensive list of migrant/community health centers through a database maintained by the Bureau of Primary Health Care. In addition, MCN’s own database contains information about additional sites where migrants have received care (generally health departments, private clinics and private practices). Through pro-active clinic referrals, staff members work to ensure that each participant will have information about a clinic in her/his area (or the area to which s/he will be moving) to minimize gaps in care as much as possible.

Many “point-to-point” migrant participants return to a “home base” during the off-season. These home bases are often located along the United States/Mexico border in areas classified as medically underserved. There are vast health disparities between border areas and the rest of the United States and Mexico. While in these home bases, participants report that their greatest obstacles to continuous care are financial. Because of the large demand for services and limited resources in border areas, migrants are

unlikely to find as many low- or no-cost services as they do in non-border migrant clinics. Blood glucose meters given out at non-border clinics often sit unused once migrants return home. Most cannot afford to purchase the strips necessary for conducting blood glucose checks. Unable to fill their prescriptions at home, many border residents cross into Mexico to buy medication at a lower cost. While less expensive, these medications may differ from those originally prescribed because of differences in quality control and regulation of medications. Other migrants cut dosages or skip pills to make one bottle last longer. To combat these potentially dangerous practices, Track II staff members help participants enroll in pharmaceutical assistance programs and find community services to pay for clinic visits, medications, or lab tests.

Education

Track II diabetes education is conducted primarily through mailings sent several times a year to all participants with known addresses. Mailings typically cover topics such as immunizations, minimum standards of care, nutrition, foot care, and physical activity. Each mailing contains an educational flyer or brochure which is bilingual (Spanish and English) and at an appropriate reading level. Also included is a newsletter that reminds the participant of the resources available through Track II.

Phone conversations provide an additional means for educational opportunities. Track II staff members answer participants’ questions about co-existing medical conditions or the course of care that their providers have recommended. When necessary, they

¹ Migrant patterns have been categorized as “Point to Point” (traveling to one site and returning to a home base), “Restricted Circuit” (traveling within a small geographic area, usually focused on one crop in that area) and “Nomadic” (moving wherever and whenever work opportunities present themselves without a set structure).

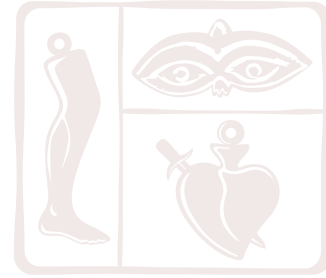
search for specific educational materials or refer participants to a health care professional for further assistance.

Advocacy

Many migrants are unfamiliar with the United States health care system. They worry that clinics are affiliated with the government and will report them to the Bureau of Immigration and Customs Enforcement if they are in the country without documentation. Some do not understand information given to them at a clinic because of a linguistic, cultural, or educational difference between the patient and the clinic staff. Some even experience poor treatment at clinics but are afraid to speak up. Track II staff members act as intermediary advocates for participants as needed. When asked, they call clinics on behalf of participants to schedule appointments or get clarification of information received during a clinic visit. The staff members have also worked with clinics and other health care providers to help them understand the obstacles partici-

pants face in their diabetes management. The result has been shorter waiting times for appointments and treatment plans that are more financially realistic for migrant individuals.

Perhaps the greatest indicator of Track II's success comes from the participants themselves. After consent forms began to expire (they are valid for two years), re-enrollment by clinics presented a challenge; few participants consistently visit clinics that are enrolling Track II participants. The Track II staff began to contact participants directly with new sets of enrollment forms and postage-paid return envelopes. Large numbers of participants have taken the initiative to complete and return the forms, demonstrating their need for and satisfaction with the services Track II had provided them throughout the previous two years. This endorsement from the participants gives validity to the Track II project, which will continue to help migrants with diabetes for as long as they feel that it is valuable. ■



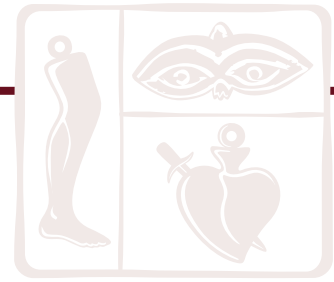
Clinic Side of Project, continued from page 3

Confidentiality

A variety of mechanisms are in place to ensure the security of the participants' medical information and their privacy. A unique identification number identifies each individual in the MCN database. The database contains records for all MCN projects so participants can cross-enroll in multiple projects while the unique identifier guarantees that two individuals with the same name will not be confused. Participants calling the MCN 1-800 number are asked to verify their identity by providing information known only to them. Likewise, identities of clinicians calling for records are verified so that protected health information is released only to those authorized to receive it.

It is important for Track II staff members to have close contact with those involved in enrolling participants, as well as those responsible for the transfer of medical records. Trainings are conducted by phone or in person as necessary and Track II staff members are always available to provide technical assistance. In addition, periodic updates are sent via mail and email to individuals involved with the project. Track II materials are provided to enrolling clinics at no cost and there is never any charge to participants involved in the project. ■

Ana's Story



This case study is a good example of many of the barriers faced by Track II participants. It highlights Track II staff's attempts to help this participant overcome these barriers and gain access to necessary services. This case study also illustrates the hard work, and sometimes creative strategies, that Track II participants use when managing their health.

Participant # 95, "Ana," is a 51-year-old Hispanic woman who speaks both English and Spanish. She moves between Minnesota and Texas, usually spending about three months of the summer in Minnesota and the rest of the year in Texas.

One summer, Ana was enrolled in Track II by a migrant health clinic in Minnesota. After leaving Minnesota to return to Texas, she received a Track II reminder letter and called the MCN 1-800 number to check in and give us her current contact information. During the phone call she mentioned that she was out of the Glucophage and Monopril that she had received in Minnesota. We put her in contact with a local migrant clinic that provided her with treatment and medication.

A couple of months later, another MCN Diabetes Program project started up in the area: the Diabetes Lay Educators.¹ DLEs are current migrants who are community health workers, moving between Minnesota or North Dakota and Texas. They hold educational group meetings every couple weeks and are trained to check blood pressure and blood glucose levels. Thinking that Ana could benefit from this new opportunity to learn more about diabetes management, we sent her information about the DLE group. She began attending the groups and continued to do so for the entire winter and spring.

When Ana moved back up to Minnesota the following spring, she called the MCN 1-800 number asking for contact information for a clinic in her

area. Once she let us know that she was being seen there, we sent the clinic her records from the time that she had been in Texas. The next time we called, Ana told us about some problems she was having with her feet: they hurt, and she was worried about some sores that were developing. During the call we provided education regarding self care for her feet and also encouraged her to bring up these issues with her health care provider.

At the end of the summer, Ana headed back to Texas and returned to the clinic that she had attended the previous winter. When we called to check in, she complained of a new complication, discomfort in her esophagus, and was worried that she might not be able to pay for the medications needed to remedy the problem. We explained to her that Track II cannot help pay for medications, but would help her find programs that do. Ana promised to keep in touch about this issue after her doctor's visit in the coming week. We let her know about the new DLE groups in her area for the winter, which she enthusiastically attended. The DLE also paid her a home visit to check her blood pressure and blood glucose levels, and to discuss her medical concerns.

We next spoke to Ana in the early spring. Though her diabetes was well managed, she had another medical concern: a possible hernia. She was also upset about a clinic visit where she had been told that her doctor was unable to keep the appointment and that the clinic

was unable to schedule a follow up. Knowing that Ana needed prompt medical attention, we contacted the clinic to discuss Ana's options (waiting for her doctor to return or scheduling an appointment with another provider). When the best option turned out to be waiting for her doctor to return, we scheduled an appointment for Ana and sent her records to her doctor at the clinic.

At the appointment, her doctor told Ana that he suspected she did have a hernia and would need a MRI. After she told him that she was unable to pay for a MRI, he suggested that perhaps she should just wait and go to the emergency room when the pain became unbearable. When Ana talked to us, she said she was also thinking about going to Mexico where she had heard that a MRI cost about half as much. Uncomfortable with these as her only two options, we referred her to Call for Health.² She was able to work out a payment plan where she paid half the cost of the MRI and Call for Health covered the other half.

Last time we talked to Ana she was planning to move back north for the summer. Her health was not her largest concern: she was worried about finding work. In the past she had worked in a plant where she was able to remain seated – a relief for her feet which often bothered her. This plant had recently become more automated, though, and so she was not sure she could get the same job. We wished her well with the job search and promised to keep in touch over the summer. ■

¹ The Diabetes Lay Educator project is a partnership between Migrant Health Services, Inc., Migrant Clinicians Network, Inc., Altru Health Center and Moorhead State University. Funding is provided through a Rural Health Outreach grant.

² Call for Health is a project administered by the National Center for Farmworker Health that provides assistance with funding medical procedures for farmworkers.

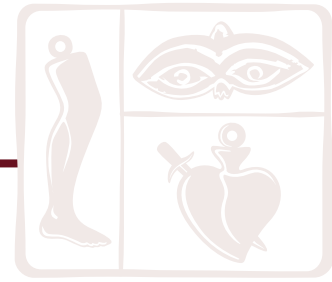
Barriers to Care

Barrier	Example	Track II Assistance	Participant Strategies
Gaps in care because of insufficient knowledge of area clinics.	Although Ana had been linked with a clinic in Minnesota one summer, after moving to a new area of the state she was unfamiliar with local clinics.	Providing the name and phone number of a local “migrant friendly” clinic and transferring Ana’s records between her clinics.	Proactively calling Track II for help with finding a clinic.
Challenges with clinics.	Ana was frustrated after her clinic visit where she was told that the provider was not there.	Acting as Ana’s advocate when working with the clinic.	Asking Track II staff to get more information about the situation.
Lack of money to pay for costly procedures.	Ana saw her only options as waiting to visit the Emergency Room or going to Mexico.	Providing Ana with contact information for Call for Health and the DLEs.	Researching non-traditional strategies (such as treatment in Mexico) and then later negotiating a payment plan with Call for Health. Ana also utilized the DLEs for education, blood glucose and blood pressure tests instead of paying to visit a clinic.
Types of work that complicate diabetes care.	Ana’s feet hurt after standing for many hours yet most available jobs required her to be on her feet.	Educating Ana about foot care.	Finding a job where she could remain seated through the workday.
Effects of changes in the labor market impacting migrant workers.	The automation of the plant led to a reduction in the number of jobs available.		

Bibliography

1. American Obesity Association. (2003). *AOA Facts Sheets: Obesity in the U.S.* www.obesity.org
2. Bigelow, B. & Stone, M.M. (March-April 1995). Why don't they do what we want? An exploration of organizational responses to institutional pressures in community health centers. *Public Administration Review* 55(2), 183 — 192.
3. Bureau of Primary Health Care. (n.d.). *Facts about U.S./Mexico border health.* bphc.hrsa.gov/bphc/borderhealth/region.htm
4. Bureau of Primary Health Care. (n.d.). *Migrant health program.* www.bphc.hrsa.gov/migrant/default.htm
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *Behavioral Risk Factor Surveillance System.* www.cdc.gov/brfss
6. The Diabetic Digest. (n.d.). *Alarming rise in type 2 diabetes in children.* www.thediabeticdigest.com
7. Evans, J. M. M., et. al. (2000). Socio-economic status, obesity and prevalence of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine* 17(6). 478.
8. Kaufman, F.R. (2002). Type 2 diabetes in children and young adults: A "new epidemic". *Clinical Diabetes*, 20, 217 — 218. clinical.diabetesjournals.org
9. Kowal, A. (2002, November 18). The president's initiative to expand community health centers. Colorado Community Health Network. www.kaisernetwork.org
10. Larson, E. H., et. al. (1999). Dimensions of Retention: A National Study of the Locational Histories of Physician Assistants. *Journal of Rural Health*. 15 (4).
11. Levine, I. S. (2001, April 23). Type 2 Diabetes and Obesity: What's the Connection? *Rx. Magazine.* rx.magazine.tripod.com
12. Migrant Clinicians Network. (2001). *Diabetes: Addressing a chronic disease in a mobile population.* www.migrantclinician.org
13. National Association of Community Health Centers. (n.d.). *A perspective on America's farmworkers and the migrant health center program.* www.nachc.com
14. National Center for Farmworker Health. (n.d.). *Facts about farmworkers.* www.ncfh.org
15. Pan American Health Organization. (2002, September 19). *On the United States-Mexico border, cooperation is the word.* www.paho.org
16. U.S. Department of Labor. (2000). *National Agricultural Workers Survey.* www.dol.gov
17. V. Narayan, K.M. et. al. (2003, June). *Lifetime Risk for Diabetes Mellitus in the United States.* Paper presented at American Diabetes Association 63rd Scientific Sessions. www.diabetes.org
1. Formularios de datos de la Asociación Americana de la Obesidad: La obesidad en los EE.UU.
2. ¿Porqué no hacen lo que queremos que hagan? Una exploración de cómo reaccionan las organizaciones a la presión institucional en los centros de salud pública.
3. Hechos sobre la salud en la frontera de México y los EE.UU.
4. Programa de salud de migrantes.
5. Sistema de vigilancia de factores de riesgo de comportamiento.
6. Aumento alarmante en la diabetes de tipo 2 en menores.
7. Estado socioeconómico, obesidad y la prevalencia de diabetes mellitus de tipo 1 y tipo 2.
8. La diabetes de tipo 2 en niños y adolescentes: Una «nueva epidemia».
9. La iniciativa del presidente para expandir los centros de salud comunitarios.
10. Factores en la retención: Un estudio nacional historial de la ubicación de los asistentes médicos.
11. La diabetes tipo 2 y la obesidad. ¿Cómo están conectados?
12. Diabetes: Tratamiento de una enfermedad crónica en una población móvil.
13. Una perspectiva de los campesinos estadounidenses y el programa de centros de salud de migrantes.
14. Datos sobre los campesinos.
15. Sobre la frontera de los Estados Unidos y México, la clave es la cooperación.
16. Encuesta de Trabajadores Agrícolas Nacionales.
17. Riesgo a lo largo de la vida de obtener diabetes mellitus en los Estados Unidos.

Antecedentes



Una epidemia de diabetes relacionada a la obesidad se está esparciendo por los Estados Unidos, y está comenzando a esparcirse por el resto del mundo también. En 1998, el Programa de la Diabetes de Migrant Clinicians Network (MCN) lanzó su proyecto Diabetes Track II para confrontar este problema en la población de migrantes. El proyecto Track II les proporciona una continuidad de asistencia médica a aquellos individuos que se mudan continuamente por medio de la transferencia de expedientes y la coordinación remota de su tratamiento.

La Obesidad y la Diabetes

La «diabesidad», un nuevo concepto que refleja la naturaleza íntimamente relacionada entre la obesidad y la diabetes, se está convirtiendo rápidamente en el problema más urgente de la salud pública en nuestros tiempos. Se ha reportado y ha sido discutida en todo medio desde periódicos médicos hasta programas de noticias en la televisión. La Asociación Americana de la Obesidad (American Obesity Association) ha reportado que la tasa de obesidad ha incrementado más del doble, de 14.4 por ciento en adultos en 1980 a 30.5 por ciento en el 2000. Lo que es más alarmante son las tasas de obesidad en la juventud, de 4.3 por ciento de los niños de edades seis a ocho en 1974 a 16 por ciento en el 2000; hay cuatro veces más niños obesos hoy de los que había hace 30 años. La siguiente tabla muestra este alarmante incremento en la obesidad por estado según el Sistema de Vigilancia Sobre Riesgos de Ciertos Comportamientos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention [CDC] Behavioral Risk Factor Surveillance System):

Número de Estados por Porcentaje de Población Obesa				
	Menos de 10%	10% -14%	15% -19%	20% y Mayor
1985*	12	8	—	—
1990 **	10	34	—	—
1995	—	23	27	—
2000	—	1	27	22

*30 estados sin datos **6 estados sin datos

Íntimamente relacionado al incremento en las tasas de obesidad, está el incremento en las tasas de diabetes tipo 2.¹ Los CDC han reportado un incremento de 70 por ciento en el diabetes tipo 2 en los Americanos entre las edades de 30 y 39 desde 1990 hasta 1998. Se ha hecho más común también diagnosticar la diabetes tipo 2, que el tipo 1, entre los niños. De acuerdo con un artículo de Francine Kaufman, “[e]n 1992, era muy raro para los centros de pediatría tener pacientes con diabetes tipo 2. En el año 1994, la diabetes tipo 2 era responsable de hasta 16 por ciento de los casos nuevos de diabetes en niños, y en 1999, era responsable de 8 a 45 por ciento

de los casos nuevos dependiendo del área geográfica.” En un caso extremo, el Centro Internacional de Asistencia con la Diabetes (International Diabetes Care Center) en Tallahassee, Florida encontró que cuatro de cada cinco casos de diabetes en niños eran de tipo 2. El doctor K.M. Venkat Narayan, Jefe de la Sección de Epidemiología de la Diabetes en el CDC predijo que uno de cada tres niños nacidos en los Estados Unidos en el año 2000 desarrollaría diabetes. El riesgo es más alto entre los niños de descendencia hispana, donde se ha predicho que 45 por ciento de los niños y 53 por ciento de las niñas desarrollarían diabetes en alguna etapa de sus vidas.

La Diabetes y los Migrantes

Mientras que los incrementos en las tasas de diabetes entre la población en general de los Estados Unidos son alarmantes, son devastadores entre los migrantes.² Los indicadores muestran que la prevalencia de la diabetes es más alta, y el tratamiento más difícil, entre los individuos de bajo nivel socio-económico, niveles de educación más bajos y de descendencia latina o hispana (comparados a los anglosajones) — todas estas son características de los migrantes. Sesenta y uno por ciento de las familias campesinas están debajo del nivel federal de pobreza. Dado a las barreras económicas, los campesinos comúnmente no pueden pagar los medicamentos para tratar la diabetes, los medidores de glucosa o las tiras. La pobreza puede influenciar la habilidad de los individuos de modificar sus dietas ya que las frutas, las verduras y los alimentos bajos en grasas pueden ser más caros. La mayoría de los trabajadores

migrantes hablan español como su primer idioma y tienen un nivel intermedio de educación de sexto de primaria. Muchos de los materiales educativos que se encuentran sobre la diabetes están escritos en inglés o están escritos en un nivel de comprensión muy complejo. Muchos de los migrantes viajan a lugares en donde el personal de las clínicas no habla español y consecuentemente pierden oportunidades educativas y no reciben el tratamiento debido.

Algunos aspectos del trabajo de los migrantes afectan el tratamiento de la diabetes. Ya que muchos de los trabajadores migrantes viven en el campo en donde trabajan, muchos carecen de su propio transporte, dificultándoles las visitas a las clínicas. Sus habitaciones pueden carecer de refrigeración, privacidad, o baños adecuados – condiciones que están fuera del control de estos individuos. Las exigencias del ambiente laboral complican más las necesidades asociadas con el cuidado de los pies, la vigilancia de la glucosa, la hidratación, descanso, y la auto dosificación. La mayoría de los trabajadores migrantes sufren largas horas de intensa labor física en condiciones de calor, frío y/o húmedos. Los trabajos de los migrantes típicamente no incluyen beneficios, apoyo, o protecciones tales como la cobertura en caso de incapacidad o compensación justa para empleados. Estos empleos son un tanto informales y muchos campesinos trabajan sin autorización legal. No tienen acceso a aquellos programas de asistencia médica que requieren verificación del estado legal de inmigración. Al mismo tiempo, los migrantes evitan inscribirse en otros programas que les proporcionarían asistencia, por medio de que los programas están afiliados con el Departamento de Inmigración y Aduanas (Bureau of Immigration and Customs Enforcement).

La migración en sí es una barrera considerable al tratamiento de la diabetes. La frecuencia en la mudanza del paciente crea una discontinuidad en el

tratamiento y los trabajadores migrantes comúnmente desconocen los recursos de asistencia médica en el estado al que se mudaron. Además, los viajes de larga distancia implican necesidades específicas para el cuidado de la diabetes, ya que los trabajadores migrantes tienen que cuidar de su diabetes durante largos viajes por carretera.

Sistemas de Atención Médica para Migrantes

Se han puesto en marcha esfuerzos para tratar con las necesidades específicas de salud de los migrantes. El Acta de Salud de Migrantes (Migrant Health Act) de 1962 estableció el Programa de Salud de Migrantes (Migrant Health Program), el cual “provee de fondos a las organizaciones comunitarias sin fines de lucro para proporcionar un amplio arreglo de servicios médicos y de apoyo, culturalmente y lingüísticamente competentes, a los campesinos temporales y migrantes y a sus familias.” Hay en operación aproximadamente 400 clínicas manejadas por las 125 Centros de Salud Comunitarios/Migrantes (Migrant/Community Health Centres) en 40 de los 50 estados (y Puerto Rico). En 2001, estos centros de salud para migrantes asistieron a más de 650,000 campesinos temporales y migrantes. Desgraciadamente, todo el trabajo dedicado por el personal involucrado en la salud de los migrantes no ha sido suficiente para cumplir con la demanda que representan los pacientes migrantes en estos centros de salud. Los centros que existen actualmente tienen la capacidad de ofrecer servicios a menos del 20 por ciento de los campesinos del país.

Más del 90 por ciento de los individuos que se presentan en los centros de salud de migrantes están viviendo bajo el nivel federal de pobreza; la mitad de las familias de campesinos tienen un ingreso menor a \$10,000. Setenta y tres por ciento de los hijos de migrantes, y 60 por ciento de los pacientes atendidos en los centros de salud de migrantes,

carecen de seguro médico. Sin seguro médico o un ingreso adecuado, los migrantes simplemente no pueden pagar el costo asociado con la asistencia médica, especialmente el alto y continuo costo del tratamiento de una enfermedad crónica como lo es la diabetes. Los centros de salud de migrantes hacen lo que pueden para asistir proporcionando consultaciones en sus oficinas, pruebas de laboratorio y medicamentos a costos considerablemente reducidos. A pesar de todos sus esfuerzos, el personal de los centros de salud de migrantes frecuentemente se sienten frustrados por la razón de cambio acelerado de personal, las reducciones de fondos, y el aumento en la demanda de sus servicios.

Diabetes Track II

Al reconocer los retos que enfrentan los migrantes y los proveedores de asistencia médica que les apoyan, el Programa de Diabetes de MCN creó el proyecto Diabetes Track II. Basado en TBNet, el proyecto de continuidad en el tratamiento de pacientes móviles con tuberculosis latente o activa, Track II asemeja la situación en la que un paciente no se está transfiriendo de una clínica a otra. Por medio de la transferencia de expedientes médicos, Track II le proporciona a los proveedores de asistencia médica la historia médica de los nuevos migrantes a los que atienden. La coordinación de tratamiento basada en la comunicación por teléfono le permite a los migrantes estar en contacto con el mismo empleado de Track II quien les ayuda a encontrar servicios de asistencia médica. Los materiales educativos están modificados específicamente para las necesidades de los participantes en cuanto al lenguaje y al nivel de comprensión de lectura.

Desde su prueba piloto en 1998, Track II ha evolucionado continuamente para satisfacer las necesidades de los participantes y los proveedores de asistencia médica. Se han recibido muchas sugerencias y recomendaciones

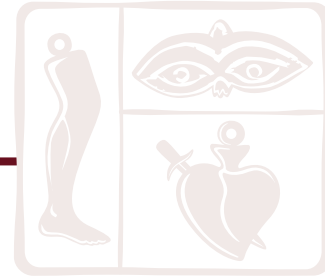
de los centros de salud comunitarios que utilizan el programa de Track II así como de los participantes. Track II reconoce los cambios en la situación de los migrantes, la proliferación de la epidemia de la diabetes, y las realidades de los centros de salud comunitarios sobrecargados. Las modificaciones al proyecto se efectuarán como sea necesario, trabajando hacia el día en el que la movilidad ya no sea un factor que complica el tratamiento de la diabetes. ■



¹ La diabetes tipo 2 también se le ha llamado diabetes de «Manifestación Adulta» comparada a la diabetes de «Manifestación Juvenil» (tipo 1). Estos términos se han hecho obsoletos en vista del aumento de la incidencia de diabetes tipo 2 entre niños y adolescentes. La diabetes tipo 2 (llamada también Diabetes Melitus No Dependiente de la Insulina [Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus — NIDDM]) está asociada con factores de comportamiento y es el resultado de la resistencia a la insulina — la inhabilidad del cuerpo de utilizar la insulina producida en el páncreas. La diabetes tipo 1 (llamada también Diabetes Melitus Dependiente de la Insulina [Insulin Dependent Diabetes Mellitus — IDDM]) es un desorden auto inmune en el que el páncreas deja de producir insulina por completo, o produce muy poca para que tenga efecto en el control de la glucosa.

² Históricamente, los términos «migrante» y «campesino migrante» se han tratado como si fueran sinónimos. Sin embargo, cada vez más migrantes están consiguiendo empleos no agrícolas como en la construcción y en la industria de servicios donde hay más empleo y los salarios son más altos. El Programa de la Diabetes de MCN utiliza la definición más amplia de migrante que dicta la Organización Mundial de Salud (World Health Organization): «Uno que viaja a través de fronteras entre estados o internacionales para participar en actividades de remuneración y por lo general es considerablemente diferente a la población en general lingüísticamente y socio económicamente.» La mayoría de las investigaciones que se citan aquí, sin embargo, se basan en la definición del migrante como un trabajador agrícola. Del mismo modo, muchas de las clínicas de salud de migrantes dan servicios a la población de migrantes que incluye a trabajadores no agrícolas a pesar de que sus fondos federales dependen de la cantidad de migrantes *campesinos* a los que les proporcionan servicios.

Sobre Clínicas en el Proyecto



Cuando se trata de enfermedades crónicas como la diabetes, los proveedores de asistencia médica enfrentan el desafío de ayudarles a los pacientes que solamente ven durante periodos interrumpidos de tiempo, o posiblemente nada más una vez. En 1998, el personal del Programa de la Diabetes de Migrant Clinicians Network (MCN) habló con estos proveedores e identificó cuatro preocupaciones principales: cómo ayudarle a un paciente a seguir su plan de tratamiento actual, cómo hacer cambios debidos a un plan ineficaz, cómo satisfacer las necesidades mínimas de la asistencia médica, y cómo evitar la duplicidad innecesaria del tratamiento. El proyecto Track II trata con todas estas preocupaciones proporcionando a las clínicas los expedientes médicos de sus pacientes.

Inscripción

El proyecto Track II se esmera en ofrecer estos servicios a todos los migrantes que pueda alcanzar. Cualquier persona puede ser entrenada para inscribir a la gente que desea participar: enfermeras, promotores de salud, médicos, o aún personal administrativo. Los individuos migrantes pueden inscribirse ellos mismos al llamar al personal de Track II directamente. Las inscripciones no ocurren solamente en las clínicas de salud de migrantes; también ocurren en consultorios privados, departamentos de salud, y en organizaciones comunitarias enfocadas en el migrante. Se encuentran los lugares en donde participantes se han inscrito desde la frontera de Texas y México, hasta la frontera de Dakota del norte y Canadá; desde Pennsylvania hasta Oregón. Algunos están en lugares rurales agrícolas donde ofrecen los servicios a los migrantes durante su temporada de trabajo. Otros están en ciudades grandes en el sur, por donde los migrantes viven cuando no trabajan en el labor. Así como van cambiando los hábitos de trabajo del migrante (más trabajadores actualmente buscan empleos en construcción y servicios), el proyecto Track II ha comenzado a trabajar con clínicas y consultorios médicos privados. Estos consultorios no tienen historias del trabajo con migrantes, o no han reconocido a los empleados inmigrantes en sus comunidades como una población móvil, pero ahora sí tienen pacientes migrantes.

El proceso de inscripción es fácil de seguir: La persona que se quiere inscribir firma los formularios de Track II y los manda a la oficina del proyecto en Austin, Texas por fax o correo. Estos formularios son verificados anualmente y corresponden a las pautas del Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 [HIPAA]) para la transferencia de información de salud protegida. Uno de los formularios permite la transferencia de expedientes médicos entre clínicas o proveedores de asistencia médica. Esta autorización le permite al personal de Track II movilizar los expedientes médicos entre clínicas durante dos años, eliminando la necesidad de tener que firmar una autorización específica en cada clínica que visita el participante. Otro formulario colecta información demográfica (utilizada para la

creación de estadísticas) e información de contacto para el participante. La información de contacto es especialmente importante para el aspecto de coordinación de asistencia de Track II (consulte la página 14 para obtener mayor información).

A la hora de inscribirse, los nuevos participantes se ponen en contacto directo con el personal de Track II cuando sea posible. Al llamar al número 1-800 de MCN desde la oficina del proveedor de asistencia médica, el participante puede ser presentado con el personal del proyecto Track II por medio de alguien con quien tiene confianza: su proveedor de salud. Ya que muchos de los trabajadores migrantes son inmigrantes indocumentados que comúnmente no entienden la separación entre agencias gubernamentales (a las que desconfían) y las organizaciones no gubernamentales, es muy importante enfatizar que el proyecto de Track II existe para ayudarle al individuo y no tiene la capacidad de reportar a alguien con el Departamento de Inmigración y Aduana (Bureau of Immigration and Customs Enforcement). Una breve conversación para presentar al participante con el personal de Track II también ayuda al paciente a entender que las llamadas son gratis y que el personal de Track II habla español. Estos factores incrementan la posibilidad de que el participante se ponga en contacto con Track II cuando necesite asistencia con el tratamiento de su diabetes. Los participantes en el programa Track II reciben una tarjeta laminada con el número 1-800 de MCN para poder mostrarla a su proveedor de asistencia

médica para que ellos puedan pedir copias del historial médico del participante.

Traslado de Expedientes

Cuando el personal de Track II recibe nuevos formularios para la inscripción de un participante, ellos identifican las clínicas que éste ha visitado en los últimos 12 meses para poder juntar los expedientes médicos sobre la diabetes. Una vez que se han recibido los expedientes, la información relevante es introducida a la base de datos de MCN. Esta base de datos le permite al personal de Track II seguir el estado de salud de los participantes y sus requisitos de exámenes y medicamentos. También permite que se manden resúmenes de salud y medicamentos junto con notas del expediente a las clínicas cuando se les manda el historial. Estos resúmenes le proporcionan a un proveedor la historia médica de un paciente de manera rápida y eficaz; las notas del expediente que lo acompañan le proporcionan al proveedor acceso a información más detallada. Cada vez que se muda un participante, se repite este procedimiento: se le llama a la clínica que el participante está dejando atrás para obtener una copia del expediente, la información es introducida a la base de datos, y las notas del expediente y los resúmenes se mandan a la siguiente clínica que visite el participante.

Privacidad

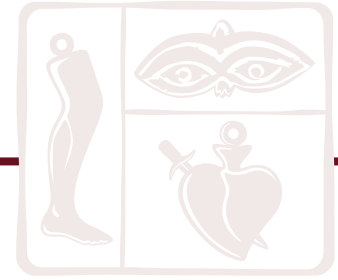
Se han instituido varios mecanismos para asegurar la privacidad de los participantes y su información médica. Se utiliza un número único para identi-

car a cada individuo en la base de datos de MCN. La base de datos contiene expedientes para todos los proyectos de MCN (los cuales se enfocan en condiciones médicas específicas). Los participantes pueden inscribirse en varios proyectos a la vez mientras que el número de identificación único garantiza que dos participantes con el mismo nombre no van a ser confundidos. A los participantes que llaman al número 1-800 de MCN se les pide que verifiquen su identidad proporcionando información que solamente ellos saben. Asimismo se verifica la identidad de las clínicas que llaman para obtener expedientes para asegurar que la información de salud protegida solo se le proporciona a aquellos que tienen la autorización para recibirla.

Es muy importante que el personal de Track II este en contacto continuo con las personas responsables de inscribir a nuevos participantes, así como con las personas responsables de transferir los expedientes médicos. Los entrenamientos se proporcionan por teléfono o en persona como sea necesario y el personal de Track II siempre está disponible para proporcionar asistencia técnica. Además, se mandan actualizaciones periódicamente por medio de correo y correo electrónico a los individuos involucrados en el proyecto. Se proporcionan materiales sobre el proyecto Track II totalmente gratis a las clínicas donde se ofrecen servicios de inscripción y nunca hay ningún costo a los participantes del proyecto. ■



Participantes del Proyecto



Los participantes representan el aspecto más importante del proyecto Diabetes Track II; su participación activa en el tratamiento de su propia diabetes es crítica para que se de un mejoramiento en su salud. Pero existen retos específicos a la población de migrantes que impiden el manejo auto administrado. Ya que los trabajadores migrantes son por definición móviles, frecuentemente se pierden oportunidades para administrar su tratamiento y para obtener información disponible a otros en centros de salud comunitarios. Si quedan incluidos en la categoría de “migrantes nómadas,”¹ no cuentan con la ventaja de regresar al mismo sitio cada temporada y por lo tanto tienen que establecer una relación nueva con cada proveedor de servicios médicos que visitan. El Programa de la Diabetes de Migrant Clinicians Network (MCN) siempre a trabajado para proporcionar el apoyo adicional que necesitan los migrantes con diabetes para superar las barreras con las que se enfrentan – Track II es una parte integral de ese sistema de apoyo. El proyecto les proporciona apoyo a los participantes de tres maneras importantes: coordinación de asistencia, educación, y representación.

Coordinación de Asistencia

Por medio de llamadas telefónicas, el personal de Track II puede seguir el estado de la salud y la ubicación del participante, proporcionándole con asistencia cuando sea necesario. Durante las llamadas, el miembro de personal habla con el participante sobre sus planes de mudarse y si actualmente está yendo a una clínica. Si el participante está visitando una clínica, el miembro de personal de Track II hace un pedido a la clínica del expediente médico del participante para que el expediente pueda ser transferido cuando el participante se mude. Si el participante indica que no está recibiendo cuidado médico, el miembro de personal trata de averiguar el por qué y toma las medidas necesarias para inscribir al participante en una clínica local. Los participantes del proyecto Track II han indicado que las barreras de mayor impacto a su participación en clínicas son la falta de conocimiento de la ubicación de las clínicas y las limitaciones económicas.

Cuando los migrantes llegan a una área nueva, comúnmente no están enterados de los servicios de salud disponibles. Como participantes en el proyecto Track II, los migrantes tienen acceso a gran cantidad de información. El personal de Track II tiene acceso a una amplia lista de centros de salud comunitarios y para migrantes por medio de una base de datos mantenida por la Oficina de Asistencia Médica Primaria (Bureau of Primary Health Care). Además, la base de datos de MCN contiene información sobre otros sitios donde se les ha atendido a los migrantes (comúnmente son departamentos de salud, clínicas y consultorios privados). Por medio de la delegación activa a clínicas, el personal se esmera por asegurar que cada participante tenga información sobre una clínica en su zona (o la zona a la que se este mudando) para minimizar todo lo que sea posible las pausas en el cuidado médico.

Muchos de los migrantes que participan en el proyecto van de “lugar a lugar” regresando a una “base de operaciones” durante la temporada baja.

Estas bases comúnmente están localizadas a lo largo de la frontera entre los Estados Unidos y México en lugares que han sido clasificados como bajos en recursos. Existen amplias discrepancias en los servicios de salud entre las zonas fronterizas y el resto de los Estados Unidos y México. Mientras permanecen en estas bases de operación, los participantes indican que la barrera más imponente a la continuación de su tratamiento es la falta de recursos económicos. Dado a la alta demanda por servicios y a la falta de recursos en zonas fronterizas, es improbable que los migrantes encuentren tantos servicios gratis o de bajo costo como los que tienen en clínicas para migrantes no fronterizas. Los medidores de glucosa de la sangre que regalan en las clínicas no fronterizas frecuentemente quedan sin usarse cuando los migrantes regresan a casa. La mayoría de los migrantes no tienen el dinero para comprarse las tiras necesarias para verificar los niveles de glucosa en la sangre. Como no pueden llenar sus recetas donde viven, muchos residentes de la frontera se van a México a comprar sus medicamentos a costo reducido. Aunque sí son más baratos, estos medicamentos pueden ser diferentes a los que se les recetó originalmente, dado a las diferencias en el control de calidad y a la regulación de medicamentos. Otros migrantes toman dosis menores o se saltan dosificaciones para que les dure más la misma botella de píldoras. Para combatir estas prácticas potencialmente peligrosas, el personal de Track II ayuda a los participantes a inscribirse en programas de asistencia con medicamentos y a encontrar servicios comunitarios que les ayuden a pagar

¹ Los patrones de migración han sido categorizados como de “Lugar a Lugar” (viajando a un lugar y luego regresando a una base de operaciones), “Circuito Limitado” (viajando dentro de una zona geográfica limitada, comúnmente enfocada en un solo cultivo en esa zona) y “Nómada” (mudándose a donde sea y cuando sea que haya oportunidades de trabajo sin una estructura establecida).

las visitas a clínicas, los medicamentos y las pruebas de laboratorio.

Educación

La educación sobre la diabetes que ofrece el proyecto Track II se realiza principalmente por correos que se mandan varias veces por año a todos los participantes con direcciones conocidas. Estos correos comúnmente incluyen información sobre inmunizaciones, normas mínimos de asistencia médica, nutrición, cuidado de los pies y actividad física. Cada correo incluye un folleto o volante educativo con información escrito en español e inglés y a un nivel de comprensión adecuado. También se incluye un periódico que les recuerda a los participantes de los recursos que ofrece el proyecto Track II.

Las conversaciones por teléfono ofrecen una oportunidad adicional como medio educativo. El personal de Track II contesta las preguntas de los participantes sobre sus condiciones médicas adicionales y sobre los tratamientos que les han recomendado los proveedores de asistencia. Cuando es necesario, el personal busca materiales educativos específicos o mandan al participante con un profesional de asistencia médica para que obtengan el tratamiento adecuado.

Representación

Muchos migrantes no conocen el sistema de salud pública de los Estados Unidos. Muchos piensan que las clínicas están afiliadas con el gobierno y los reportarán con el Departamento de Inmigración y Aduanas (Bureau of Immigration and Customs Enforcement) si están en el país sin documentación. Algunos no entienden la información

que se les proporciona en las clínicas dado a diferencias lingüísticas, culturales, o educacionales entre el paciente y el personal de la clínica. Algunos aun reciben mal trato en las clínicas pero no se quejan por miedo a ser reportados. Los miembros del personal de Track II actúan como representantes intermedios de los participantes cuando es necesario. Cuando se les pide, ellos llaman a las clínicas de parte de los participantes para programar una visita o para clarificarles alguna información que recibieron durante alguna visita. El personal también ha trabajado con clínicas y otros proveedores de servicios médicos para ayudarles a entender los obstáculos con los que se enfrentan los participantes en el manejo de su diabetes. El resultado ha sido periodos más cortos de espera en las visitas y planes de tratamiento que son económicamente más factibles para los migrantes.

Posiblemente el mejor indicador del éxito del proyecto Track II proviene de los mismos participantes. Cuando empezaron a vencerse los formularios de consentimiento (son validos durante dos años), la reinscripción por parte de las clínicas resultó dificultosa; muy pocos de los participantes continúan visitando las clínicas que inscriben a los participantes en el programa Track II. El personal de Track II comenzó a ponerse en contacto directamente con los participantes con nuevos paquetes de formas de inscripción y sobres de timbre pagado. Gran parte de los participantes han tomado la iniciativa de llenar las formas y regresarlas, demostrando su necesidad y su satisfacción con los servicios que les ha ofrecido Track II en los dos años previos. Este apoyo por parte de los participantes le da validez al proyecto Track II, el cual continuara ayudándole a los migrantes que tienen diabetes mientras ellos sientan que es necesario. ■



La Historia de Ana

La historia de Ana es un buen ejemplo de las múltiples barreras enfrentadas por los participantes de proyecto Track II. La historia resalta los esfuerzos del personal de Track II para ayudarle a esta participante a superar las barreras para poder obtener acceso a los servicios que necesita. El caso también ilustra el fuerte esfuerzo, y las estrategias creativas que utilizan los participantes del proyecto Track II en el cuidado de su salud.

Participante # 95, “Ana,” es una mujer hispana de 51 años que habla inglés y español. Ana viaja entre Minnesota y Texas, típicamente pasando tres meses en el verano en Minnesota y el resto del año en Texas.

Un verano, Ana fue inscrita en el proyecto Track II en una clínica de salud de migrantes en Minnesota. Cuando dejó Minnesota para regresar a Texas, recibió una carta de Track II y ella llamó al número 1-800 de MCN para ponerse en contacto y darnos su información de contacto actual. Durante la llamada mencionó que ya se le habían acabado las medicinas Glucophage y Monopril que había recibido en Minnesota. Le recomendamos una clínica local para migrantes en donde la atendieron y le dieron medicina.

Dos meses después comenzó otro proyecto del Programa de la Diabetes de MCN en esta zona: l@s¹ Educadores de la Diabetes de la comunidad (Diabetes Lay Educators [DLE])². L@s DLE son migrantes que son también trabajadores de salud del migrante en sus comunidades; ell@s viajan entre Minnesota o North Dakota y Texas. Ell@s organizan juntas educacionales cada dos semanas y están entrenad@s a tomar la presión sanguínea y los niveles de glucosa en la sangre. Pensamos que Ana podría beneficiarse de esta nueva oportunidad de aprender más sobre el tratamiento de la diabetes, así que le mandamos información sobre el grupo de DLE. Ella comenzó a asistir las juntas y lo siguió haciendo durante todo el invierno y la primavera.

Cuando Ana volvió a mudarse a Minnesota la siguiente primavera, llamó al número 1-800 de MCN para pedirnos información de contacto de alguna clínica en su región. Ya que nos dijo que la estaban atendiendo ahí, mandamos a la clínica el expediente médico del tiempo que pasó en Texas. La siguiente vez que le hablamos, nos dijo acerca de algunos problemas que tenía con sus pies: tenía dolor, y estaba preocupada de unas llagas que se le habían desarrollado. Durante esa llamada le proporcionamos información sobre el cuidado de sus pies y le recomendamos que hablara de estos problemas con su proveedor de asistencia médica.

A los fines del verano, Ana regresó a Texas y a la clínica a la que había atendido el invierno anterior. La siguiente vez que le hablamos, se quejó de una complicación nueva, tenía dolor en el esófago y estaba preocupada de que no podría pagar las medicinas que necesitaría para corregir el problema. Le explicamos que Track II no puede ayudarle a pagar sus medicinas, pero podríamos asistir con la búsqueda de algún programa que sí le podría ayudar. Ana prometió informarnos acerca de este problema después de su cita con el médico esa semana. También le informamos acerca de los grupos DLE que se formarían en su región ese invierno, a los cuales asistió con entusiasmo. Una DLE la visitó en su casa para tomar sus niveles de presión sanguínea y de glucosa y para hablar sobre su condición médica.

La siguiente vez que hablamos con Ana fue al principio de la primavera. A pesar de que su diabetes estaba bajo

control, tenía otro problema médico: una posible hernia. También estaba molesta con su última visita a la clínica porque le dijeron que el doctor no había podido presentarse ese día y la clínica no había podido hacerle otra cita. Sabíamos que Ana necesitaba atención médica inmediata, así que llamamos a la clínica para ver cuáles eran sus opciones (esperar a su doctor o hacer una cita con otro proveedor de asistencia médica). Cuando resultó que su mejor opción era esperar a que regresara su doctor, le hicimos una cita a Ana y le mandamos al doctor su expediente médico.

En su cita, el doctor le informó a Ana que él sospechaba que efectivamente sí tenía una hernia y necesitaría una visualización de resonancia magnética (MRI). Cuando ella le dijo que no podía pagar un MRI, él le sugirió que posiblemente lo mejor sería esperarse hasta que el dolor fuera agudo para ir a la sala de emergencias. Cuando hablamos con Ana, nos dijo que estaba considerando ir a México porque había oído que ahí la MRI costaba la mitad de lo que cuesta aquí. Como no estábamos conformes con ninguna de estas dos opciones, la pusimos en contacto con Una Voz para la Salud³. Con ellos Ana pudo establecer un plan de pago donde ella pagó la mitad del MRI y Una Voz para la Salud pagó la otra mitad.

La última vez que hablamos con Ana estaba planeando mudarse de nuevo hacia el norte para el verano. No estaba preocupada tanto por su salud como de encontrar trabajo. En el pasado, había trabajado en una fábrica donde podía estar sentada — un alivio para sus pies que muy seguido le molestaban. Esta fábrica recientemente se había automatizado y Ana no estaba segura de que podría conseguir el mismo trabajo. Le deseamos suerte en su búsqueda de trabajo y prometimos estar en contacto con ella durante el verano. ■

¹ La arroba, @, indica el masculino y el femenino al mismo tiempo. (Arte Sana, 2002)

Barreras a Cuidado Médico

Barrera	Ejemplo	Ayuda de Track II	Estrategia del Participante
Pausas en el cuidado médico por falta de conocimiento de las clínicas locales.	A pesar de que ya habíamos registrado a Ana en una clínica un verano, cuando se mudó a una región desconocida del estado no conocía las clínicas locales.	Le proporcionamos a Ana el nombre y el teléfono de una clínica «amistosa a migrantes» y le transferimos a dicha clínica el expediente médico de Ana.	Llamando activamente a Track II para obtener ayuda con la localización de una clínica.
Retos con las clínicas.	Ana estaba frustrada con su clínica cuando le dijeron que su proveedor no estaba ahí.	Nos presentamos como el representante de Ana cuando hablamos con la clínica.	Pidió al personal de Track II que le ofrecieran mayor información sobre la situación.
Falta de dinero para pagar tratamientos caros.	Ana pensaba que sus únicas dos opciones eran esperar hasta tener que ir a la sala de emergencias o ir a México.	Le proporcionamos a Ana la información de contacto para Una Voz para la Salud y l@s DLE.	Investigación de otras estrategias (tales como el tratamiento en México) y más tarde la negociación de un plan de pago con Una Voz para la Salud. Ana utilizó también l@s DLE para educarse, y para obtener pruebas de sus niveles de presión y glucosa en vez de ir a una clínica.
Tipos de empleo que complican el tratamiento de la diabetes.	A Ana le dolían los pies después de estar parada mucho tiempo pero la mayoría de los trabajos disponibles requieren que el trabajador este de pie varias horas.	Le proveemos a Ana educación sobre cuidado de los pies.	Encontró un trabajo donde podía permanecer sentada a lo largo del día de trabajo.
Los efectos del cambio en el tipo de empleos disponibles para migrantes.	La automatización de la fábrica en la que trabajaba Ana condujo a una reducción en la cantidad de empleos disponibles ahí.		

² El proyecto de los Educadores de la Diabetes de la comunidad (Diabetes Lay Educators) es una asociación entre Migrant Health Services, Inc., Migrant Clinicians Network, Inc., Altru Health Center y La Universidad de Moorhead State. Los fondos son proporcionados por medio de una subvención de Rural Health Outreach.

³ Una Voz para la Salud (Call for Health) es un proyecto administrado por el Centro Nacional de Salud de Campesinos (National Center for Farmworker Health) que ayuda con fondos para los procesos médicos que requieren los campesinos.



Acknowledgements:

We dedicate this monograph to the many migrant workers who have been Track II participants and have guided the project by letting us know what support would help them most. Track II would not be a success were it not for these participants and the health care providers who have enrolled their patients and transferred medical records.

The Texas Department of Health, Texas Diabetes Program and the Bureau of Primary Health Care provide funding and support for MCN's work. María Limón, Concepción Guerrero, and many others were responsible for the initial design and implementation of Track II. The MCN Board of Directors and Diabetes Program Advisory Committee offered guidance through the course of the project. Alan Pogue's photographs enhance this monograph by giving a personal face to the issue of diabetes among migrants. Santiago Cotera's translation has ensured that this information is accessible to those who prefer to read it in Spanish. Jess Miner's copy and content editing clarified our explanation of the Track II project. And Anne Harpe's countless hours of design and layout work turned a text document into the monograph that you see here.

We thank you all.

Carmel T. Drewes,
Diabetes Program Manager

Lindsey B. Stuart,
Diabetes Program Assistant



Migrant Clinicians Network

P. O. Box 164285

Austin, TX 78716

512-327-2017

www.migrantclinician.org

Reconocimientos:

Le dedicamos esta monografía a todos aquellos trabajadores migrantes que han sido participantes en el programa Track II y han ayudado a guiar el proyecto al informarnos de cuales tipos de apoyo les han sido más útiles. El proyecto Track II no hubiera tenido éxito si no fuera por estos participantes y los proveedores de asistencia médica quienes han inscrito a sus pacientes en el programa y han transferido los expedientes médicos.

El Departamento de Salud de Texas, Programa de Diabetes (Texas Department of Health, Texas Diabetes Program) y la Oficina de Asistencia Médica Primaria (Bureau of Primary Health Care) han proporcionado fondos y apoyo para la labor de MCN. María Limón, Concepción Guerrero, y muchas otras personas fueron responsables del diseño original y la implementación inicial de Track II. La Mesa Directiva de MCN y el Junta de Consejos del Programa de Diabetes (Diabetes Program Advisory Committee) nos ofrecieron sus consejos a lo largo del proyecto. Las fotografías de Alan Pogue mejoraron la monografía dándole una cara al asunto de la diabetes en la población de los migrantes. Las traducciones realizadas por Santiago Cotera han hecho posible que esta información sea accesible a aquellos que desean leerla en español. La corrección y modificación del contenido realizada por Jess Miner hicieron más clara nuestra explicación del proyecto Track II. Y las innumerables horas de diseño y trabajo de presentación invertidas por Anne Harpe convirtieron un simple documento de texto en la monografía que está usted leyendo.

Les agradecemos mucho a todos.

Carmel T. Drewes,
Administradora del Programa de Diabetes

Lindsey B. Stuart,
Asistente del Programa de Diabetes