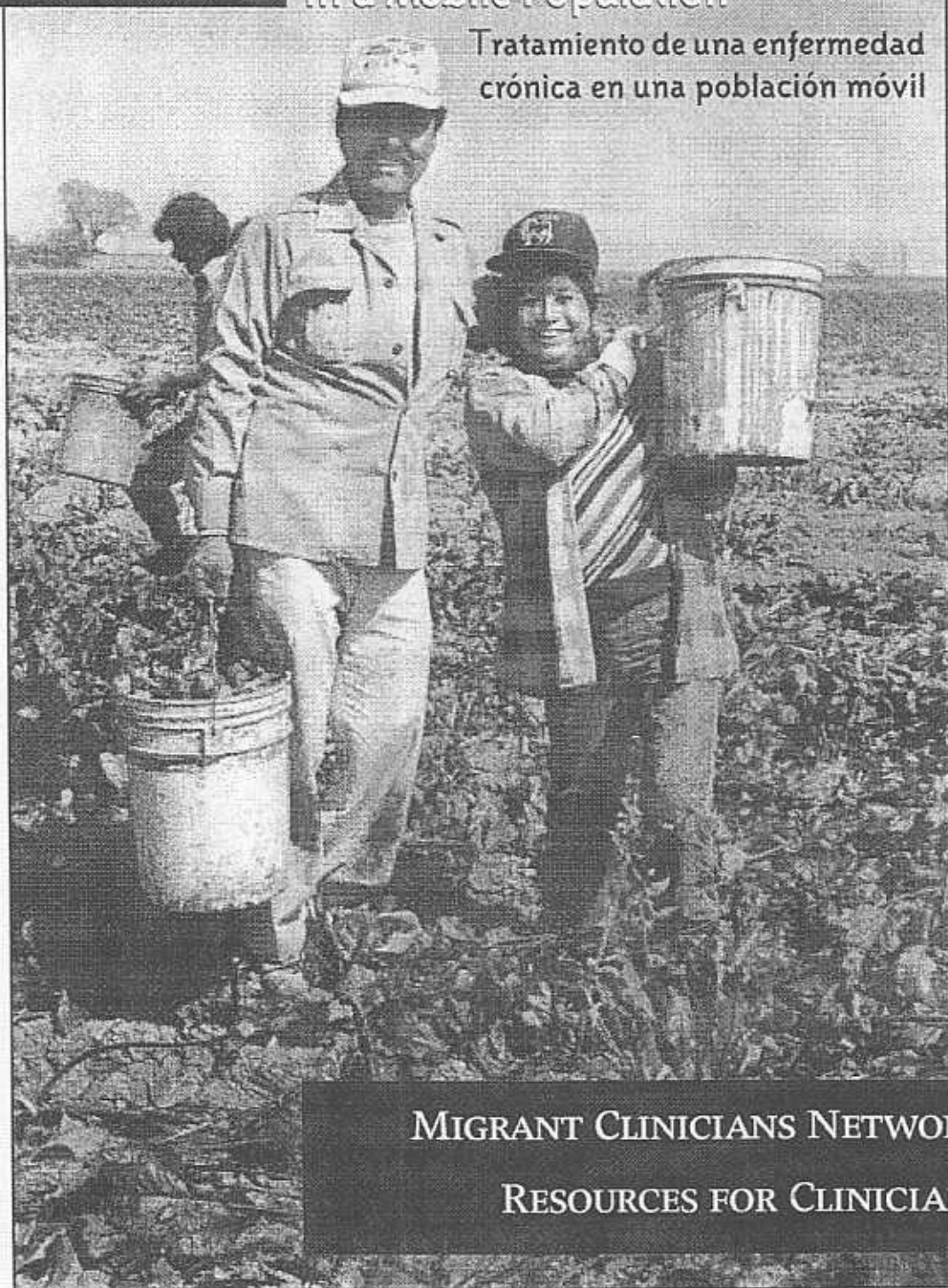


MONOGRAPH SERIES

**DIABETES:**

Addressing a Chronic Disease  
in a Mobile Population

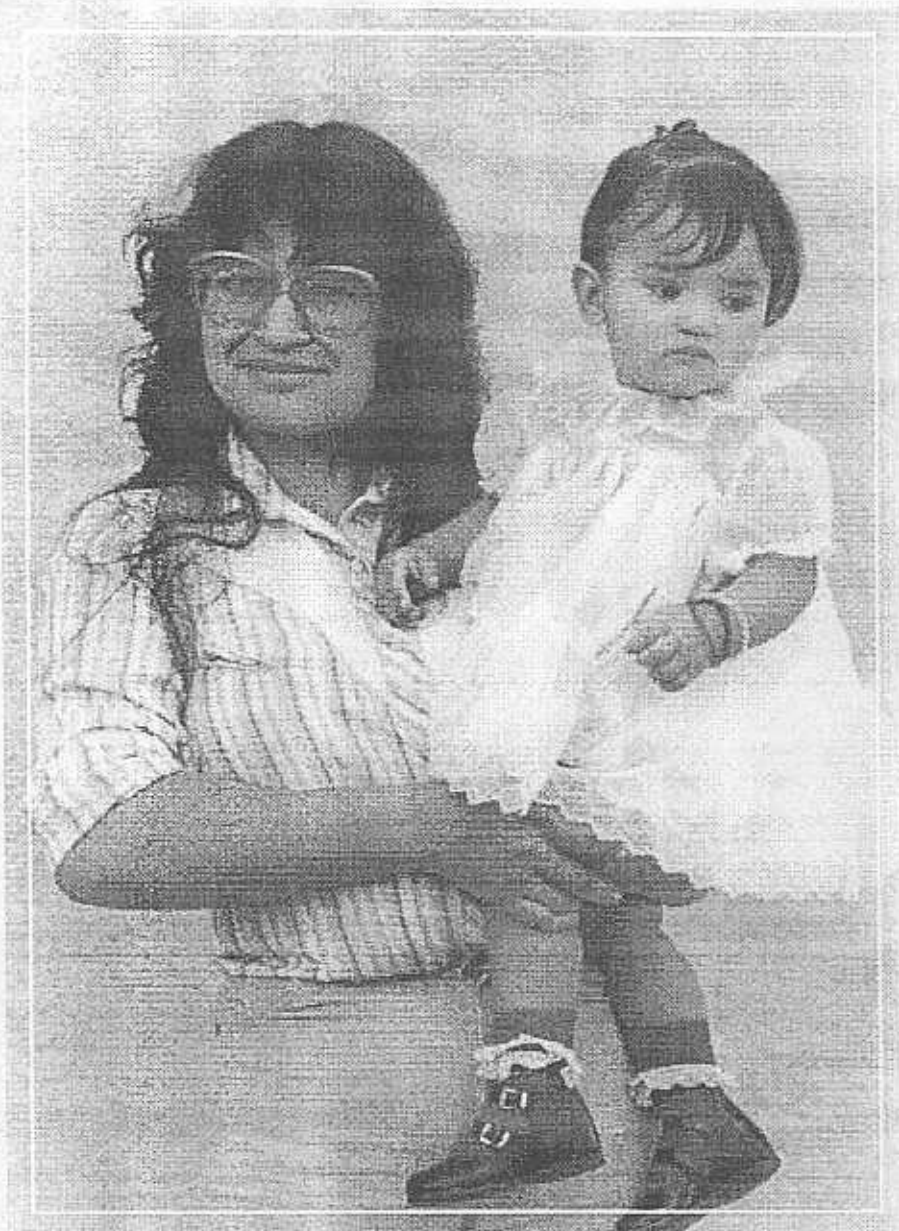
Tratamiento de una enfermedad  
crónica en una población móvil



MIGRANT CLINICIANS NETWORK

RESOURCES FOR CLINICIANS

**MCN**



All photos in this publication © Alan Pogue



---

## ACKNOWLEDGEMENTS

This monograph is dedicated to the teams of clinicians that serve the migrant community, and the many migrant workers who confront the challenges of living with diabetes on a daily basis. Migrant Clinicians Network (MCN) would like to thank the Texas Department of Health, Texas Diabetes Council for their support of efforts to eliminate the burden of diabetes in the farmworker community. Many thanks to the Migrant Health Branch of the Bureau of Primary Health Care, as well as the MCN Board of Directors and MCN Diabetes Advisory Committee for their guidance throughout this project. Thanks to the Keystone Farmworker Program in Adams County, Pennsylvania and the Moses Lake Community Health Center in Moses Lake, Washington for providing the inspirational success stories presented in this monograph. Many thanks to the Hudson River Health Center in Peekskill, New York and to Wanda Montalvo, Northeast Cluster Director of the Bureau of Primary Care Health Disparities Collaboratives for their work. MCN acknowledges the hard work of the Diabetes Lay Educators and the partnering agencies, Migrant Health Services, Inc. of Minnesota, and Altru Health System of North Dakota whose efforts are described in this monograph. Finally, MCN would like to thank photographer Alan Pogue, translator Santiago Cotera, and designer Anne Harpe, whose work added to this monograph.

---

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos dedicar esta monografía a los equipos de clínicos que proporcionan sus servicios a las comunidades migrantes, y los innumerables trabajadores migrantes que tienen que confrontar las realidades de vivir con diabetes todos los días de su vida. Migrant Clinicians Network (MCN) quisiera agradecer Texas Department of Health, Texas Diabetes Council por su apoyo en los esfuerzos por eliminar el problema de la diabetes en la comunidad de trabajadores campesinos. Muchas gracias también a Migrant Health Branch, Bureau of Primary Health Care, así como a la mesa directiva de MCN y el comité consejero de la diabetes de MCN por su ayuda y dirección a lo largo de este proyecto. Gracias también al programa Keystone Farmworker en el condado de Adams, en Pennsylvania y al Moses Lake Community Health Center en Moses Lake, Washington por presentar en esta monografía sus alentadoras historias de éxito. Muchas gracias al centro de salud Hudson River en Peekskill, New York y a Wanda Montalvo, directora del grupo noreste de Bureau of Primary Health Care Health Disparities Collaboratives, por todo su trabajo. MCN reconoce todo el trabajo que han hecho los Diabetes Lay Educators y las agencias asociadas, Migrant Health Services, Inc. en Minnesota, y Altru Health System de Dakota del Norte cuyos esfuerzos se describen en esta monografía. Finalmente, MCN quisiera agradecer al fotógrafo Alan Pogue, al traductor Santiago Cotera, y a diseñador Anne Harpe, cuyos trabajos añadieron a esta monografía.

## INTRODUCCIÓN

La misión de la organización Migrant Clinicians Network (MCN) es promover la salud de los campesinos proporcionando un modelo para el desarrollo profesional a los clínicos y a otros abastecedores de asistencia médica. MCN responde a las necesidades expresadas por los clínicos que trabajan en el campo proporcionando servicios a las familias de los campesinos, las necesidades expresadas por los campesinos mismos al ser entrevistados y conocidos por los miembros representantes de MCN, y a las iniciativas estratégicas de las comunidades de la salud pública y federal y sus impactos sobre la salud de los trabajadores migrantes. Las monografías son uno de los métodos utilizados por MCN para llenar los espacios entre el conocimiento de la asistencia médica y la práctica de la salud para trabajadores migrantes. Las necesidades agudas, crónicas, y preventivas del cuidado de campesinos requieren que el clínico y la comunidad de asistencia médica reconozca las correlaciones entre los factores de riesgo biológicos, las exposiciones ambientales, los componentes sociales y culturales, las realidades políticas y económicas, y las características ocupacionales. Estas necesidades también se aplican a los individuos que emigran para trabajar en otras industrias. Mientras que la epidemia de la diabetes se ha convertido en una crisis de salud pública, MCN ha proporcionado la dirección y recursos para tratar esta condición crónica en las comunidades de migrantes y campesinos temporales. Esta monografía describe los esfuerzos de MCN en el cuidado de la diabetes y el primer tratamiento sistemático de la diabetes dedicado a la comunidad de los campesinos.





The Migrant Clinicians Network's (MCN) mission is to promote the health of farmworkers by providing a framework for professional development to clinicians and other healthcare providers. MCN responds to the expressed needs of clinicians in the field who serve farmworker families, the issues voiced by farmworkers themselves as they are interviewed and known by the representative members of MCN, and the strategic initiatives of the federal and public health communities as they impact migrant health. Monographs are one mechanism used by MCN to address gaps between medical care knowledge and migrant health practice. Acute, chronic, and preventive care needs of farmworkers require the clinician and health care community to recognize interrelationships between biological risk factors, environmental exposures, social and cultural components, political and economic realities, and occupational characteristics. These needs also apply to individuals who migrate to work in other industries. As the diabetes epidemic has become a public health crisis, MCN has provided leadership and resources to address this chronic disease condition in the migrant and seasonal farmworker community. This monograph describes MCN's efforts in diabetes care and the first systematic treatment of diabetes devoted to the farmworker community.



## CAMPESINOS MIGRATORIOS Y LA DIABETES

La diabetes es una de las principales condiciones crónicas de la salud entre los pacientes servidos por los centros de salud comunitarios y para migrantes. En una encuesta que se realizó recientemente (verano, 2000) entre los campesinos en Michigan se determinó que 25% de los adultos mayores a la edad de 20 tenían diabetes (comunicación personal, Willa Hayes, Northeast Michigan Health Services, Inc.). Una encuesta en Pennsylvania encontró antecedentes familiares para la diabetes en 50% de los 100 campesinos entrevistados (informe del centro de salud Keystone, febrero 2001). Esto es consistente con los datos de National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC) en latinoamericanos que residen en los E.E.U.U.; dicha cámara cita un predominio del 25% en americanos de origen mexicano y puertorriqueños de 45 años o mayores (U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NDIC). Esta tasa de predominio esta basada en estudios basados en población que utilizan el estudio de NHANES III (1988-94) y el estudio de HHANES (1982-84) para determinar el predominio de la diabetes entre los grupos de latinoamericanos. Esta tasa es de 2 a 3 veces más alta que la de poblaciones blancas que no son de origen latino. Las mujeres hispanas tienen mayor posibilidad de desarrollar diabetes que los hombres hispanos. Los factores de riesgo para la diabetes incluyen antecedentes familiares de la diabetes, diabetes gestacional, tolerancia deteriorada a la glucosa, hiperinulinemia y resistencia a la insulina, obesidad, e inactividad física (U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NDIC). Una vez más estos factores de riesgo son más frecuentes en hispanos que en blancos de origen no hispano. Se ha demostrado que los americanos de origen mexicano tienen índices más altos de todas las complicaciones de la diabetes, a excepción de infartos del miocardio. Mientras que los datos específicos a los migrantes no están extensamente disponibles, esta información sobre los americanos de origen hispano sirve como indicador; es probable que los campesinos migratorios, la mayoría de quienes serian clasificados como subconjunto de los hispanoamericanos, sufren de mayores tasas de complicaciones de la enfermedad debido a factores ocupacionales, socioeconómicos, culturales y políticos. Algunos de estos factores incluyen:

- *Factores culturales*, tales como idioma, educación, conocimiento médico, prácticas y creencia del asistencia médica, y prácticas dietéticas;
- *Pobreza*, con transporte no fiable, la carencia de cobertura de seguro y de medicamentos, la inhabilidad de adquirir servicios y abastecimientos básicos o de modificar sus dietas, y viviendas inferiores al nivel normal que pueden carecer de refrigeración, intimidad, o instalaciones adecuadas de baño;
- *Migración*, causando la discontinuidad del cuidado y la falta de familiaridad con los sistemas de asistencia médica, así como las necesidades especiales relacionadas con las mudanzas de largas distancias;
- *Consideraciones políticas* asociadas al estado de la inmigración del paciente y de la familia, y ambientes del trabajo que no incluyen típicamente ventajas, asistencias y protecciones tales como cobertura de la inhabilidad o remuneración del trabajador;
- *Los ambientes del trabajo* que complican los problemas asociados al cuidado de los pies, la supervisión de la glucosa, la hidratación, el descanso, y la auto administración de medicamentos.

Algunas de estas cuestiones fueron discutidas en un artículo del periódico *St. Petersburg Times* "La diabetes complica aún más la vida difícil de los campesinos" (25 de Sept., 2000) en el que se observaron un índice del 10 al 20% de diabetes en una población local de campesinos.



Diabetes is a leading chronic health condition among patients served by migrant/ community health centers. A recent survey (summer 2000) of farmworkers in Michigan determined that 25% of the adults over age 20 had diabetes (personal communication, Willa Hayes, Northwest Michigan Health Services, Inc.). A Pennsylvania survey found a family history for diabetes in 50% of the 100 farmworkers interviewed (Keystone Health Center report, Feb. 2001). This is consistent with the National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC) data on diabetes in Hispanic Americans; it cites a 25% prevalence in Mexican Americans and Puerto Ricans age 45 and older (U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NDIC). This prevalence rate is based on population based studies utilizing the NHANES III study (1988-94) and the HHANES study (1982-84) to determine the prevalence of diabetes among subgroups of Hispanic Americans. This rate is 2-3 times higher than that of non-Hispanic whites. Hispanic women are more likely to have diabetes than are Hispanic men. Risk factors for diabetes include a family history of diabetes, gestational diabetes, impaired glucose tolerance, hyperinsulinemia and insulin resistance, obesity, and physical inactivity (U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NDIC). Again, these risk factors are more prevalent in Hispanic than non-Hispanic whites. Mexican Americans have been shown to have higher rates of all complications from diabetes, with the exception of myocardial infarctions. While migrant-specific data are not widely available, this background on Hispanic Americans serves as a proxy; it is likely that migrant farmworkers, the majority of whom would be classified as a subset of Hispanic Americans, experience even greater rates of disease complications due to occupational, socioeconomic, cultural and political factors. Some of these factors include:

- *Cultural issues*, such as language, literacy, medical knowledge, health care practices and beliefs, and dietary practices;
- *Poverty*, with unreliable transportation, lack of insurance and prescription coverage, inability to buy services and supplies or to modify diets, and sub-standard housing that may lack refrigeration, privacy, or adequate bath facilities;
- *Migration*, causing discontinuity of care and unfamiliar health care systems, as well as special needs related to traveling long distances;
- *Political considerations* associated with immigration status of the patient and family, and work environments that typically do not include benefits, supports and protections such as disability coverage or workman's compensation;
- *Work environments* that complicate the needs associated with foot care, glucose monitoring, hydration, rest, and self-medication.

Some of these issues were captured in the *St. Petersburg Times* article "Diabetes Further Complicates Grueling Life of Farmworkers" (Sept. 25, 2000) which noted a 10-20% rate of diabetes in a local farmworker population.





## RESPUESTAS A LA EPIDEMIA DE LA DIABETES

### RESPUESTA DE BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE

Todos aquellos que trabajan con campesinos migratorios en el campo de la asistencia médica saben que médicamente esta población es poco privilegiada, experimentando barreras para obtener asistencia que a menudo resultan en tasas elevadas de morbilidad y de mortalidad comparadas a la población en general. Algunas de estas "disparidades de la salud" se han medido entre las poblaciones generales poco privilegiadas de los E.E.U.U. como parte de una recolección de datos de asistencia médica a nivel nacional. Estas disparidades de la salud se han convertido en el foco de las iniciativas presidenciales sobre varios años apoyadas por el departamento del cirujano general. Las condiciones incluyen mellitus de la diabetes, enfermedad cardiovascular, VIH, cáncer, mortalidad infantil, y el estado de la inmunización. La estrategia de Bureau of Primary Health Care (BPHC) para eliminar disparidades en la salud y para tener éxito en el ofrecimiento al acceso completo a la atención médica es un proceso designado como Colaboración para mejorar el funcionamiento del estado de salud (Health Disparities Collaborative). Esta colaboración es la más grande en su clasificación, y ahora en su tercer ciclo se ha concentrado en el asunto de la diabetes. MCN es un socio nacional en las colaboraciones en disparidades de la salud y proporciona asistencia técnica a los equipos de colaboración de la diabetes para asistirlos con sus esfuerzos en el ambiente del centro de salud. El papel de MCN en la colaboración para la diabetes será explorado más a fondo en esta monografía.

#### *Estrategia de la agencia*

El BPHC tiene cuatro objetivos principales para lograr la meta de eliminación de disparidades y de la disposición del acceso completo a la atención médica: (1) consolidar la red de seguridad; (2) crear nuevos puntos de acceso; (3) movilizar la mano de obra; y (4) promover excelencia en la práctica. Las colaboraciones apoyan estos objetivos de las siguientes maneras: (1) generando y documentando los resultados mejorados de los servicios de salud para las poblaciones poco privilegiadas a través de modelos de asistencia médica, de mejora, y aprendizaje; (2) transfiriendo sus conocimientos sobre cómo promover los cambios positivos importantes; y (3) por medio del desarrollo de infraestructura, maestría, relaciones estratégicas, y la dirección para apoyar y emprender un mejor estado de salud (PIN, Health Disparities Collaboratives, 2001).

#### *Modelo de atención médica (extraído del informe nacional de mayo 2001, BPHC)*

El modelo de atención de condiciones crónicas, mejoras a la atención de enfermedades crónicas (Improving Chronic Illness Care [ICIC]) es una estrategia de organización para asistir a la gente con enfermedades crónicas en un ambiente primario de atención médica. El sistema está basado en la población y crea interacciones prácticas, de apoyo, basadas en evidencia entre un paciente activo informado y un equipo de práctica preparado que toma iniciativa. El modelo de atención a condiciones crónicas acentúa la atención por colaboración planeada, integrada, basada en evidencia e implica los siguientes seis componentes de la atención médica:

- **Organización de la asistencia médica:** Utilizar metas mensurables para las enfermedades crónicas como parte del plan de negocios anual de la organización. Los planes para la salud establecen beneficios para promover buen cuidado de las enfermedades crónicas. Crear incentivos para que los abastecedores mejoren la atención de enfermedades crónicas. Los líderes veteranos visiblemente apoyan las mejoras a la atención de enfermedades crónicas.
- **Recursos y políticas de la comunidad:** Identificar los programas eficaces y alentar la debida participación. Forjar relaciones con organizaciones de la comunidad para desarrollar programas y políticas basadas en evidencia que





BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE RESPONSE

All who work with migrant farmworkers in the health care setting realize that this population is medically underserved, experiencing barriers to care that often result in increased morbidity and mortality rates compared to the general population. Some of these "health disparities" have been measured in the wider U.S. underserved population as part of national data gathering on health care. These health disparities have become the focus of multi-year Presidential initiatives supported by the Office of the Surgeon General. Conditions include diabetes mellitus, cardiovascular disease, HIV, cancer, infant mortality, and immunization status. The Bureau of Primary Health Care (BPHC) strategy to eliminate disparities in health and to succeed in offering full access to care is a process referred to as a Health Disparities Collaborative. The largest Collaborative experience, now in its third cycle, has been concerned with the topic of diabetes. MCN is a national partner in the Health Disparities Collaboratives and provides technical assistance to Diabetes Collaborative teams to implement their efforts in a health center setting. MCN's role in the Diabetes Collaborative will be further explained in this monograph.

*Bureau Strategy*

The BPHC has four main objectives to accomplish the goal of elimination of disparities and provision of full access to care: (1) strengthen the safety net; (2) create new access points; (3) mobilize a workforce; and (4) promote excellence in practice. The Collaboratives support these objectives by: (1) generating and documenting improved health outcomes for underserved populations through models of care, improvement, and learning; (2) transferring knowledge about how to promote positive breakthrough changes; and (3) developing infrastructure, expertise, strategic partnerships, and leadership to support and drive improved health status (PIN, Health Disparities Collaboratives, 2001).

*Care Model (Excerpted from May 2001 National Report, BPHC)*

The Improving Chronic Illness Care (ICIC) Chronic Care Model is an organizational approach to caring for people with chronic disease in a primary care setting. The system is population-based and creates practical, supportive, evidenced-based interactions between an informed, activated patient and a prepared, proactive practice team. The Chronic Care Model emphasizes evidence-based, planned, integrated collaborative care and involves the following six components of care:

- **Health Care Organization:** Utilize measurable goals for chronic illnesses as part of the organization's annual business plan, health plans design benefits to promote good chronic illness care, create incentives for providers to improve chronic illness care, and senior leaders visibly support improvement in chronic illness care.
- **Community Resources and Policies:** Identify effective programs and encourage appropriate participation, form partnerships with community organizations to develop evidence-based programs and policies that support chronic care, and encourage coordination among health plans of chronic illness guidelines, measures and care resources.
- **Self-Management Support:** Perform standardized assessments of self-management knowledge, skills, confidence, supports and barriers, provide effective behavior change interventions and ongoing support with peers or professionals, emphasize the patient's active and central role in managing their illness, and assure regular collaborative care-planning and assistance with personalized problem-solving.

apoyen la atención de condiciones crónicas. Alentar la coordinación entre planes de salud con las pautas de las enfermedades crónicas, sus medidas y de los recursos para su tratamiento.

- **Asistencia para el auto cuidado:** Realizar exámenes estandarizados del conocimiento, habilidades, confianza, asistencia y de las barreras del auto cuidado. Proveer intervenciones eficaces para el cambio del comportamiento y proporcionar constante apoyo junto con compañeros o profesionales. Acentuar el papel activo y central del paciente en el manejo de su enfermedad, reafirmando la constante colaboración con el plan de asistencia y el apoyo con la solución de problemas individuales.
- **Apoyo con decisiones:** Recalcar las pautas basadas en evidencia en la práctica clínica de todos los días. Integrar el conocimiento del especialista en la atención primaria. Utilizar las modalidades para la educación del abastecedor que han demostrado ser eficaces en cambiar el comportamiento en la práctica, e informe a los pacientes de las pautas pertinentes a su cuidado.
- **Diseño del sistema de entrega:** Definir las misiones y repartir las tareas. Proporcionar asistencia en visitas previstas, donde el equipo primario de asistencia asegura que haya continuidad. Compartir la información clínica relevante incluyendo el plan de asistencia, y asegura la ejecución de tratamientos complementarios regulares.
- **Sistemas de información de clínicas:** Establecer un registro con información clínica útil y oportuna. Estructurar recordatorios de asistencia y retroalimentación para los abastecedores y pacientes. Permitir la identificación y el cuidado por iniciativa de grupos de pacientes relevantes dentro del registro. Facilitar el planeamiento individual para el cuidado de pacientes.

Las metas nacionales de la colaboración contra el diabetes II eran retrasar o disminuir las complicaciones de la diabetes por medio de:

- Sobresalir en el auto cuidado del paciente
- Apoyo en la decisión clínica
- Diseño positivo del sistema de entrega
- Sistemas de información en las clínicas
- Relaciones duraderas con organizaciones locales de la comunidad
- Estructuras de organización y de dirección que apoyan la mejora en las áreas antedichas, y
- Proveer al 90% de los pacientes que sufren de diabetes dos pruebas de HbA1c anualmente, con por lo menos tres meses de separación

(PIN, Health Disparities Collaboratives, 2001)

Las medidas claves más comunes de los centros de salud con excepción de la meta nacional fueron el establecimiento de metas de auto cuidado, HbA1c normal, indicadores cardíacos, examen del pie, examen de ojo dilatado, y examen dental. Los centros de salud que pertenecen a la colaboración del diabetes han tenido éxito en el aumento del porcentaje de los pacientes que reciben dos exámenes HbA1c por año. De hecho, el número de los pacientes que llegan a esta meta nacional está sobre 300% más que el número de los pacientes que llegaron a la meta nacional antes de la colaboración. (BPHC. *Health Disparities Collaboratives: Changing Practice, Changing Lives* [folleto])



- **Decision Support:** Embed evidence-based guidelines into daily clinical practice, integrate specialist expertise into primary care, utilize provider education modalities proven to change practice behavior, and inform patients of guidelines pertinent to their care.
- **Delivery System Design:** Define roles and delegate tasks, provide care in planned visits, primary care team assures continuity, share relevant clinical information including the care plan, and ensure regular follow-up
- **Clinical Information Systems:** Establish a registry with clinically useful and timely information, build in care reminders and feedback for providers and patients, enable the identification and proactive care of relevant patient subgroups within the registry, and facilitate individual patient care planning.

National goals of the Diabetes II Collaborative were to delay or decrease the complications of diabetes by:

- Excelling in patient self-management
- Clinical decision support
- Positive delivery system design
- Clinical information systems
- Strong partnerships with local community organizations
- Organization and leadership structures that support improvement in the above areas, and
- To provide 90% of patients with diabetes two HbA1c tests annually, at least three months apart

(PIN, Health Disparities Collaboratives, 2001)

Health centers' most common key measures other than the national goal were self-management goal setting, average HbA1c, cardiac indicators, foot exam, dilated eye exam, and dental exam. Health centers in the Diabetes Collaborative have been successful in increasing the percentage of patients receiving two HbA1c exams per year. In fact, the number of patients meeting this national goal is over 300% higher than the number of patients meeting the national goal before the Collaborative. (BPHC, *Health Disparities Collaboratives: Changing Practice, Changing Lives* [brochure])



## RESPUESTA DE MIGRANT CLINICIANS NETWORK

MCN es líder, socio, y partidario en los esfuerzos de reducir la carga de la diabetes adentro de las comunidades que carecen de servicios. MCN reconoce que los modelos eficaces de la asistencia para los campesinos tienen implicaciones beneficiosas para otras poblaciones que también carecen de servicios. Mucho del conocimiento desarrollado por MCN en su promoción de asistencia médica de calidad, culturalmente competente y alcanzable a los campesinos migrantes es útil ya que se puede aplicar a las poblaciones de pacientes sin hogar, inmigrantes, de bajo nivel literato, y empobrecidas. MCN dirige los esfuerzos relacionados con la diabetes a un nivel nacional, regional, estatal, y local con programas, relaciones profesionales, y entrenamientos.

### *Colaboración de la diabetes*

MCN es un socio nacional en las colaboraciones de disparidades en la salud. En esta capacidad, MCN sirve como facultad experta en las sesiones de aprendizaje; proporciona asistencia técnica en los servicios de listas; participa en grupos de consejo, llamadas de conferencia, y planeamientos estratégicos; también desarrolla los recursos para los equipos del centro de salud de las colaboraciones. Los entrenamientos han incluido sesiones sobre capacidad cultural en el contexto del desarrollo de auto cuidado y el desarrollo de recursos para el paciente migrante. Hay disponible un paquete de recursos para los equipos dentro de los abastecedores de asistencia médica que proveen cuidado a las poblaciones migrantes con diabetes. El paquete de recursos contiene un video titulado *The Diabetes Home Video Guide* (ingles o español), producido con el American Association of Diabetes Educators y distribuida por la compañía Milner-Fenwick. Además, el paquete de recursos incluye discos con información sobre diversos asuntos incluyendo: guías para determinar el nivel educativo, uso de tratamientos alternativos, manejo de la diabetes en campo migratorio, recursos para la vista, información para el cuidado de los pies, una muestra del calendario de la diabetes, recursos de la internet, programas de asistencia con medicamentos, y otros asuntos clínicos. MCN continúa buscando relacionarse con organizaciones nacionales de negocios y de la salud para asegurar un acceso mejorado a la asistencia, a los servicios, y a los medicamentos para los campesinos con diabetes. Dos de las herramientas incluidas en el paquete de recursos se incluyen a continuación:







#### MIGRANT CLINICIANS NETWORK RESPONSE

MCN is a leader, partner, and supporter in efforts to reduce the burden of diabetes in underserved communities. MCN recognizes that effective models of care for farmworkers have beneficial implications for other underserved populations as well. Much of the expertise developed by MCN in promoting quality, culturally-competent and affordable care to migrating farmworkers is useful as it applies to homeless, immigrant, low literacy, and impoverished patient populations. MCN directs efforts related to diabetes at a national, regional, state, and local level through programs, partnerships, and trainings.

##### *Diabetes Collaborative*

MCN is a National Partner in the Health Disparities Collaboratives. In this capacity, MCN serves as expert faculty at learning sessions; provides technical assistance on listservs; participates in steering groups, conference calls, and strategic planning; and develops resources for health center teams in the Collaboratives. Trainings have included sessions on cultural competency in the context of self-management and resource development for the migrating patient. A resource pack for providers caring for migrant populations with diabetes is available to teams. The resource pack contains the video *The Diabetes Home Video Guide* (English or Spanish), produced by the American Association of Diabetes Educators and distributed by the Milner-Fenwick Company. In addition, the resource pack includes disks of information on topics including: literacy level guides, alternative medicine use, managing diabetes in the migrant setting, vision resources, footcare information, sample diabetes calendar, internet resources, medication assistance programs, and other clinical topics. MCN continues to pursue partnerships with national business and health organizations in order to secure improved access to care, services, and medications for farmworkers with diabetes. Two tools included in the resource pack are found on the following pages:

▶ ¿Cómo se trata el *auto cuidado* para reconocer los siguientes factores?

- creencias de la salud
- sistemas familiares
- necesidades del idioma
- nivel de alfabetismo
- hábitos alimenticios
- espiritualidad
- movilidad del paciente

▶ ¿Cómo está diseñado el *apoyo en decisiones* para reconocer los siguientes factores?

- necesidades de comunicación entre paciente y clínico
- papel de los tratamientos alternativos, curanderas, y creencias populares entre la población
- factores demográficos, culturales, y socioeconómicos que afectan los protocolos
- el impacto de la terminología en las juntas entre pacientes y servicio médico

▶ ¿Cómo incorpora el *diseño del sistema* de entrega los siguientes factores?

- las prioridades del paciente cuando hace una visita
- las exigencias del trabajo para el paciente
- la presencia de asistentes naturales en la visita médica
- la relación tradicional entre el paciente y el proveedor de servicios de salud
- la orientación temporal de culturas en la población
- la posible movilidad del paciente

▶ ¿Cómo se utilizan *los sistemas de información de clínicas* para:

- permitir la movilidad de expedientes?
- iluminar las discrepancias entre la población de interés del centro y la población en general?
- examinar diferentes resultados en la colaboración de mejora de calidad (Health Disparities Collaborative) entre la subdivisión del grupo de interés - trabajadores migrantes, gente sin hogar, mujeres, hombres, ancianos, etc.



▶ How is *Self-Management* addressed to recognize:

- health beliefs
- family systems
- language needs
- literacy level
- dietary practices
- spirituality
- patient mobility

▶ How is *Decision Support* constructed to acknowledge:

- clinician-patient communication needs
- roles of alternative medicine, healers, and folk beliefs in the population
- demographic, cultural, and socioeconomic factors affecting protocols
- the impact of terminology in provider-patient encounters

▶ How does *Delivery System Design* incorporate:

- patient priorities when making an office visit
- competing needs of the patient in the workplace
- the presence of natural helpers in the medical visit
- traditional relationships of patients with practitioners
- time orientation of cultures in the population
- potential mobility of the patient

▶ How do *Clinical Information Systems*:

- allow for portability of records
- reveal discrepancies between the center's population of focus and its general population
- get used to examine different outcomes in the Health Disparities Collaborative for subsets of the population of focus - migrant, homeless, women, men, elderly, etc.



**MUESTRA DE ORGANIGRAMA PARA PACIENTES MIGRANTES CON DIABETES**

El organigrama debe ser actualizado por lo menos una vez al año

Para obtener una copia imprimible de estos documentos, consulte [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org)

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>					
Otro nombre que utiliza el paciente:					
ID#	Fecha de nacimiento / /				
Fechas en esta zona:					
Otros destinos:					
Otros proveedores de servicios de salud:					
Nombre del proveedor:					
Dirección:					
Número de teléfono:					
<b>FECHA DE LA VISITA:</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
Expediente portátil entregado					
Inscrito en Track II					
Pulsera de ID					
<b>CUESTIONES DE OCUPACIÓN</b>					
• Azúcar portátil de rescate en el trabajo					
• Almacenamiento de medicamento en el trabajo					
• Zapatos de protección					
• Entendimiento del acceso de emergencia					
• Plan de alimentación en el trabajo y en el campamento					
• Plan de comunicación con el patrón					
• Otra:					
<b>ATENCIÓN BASADA EN EL CENTRO:</b>					
• Examen dental					
• Examen de los ojos					
• Examen LEAP					
• Zapato de trabajo evaluado					
• Entendimiento de la fuente de alimentos y de su preparación					
• HbA1c y planificación para una subsecuente examen					
• Metas de auto cuidado					
• Otra:					
<b>RECOMENDACIONES</b>					
• Ojos					
• Dental					
• Nutrición					
• Otra:					
<b>INMUNIZACIONES</b>					
• Influenza					
• MMR, Td	Fecha				
• Neumococal	Fecha				
• Otra:					



**SAMPLE FLOW SHEET  
FOR MIGRATING  
PATIENTS WITH  
DIABETES**

PATIENT'S NAME: \_\_\_\_\_

Other names the patient uses: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_

Date of birth / /

Dates in this area: \_\_\_\_\_

Other destinations: \_\_\_\_\_

Other health providers: \_\_\_\_\_

Provider's name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

DATE OF VISIT:

/ /   / /   / /   / /   / /

Portable record given

Enrolled in Track II

ID bracelet

**OCCUPATIONAL ISSUES**

- Portable rescue sugar at worksite
- Medication storage at worksite
- Protective footwear
- Emergency access understood
- Meal plan at worksite and camp
- Communication plan with crew boss
- Other: \_\_\_\_\_

**CENTER BASED CARE**

- Dental screen
- Eye exam
- LEAP exam
- Work shoe evaluated
- Food source/preparation understood
- HbA1c and plan for subsequent exam
- Self-management goals
- Other: \_\_\_\_\_

**REFERRALS**

- Eye
- Dental
- Nutrition
- Other: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATIONS**

- Influenza
- MMR, Td      Date \_\_\_\_\_
- Pneumococcal      Date \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

Flow sheet  
should be  
updated at  
least annually

For a printable copy of  
these documents, see  
[www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org)

*Programa de educación y conocimiento de la diabetes en las comunidades*

Con el financiamiento del Programa de educación y conocimiento de la diabetes en las comunidades (Diabetes Awareness and Education in Communities Program [DAEC]) proporcionado por Texas Department of Health, Texas Diabetes Council, MCN ha iniciado o ha participado en varias innovadoras campañas y programas para la educación de la diabetes. Las iniciativas apoyadas con este programa incluyen Track II, el programa Diabetes Lay Educator [DLE], y la creación de o la reimpresión de materiales educativos sobre la diabetes. Las metas de esta iniciativa son:

- 1) Elevar el conocimiento de cuestiones específicas a los migrantes entre los clínicos que proporcionan asistencia médica a pacientes diabéticos móviles.
- 2) Proporcionar herramientas a los clínicos para asistirlos a tratar con los problemas de proporcionar asistencia de la diabetes a una población móvil.
- 3) Promover conocimiento y alivio de la diabetes directamente a los campesinos.

Aunque fue desarrollado específicamente para los trabajadores migrantes que pasan parte del año en Texas, estos programas y recursos están disponible para todos los centros y clínicas de salud para emigrantes que sirven a pacientes diabéticos migratorios.

*Track II*

El programa Track II está diseñado para asistir a los pacientes diabéticos móviles recibir un tratamiento óptimo continuo. Esto se logra transfiriendo la información vital de salud y proporcionando apoyo a los pacientes que ponen en marcha su plan de tratamiento mientras que se mudan de lugar a lugar. Se guardan copias de los archivos de pacientes en MCN para poderlas transferir rápidamente a una clínica nueva cuando el paciente se muda. Los clínicos pueden asistir con planificación de urgencia e informando a sus colegas en otras localizaciones de algún paciente que se encuentra cerca de ellos y necesita asistencia. Los pacientes reciben una tarjeta de identificación de Track II que informa a los clínicos que el portador es parte del programa, permitiendo que los clínicos llamen el número sin cargos de MCN para obtener información de la salud del paciente.



**DIABETES  
TRACK-II**



**Seguimiento de  
Casos de Diabetes  
Tarjeta de Identificación**

Para información sobre mi  
expediente médico, llame al

**1-800-825-8205**

**Migrant Clinicians Network**



### *Diabetes Education and Awareness in Communities Program*

Through funding from the Texas Department of Health, Texas Diabetes Council, Diabetes Awareness and Education in Communities Program (DAEC), MCN has initiated or participated in several innovative diabetes education campaigns and programs. Initiatives supported through this program include Track II, the Diabetes Lay Educator program, and the creation of or re-printing of diabetes educational materials. The goals of this initiative are to:

- 1) Raise awareness of migrant specific issues among clinicians who serve mobile diabetic patients.
- 2) Provide tools to help clinicians address the challenges of providing diabetes care to a mobile population.
- 3) Promote diabetes awareness and wellness to farmworkers directly.

Although developed specifically for migrant workers who spend part of the year in Texas, these programs and resources are available to all migrant health centers and clinicians that serve migrant diabetic patients.

### *Diabetes Track II*

The Diabetes Track II program is designed to help mobile diabetic patients receive optimal continuous care. This is accomplished by transferring vital health information and supporting patients as they implement their treatment plan while on the move. Copies of patient files are housed at MCN so that they can be quickly transferred to a new clinic when the patient moves. Clinicians can assist with contingency planning and inform their colleagues in other locations that a patient needing assistance could be headed their way. Patients receive a Track II ID card which alerts clinicians that they are part of the program, allowing clinicians to call MCN's toll free number to obtain patient health information.



**DIABETES  
TRACK-II**

### **Diabetes Referral Network Patient ID Card**

For access to my diabetes  
treatment records call

**1-800-825-8205**

Migrant Clinicians Network



*Las metas del programa Track II son:*

- Contactar a cada paciente alistado por teléfono sobre una base trimestral para poner al día la información de la base de datos de Track II y para determinarse si los pacientes han tenido acceso a servicios médicos en su área.
- Proveer a los pacientes recomendaciones de los centros migratorios de salud del área para el cuidado de la diabetes.
- Transmitir la información médica de las clínicas que los pacientes han visitado en otras áreas a las clínicas a las que los pacientes están visitando actualmente.
- Poner al día toda la información médica de los pacientes y transmitir solamente la nueva información médica a los sitios participantes.

*Track II le da asistencia a las clínicas:*

- Permitiéndole al personal de registros recibir los expedientes de diversas clínicas con una llamada telefónica a MCN.
- Proporcionando información estadística a las clínicas sobre sus pacientes (por ejemplo cuántos pacientes pasaron a ser vistos en otras clínicas, y cuántos pacientes continuaron con su plan de tratamiento después de irse).
- Proporcionando resúmenes de historia médica del paciente, junto con notas de carta al transferir expedientes.

*Track II le da asistencia a los pacientes:*

- Manteniendo los nombres y la información de contacto para los sitios visitados.
- Proporcionando un número 1-800 para recomendar clínicas (en inglés o español).
- Refiriendo a pacientes a la administración intensiva de casos cuando sea disponible.
- Abogar las necesidades no satisfechas de los pacientes.



---

*Goals of the Track II program are to:*

- Contact each enrolled patient by telephone on a quarterly basis to update Track II database information and to determine if patients have accessed health services in their area.
- Provide patients with referrals for diabetes care to area migrant health centers.
- Transmit medical information from the clinics that patients have visited in other areas to the clinics that patients are currently visiting.
- Update all medical information for patients and transmit only the new medical information to participating sites.

*Track II helps clinics by:*

- Allowing records staff to receive the records from many different clinics with one telephone call to MCN.
- Providing statistical information to clinics about their patients (for example, how many patients went on to be seen in other clinics, and how many patients followed their treatment plan after leaving).
- Providing medical history summaries for patients, along with chart notes when transferring records.

*Track II helps patients by:*

- Keeping track of the names and contact information for sites visited.
- Providing a 1-800 number for clinic referrals (in English or Spanish).
- Referring patients to intensive case management where available.
- Advocating on behalf of patients' unmet needs.



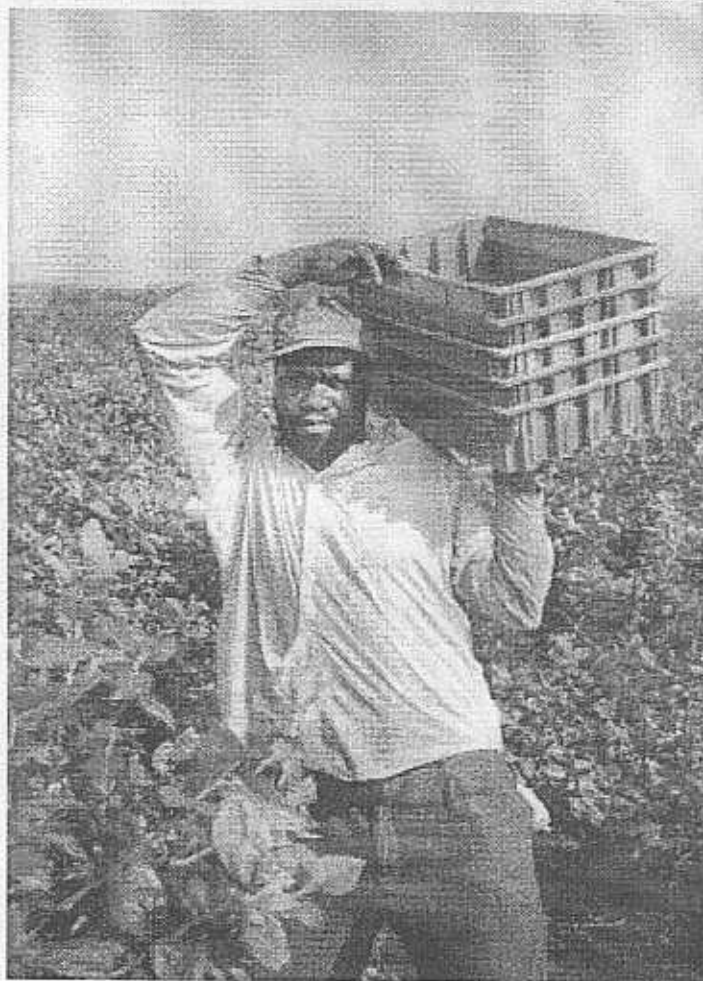
Un elemento esencial del programa Track II es el mantenimiento de la base de datos Track II. La base de datos permite que el personal de Track II registre los servicios que los pacientes han recibido después de que han visitado alguna clínica. Se pueden crear informes resumidos que muestran cambios en indicadores importantes a través de visitas a varias clínicas. La base de datos de Track II supervisa las condiciones siguientes relacionadas con la diabetes de un paciente (según lo indicado por los resultados de exámenes de las clínicas):

#### Elementos de la base de datos Track II

- Nivel de prueba HbA1c
- Nivel de azúcar en la sangre
- Índice de masa corporal
- Diagnosticado como Hipertensivo
- Presión sanguínea
- Medicamentos
- Prueba de los ojos
- Examen de ojo dilatado
- Visita con el dentista
- Prueba de los pies
- Metas de auto cuidado







An essential element of the Track II program is the maintenance of the Track II database. The database allows Track II staff to record services that patients have received after clinic visits. Summary reports can be created that show changes in important indicators across clinic visits. The Track II database keeps track of the following conditions related to a patient's diabetes health (as indicated by exam records from clinics):

#### **Track II Database Elements**

- HbA1c Test Level
- Blood Sugar Level
- Body Mass Index
- Diagnosed Hypertensive
- Blood Pressure
- Medications
- Eye Check
- Dilated Eye Exam
- Dental Visit
- Foot Check
- Self Management Goals

¿Tiene Ud. **Diabetes?**  
Do you have

¿Se muda Ud.  
durante el año?

No olvide presentar su tarjeta de Track II hoy en la clínica, y asegúrese que llame 1-800-825-8205 después de esta visita.



Track II es un programa que ofrece ayuda a los diabéticos móviles tras transferir sus expedientes médicos entre las clínicas y hacer referencias. Favor de llamar para más información.



Do you move  
during the year?

Remember to show your Track II card at the clinic and call 1-800-825-8205 after your visit.



Track II is a program that helps mobile diabetics by transferring their records between clinics and providing referrals. Please call for more information.

1-800-825-8205

Track II is a program of the Migrant Clinicians Network

Funding provided by Texas Department of Health, Diabetes Program

Este cartel se exhibe en las clínicas para recordar a los pacientes que muestren su tarjeta Track II durante su visita a la clínica.

El cartel también sirve para recordar a los pacientes que llamen al número 1-800 para mantener informado al personal de Track II sobre sus necesidades de recomendación así como de su ubicación.

Para obtener una copia del cartel, póngase en contacto con MCN o visite [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org)

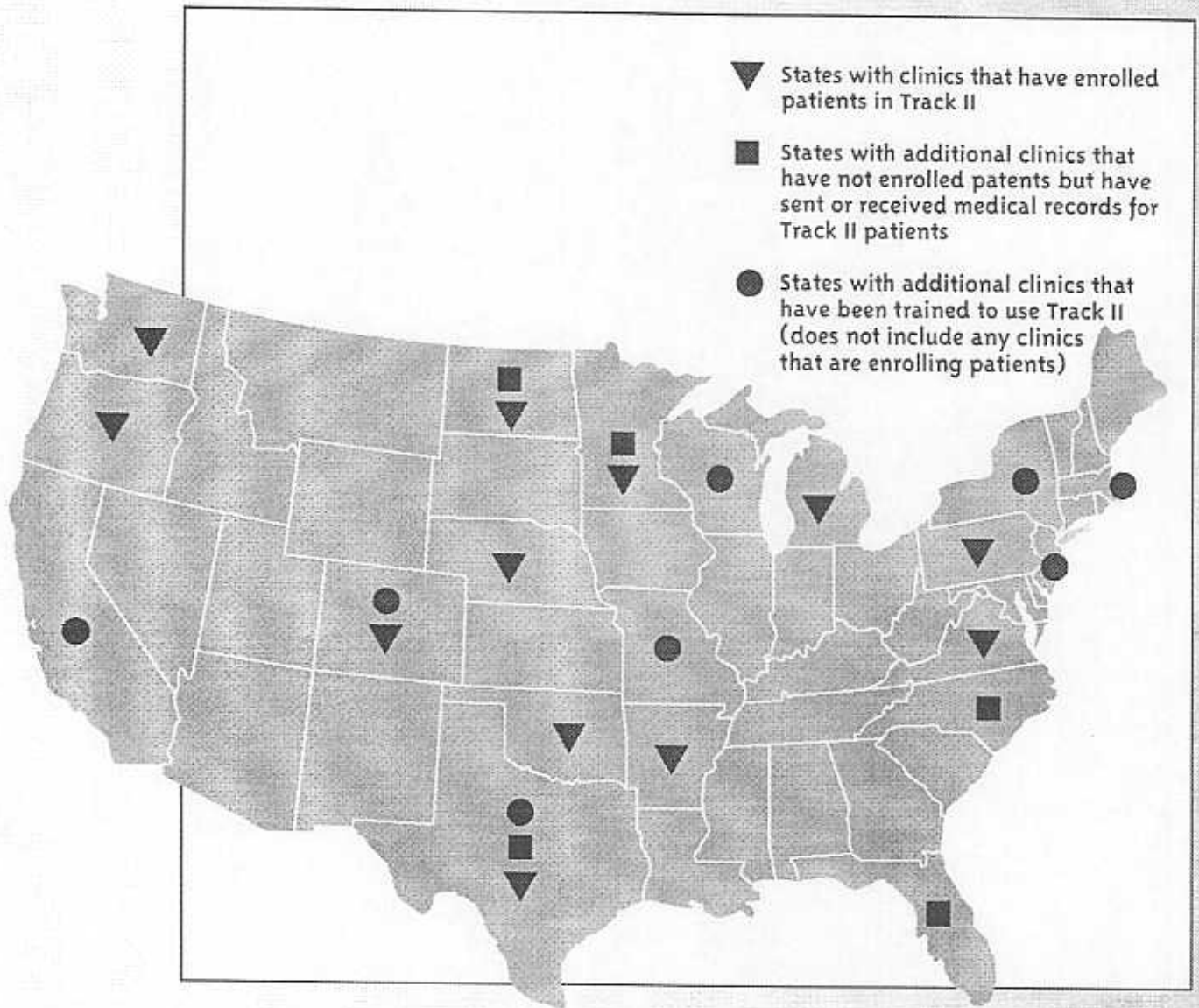
This poster is displayed in the clinic to remind patients to show their Track II card during the clinic visit.

The poster also reminds patients to call the 1-800 number in order to update Track II staff on their referral needs and location.

To obtain a copy of the poster, contact MCN or visit [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org)



## TRACK II INVOLVEMENT



### *Paquete para la mudanza del diabético*

Este es un recurso que los clínicos pueden dar a los pacientes cuando se mudan. Discute cómo tratar la diabetes mientras se viaja dando ejemplos como cuales bocados son sanos de comer en el camino, y como cuidar de los pies cuando se conduce distancias largas. También se incluyen una guía del cuidado del pie, una tarjeta que se muestra a los patrones para alertarlos de las necesidades especiales relacionadas con la diabetes, y la información sobre el programa de Track II. Hay disponibles copias en el paquete de recursos de la diabetes de MCN, o en línea en [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org).

### *Programa Diabetes Lay Educator [DLE] (página 26)*

El programa Diabetes Lay Educator es un acuerdo entre Migrant Health Services, Inc. de Minnesota, Altru Health System de North Dakota, y MCN. Los fondos para este programa fueron conseguidos por medio de una concesión Rural Health Outreach de Health Resources and Services Administration, y Texas Department of Health, Texas Diabetes Council. Por medio de este programa, los líderes naturales de comunidades en Minnesota y North Dakota encabezan los grupos de asistencia de la diabetes para los pacientes diabéticos migratorios. DLEs aprenden cómo medir las presiones arteriales y probar los niveles de azúcar y de la hemoglobina A1c de la sangre. También aprenden conceptos en la educación de salud de la diabetes, incluyendo conceptos de alimentación y ejercicios sanos. Los grupos de asistencia eligen los asuntos que son presentados por un invitado especial.

El programa es innovador en el hecho de que, así como los miembros de los grupos de asistencia de la diabetes, los DLEs emigran de Minnesota y de North Dakota a Texas. Consecuentemente, los DLEs continúan con sus grupos de asistencia cuando regresan a Texas. Esto previene huecos en los grupos de asistencia cuando los clientes han vuelto a su "base de origen." Una ventaja adicional de hacer que los grupos de asistencia sean conducidos por los miembros de la comunidad migratoria es que permite que los participantes del grupo de asistencia edifiquen una relación con un equipo en particular de los DLEs. Los grupos de asistencia se concentran exclusivamente en la diabetes, y proporcionan la oportunidad a sus clientes de obrar recíprocamente con otros pacientes diabéticos migratorios en su comunidad. Los DLEs también han expandido sus responsabilidades abogando de parte de los pacientes diabéticos migratorios. Para obtener más información sobre el programa DLE, por favor póngase en contacto con Loretta Heuer, Ph.D., RN de Migrant Health Services, Inc. ([loretta.heuer@att.net](mailto:loretta.heuer@att.net)).

### *Fotonovela, Un Cambio Para Lucia (página 27)*

Esta herramienta educativa inicialmente fue producida por el centro de salud Stovall Medical y North Carolina Farmworker Health Alliance. La fotonovela describe con dibujos y con texto limitado cómo una persona recientemente diagnosticada con diabetes de tipo II aprende a realizar cambios sanos en su vida, incluyendo la adopción de hábitos de alimentación y ejercicios sanos. Para obtener una copia, póngase en contacto con MCN.



---

### *Diabetic Moving Packet*

This is a resource for clinicians to give to patients as they move. It discusses how to care for diabetes while traveling such as eating healthy snacks on the road, and foot care while driving long distances. Also included are a guide to foot care, a card to give to employers in order to alert them of special needs related to diabetes, and information on the Track II program. Reproducible copies are available in the MCN Diabetes resource pack, or online at [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org).

### *Diabetes Lay Educator Program [DLE] (page 26)*

The Diabetes Lay Educator Program is a partnership between Migrant Health Services, Inc. of Minnesota, Altru Health System of North Dakota, and MCN. Funding is provided through a Rural Health Outreach grant from the Health Resources and Services Administration, and the Texas Department of Health, Texas Diabetes Council. Through the program, natural leaders from communities in Minnesota and North Dakota conduct diabetes support groups for migrant diabetic patients. DLEs learn how to measure blood pressures and test blood sugar and hemoglobin A1c levels. They also learn concepts in diabetes health education, including healthy eating and exercise. Support groups choose topics which are presented by a guest speaker.

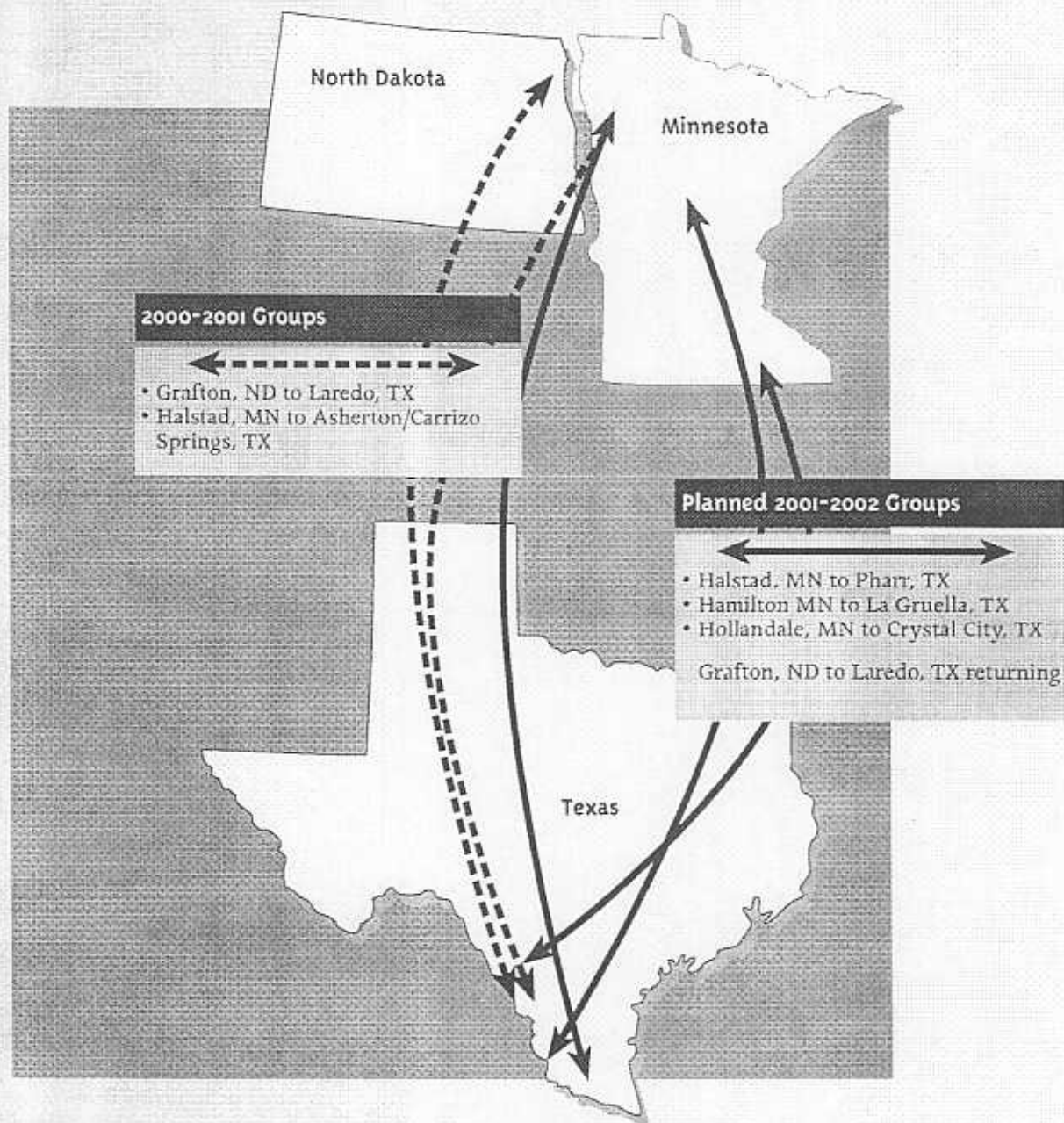
The program is innovative in that, like the members of the diabetes support groups, the DLEs migrate from Minnesota and North Dakota to Texas. As a result, the DLEs continue their support groups when they return to Texas. This prevents gaps in the support groups while clients have returned to their "home base". An additional benefit of having support groups led by migrant community members is that it allows support group participants to build a relationship with a particular team of DLEs. The support groups focus exclusively on diabetes, and provide clients the opportunity to interact with other migrant diabetic patients in their community. DLEs have also grown to be advocates for migrant diabetic patients. For more information on the DLE program, contact Loretta Heuer, RN, Ph.D., of Migrant Health Services, Inc. ([loretta.heuer@att.net](mailto:loretta.heuer@att.net)).

### *Fotonovela, Un Cambio Para Lucia (page 27)*

This educational tool was first produced by Stovall Medical Center and the North Carolina Farmworker Health Alliance. The fotonovela describes in pictures and in limited text how one recently diagnosed Type II diabetic learns how to make healthy changes in her life, including adopting healthy eating habits and exercise. To obtain a copy, contact MCN.



**GRUPOS/GROUPS-  
DIABETES LAY  
EDUCATORS**







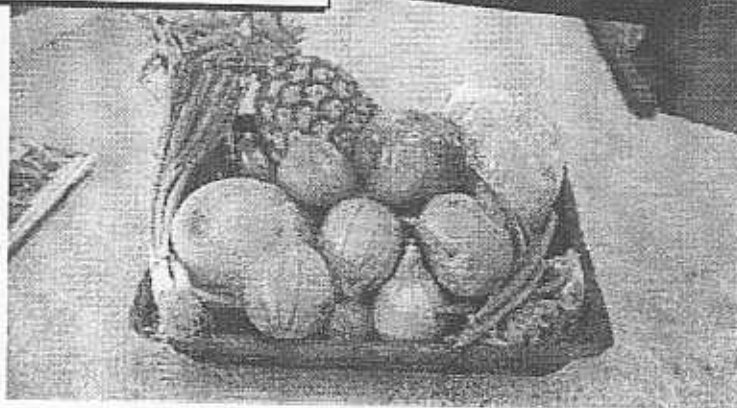
Ahora Lucía tiene que aprender a comer cosas más saludables, incluyendo frutas y legumbres frescas. Tiene que dejar de comer comidas procesadas y las golosinas. Debe cuidarse para mantener un nivel de azúcar normal en su sangre para evitar estos problemas de salud.

Lucy should start eating healthier foods, like more fresh fruits and vegetables. And she should avoid processed foods and snack foods. She needs to work hard to keep a normal level of sugar in her blood to prevent these health problems.

12

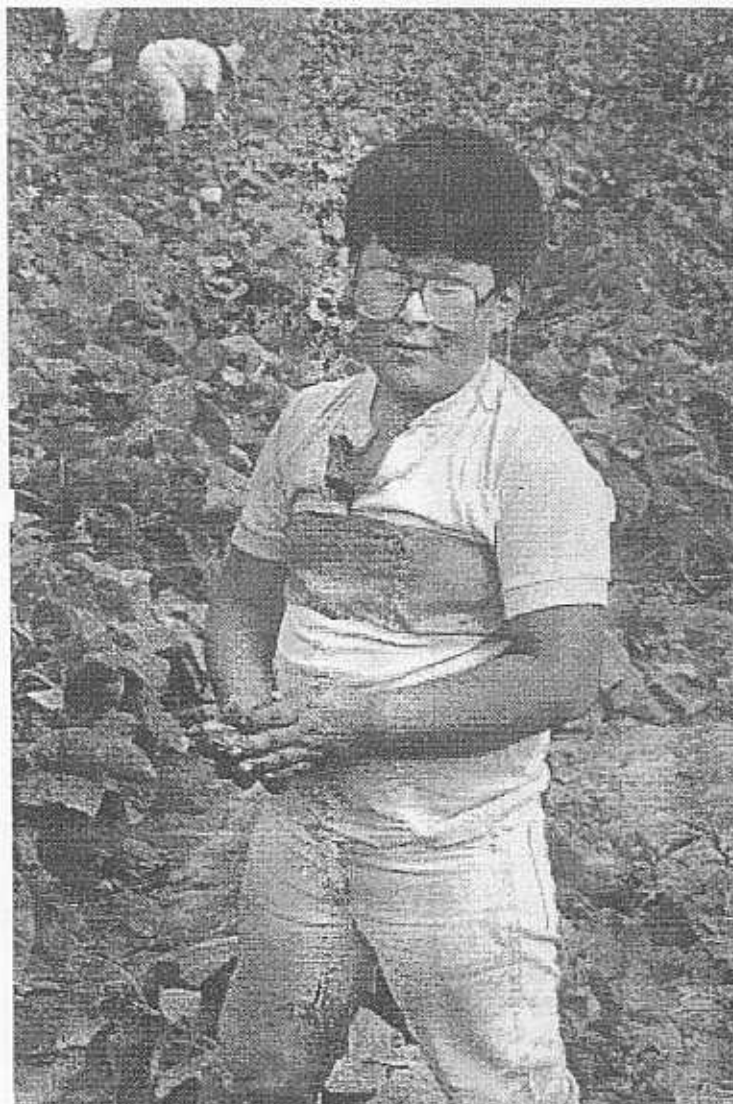
Lucía ahora compra productos que contienen poca azúcar, y poca grasa. También se fija en no usar mucha sal. Tiene que cuidar su presión arterial.

Lucy buys foods that are low in sugar and fat. She has also started watching her salt intake to be careful about her blood pressure.



13

## Otros Recursos



### *Puntos de Vista* PROGRAMA PRINCIPAL DE CUIDADO DE LOS OJOS

MCN está comprometido a desarrollar y a poner en marcha los programas primarios eficaces del cuidado de los ojos en los sitios de clínicas que proporcionan servicios a los campesinos migratorios. Los exámenes primarios de los ojos pueden descubrir enfermedades sistémicas tales como la diabetes, además de proporcionar educación sobre nutrición y la seguridad de los ojos. MCN, junto con InFOCUS, Rural Women's Health Project, y Community Health Education Concepts, con el financiamiento de Migrant Health Branch, BPHC, ha creado un manual de entrenamiento para poner en marcha programas primarios del cuidado de los ojos. El manual, titulado *Puntos de Vista* cubre las pruebas de la visión y los exámenes básicos del cuidado de los ojos que se pueden conducir en una variedad de sitios clínicos y no clínicos, así como la educación del cuidado de los ojos, los primeros auxilios, y cuidado primario de los ojos en el campo. El manual también enseña al clínico cómo utilizar el FOCOMETER™, un instrumento para medir los errores refractivos y de astigmatismo. Además del manual de *Puntos de Vista*, MCN también produce una guía de entrenamiento del cuidado de los ojos. Para obtener los materiales del cuidado primario de los ojos póngase en contacto con MCN o visite [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org).



---

## Other Resources

### *Puntos de Vista* PRIMARY EYE CARE PROGRAM

MCN is committed to developing and implementing effective primary eye care programs for clinic sites that serve migrant farmworkers. Primary eye exams can reveal systemic disease such as diabetes in addition to providing education on nutrition and eye safety. MCN, in partnership with InFOCUS, The Rural Women's Health Project, and Community Health Education Concepts, with funding from the Migrant Health Branch of the Bureau of Primary Care, has created a training manual for implementing primary eye care programs. The manual, entitled *Puntos de Vista* covers vision screening and basic eye care exams which can be conducted in a variety of clinical and non-clinical settings, as well as eye care education, first aid, and primary eye care in the field. The manual also instructs the clinician how to use The FOCOMETER™, which is a tool for measuring for refractive and astigmatic errors. In addition to the *Puntos de Vista* manual, MCN also produces an Eye Care Training Guide. To obtain primary eye care materials contact MCN or visit [www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org).



## Historias del campo

¿Están cambiando estos esfuerzos las vidas afectadas por la diabetes? ¡Definitivamente! Mientras que no podemos conocer todos los individuos detrás de las demostraciones gráficas de los niveles disminuidos de HbA1c, podemos compartir con usted algunas historias recolectadas del campo. Dos centros de la salud de migrantes que participaron en la colaboración de la diabetes II hicieron su presentación en el congreso nacional de la diabetes en febrero, 2001. La sesión fue titulada "Camina en mis zapatos" y describió el impacto de la colaboración en los campesinos con diabetes:

El programa Keystone Farmworker en el condado de Adams, Pennsylvania tiene una estación del emigrante que se extiende de mediados de julio a mediados de noviembre. El equipo de colaboración realizó varios cambios en su modelo de asistencia, incluyendo alistar a pacientes en un registro de la diabetes, supervisar los resultados de la salud, participar como abastecedores y pacientes en el programa Track II, hacer investigaciones de la diabetes en los campos de trabajo, demostrar la preparación de comida nutritiva en cocinas del campo, y conducir la educación sobre la diabetes en grupos. De 595 campesinos que se examinaron, 101 tenían antecedentes familiares de la diabetes. Siete pacientes activamente recibían cuidado para la diabetes.

Las siguientes tablas representan los resultados del HbA1c antes y después de la temporada de trabajo en los siete campesinos inscritos en el registro:

Paciente	Julio	Noviembre
	HbA1c	HbA1c
1	11.5	7.6
2	12.2	8.9
3	9.0	5.1
4	10.0	6.3
5	7.4	6.8
6	—	7.5
7	—	7.1

Dos de los pacientes del programa clave destacan los efectos positivos de los esfuerzos del equipo. Un paciente es una mujer mexicana de 31 años de edad con antecedente de diabetes gestacional. Cuando la visitaron inicialmente en el campo, ella estaba atrasada en el cuidado preventivo, tenía exceso de peso, y no contaba con ningún control sobre su diabetes. En el curso del verano, ella desarrolló una comprensión de su propia capacidad de manejar su condición e inició cambios en su dieta, en la supervisión de su glucosa, y en sus actividades. La mujer recibió cinco visitas de la clínica y tres visitas en el campo. Un resumen de sus resultados médicos demuestra el efecto dramático de mejora en su salud concluida esta estación muy breve:

	Julio 2000	Noviembre 2000
Peso	231 lbs.	220 lbs.
Glucosa	201	100
Colesterol	283	205
Triglicéridos	724	221
LDL	129	122
HDL	42	39
Microalbúmina	28	"3
HbA1c	9.0	5.1



## Stories from the Fields

Are these efforts changing lives affected by diabetes? Absolutely! While we cannot know all the faces behind the graphic demonstrations of lowered HbA1c levels, we can share with you some stories collected from the fields. Two migrant health centers that participated in the Diabetes II Collaborative presented at the National Diabetes Congress in February, 2001. The session was entitled "Walk in My Shoes" and described the impact of the Collaborative on farmworkers with diabetes:

Keystone Farmworker Program in Adams County, Pennsylvania has a migrant season that extends from mid-July to mid-November. The Collaborative team made a number of changes in their care model, including enrolling patients in a diabetes registry, tracking health outcomes, participating as providers and patients in the Track II program, doing diabetes screenings in the labor camps, demonstrating nutritious meal preparation in camp kitchens, and conducting group diabetes education. Of 595 farmworkers assessed, 101 had a family history of diabetes. Seven patients were actively provided diabetes care.

The following tables depict pre-season and post-season HbA1c results in the seven farmworkers entered into the registry:

Patient	July	November
	HbA1c	HbA1c
1	11.5	7.6
2	12.2	8.9
3	9.0	5.1
4	10.0	6.3
5	7.4	6.8
6	—	7.5
7	—	7.1

Two of the Keystone program patients highlight the positive effects of the team's efforts. One patient is a 31 year old Mexican female with a history of gestational diabetes. When she was initially visited in the camps, she was behind on preventive care, overweight, and in poor control of her diabetes. In the course of the summer, she developed an understanding of her own ability to manage her condition and initiated changes in diet, glucose monitoring, and activity. She received five clinic visits and three camp visits. A summary of her medical outcomes shows the dramatic effect of improving her health over this very brief season:

	July 2000	November 2000
Weight	231 lbs.	220 lbs.
Glucose	201	100
Cholesterol	283	205
Triglycerides	724	221
LDL	129	122
HDL	42	39
Microalbumin	28	"3
HbA1c	9.0	5.1



Un segundo campesino es un varón mexicano de 40 años de edad que se presentó en agosto con quejas de polidipsia, poliuria, y de debilidad. Se le hizo un examen completo que reveló la diagnosis de la diabetes complicada por hiperlipidemia y microalbuminemia. Se le recetó medicamento oral, y se le proporcionó educación intensiva de la diabetes por medio de cinco visitas a la clínica y tres visitas en el campo. En apenas un periodo de dos meses, este paciente logró un control magnifico de su diabetes, sin dejar de trabajar o de proporcionarle apoyo a su familia:

	Agosto 2000	Octubre 2000
Peso	143	133
Glucosa	456	96
Colesterol	246	186
Triglicéridos	435	194
LDL	124	100
HDL	35	47
Microalbúmina	67	20
HbA1c	10.0	6.3

Todos los pacientes migratorios de Keystone fueron inscritos en el programa Track II, así que pueden recibir continuidad del cuidado en sitios distantes y sus resultados pueden ser supervisados a lo largo del tiempo.

El Moses Lake Community Health Center en Moses Lake, Washington también divulgó mejoras dramáticas en la salud de campesinos como resultado de la participación en la colaboración y de la estrategia por equipo al tratamiento. Los clínicos citan la formación de un grupo de asistencia de la diabetes como un componente dominante en su modelo para el cambio. Una mujer había expresado desesperación, pensando que la diabetes necesariamente daría lugar a resultados devastadores en su salud. Después de unirse al grupo de asistencia, ella comentó podría vivir con diabetes y mantenerla bajo control. La mujer experimentó un aumento en sentimientos de alegría y alcanzó sus metas de auto cuidado así como mayor actividad física al proporcionarle necesidades a su familia. Comentó que representaba un gran impacto en su vida saber que al personal del centro Moses Lake le importaba quién era ella y como le iba.

Un segundo paciente, campesino varón con diabetes, también acreditó la asistencia del personal a su mejora dramática en el cuidado de la diabetes. Faltó menos días al trabajo y era más productivo en el campo de trabajo. Se pudo presentar a sus citas para la asistencia médica asociándose con el personal del equipo en su propio cuidado. Inicialmente, él había experimentado visión borrosa y temblorina a causa de su diabetes mal controlada, experimentando niveles promedio de azúcar en la sangre en la gama de 400. Debido a el tratamiento que recibió durante la temporada de emigrantes, su nivel de azúcar en la sangre se normalizo y su déficit visual desapareció. Este hombre hizo de portavoz para el cuidado de la diabetes participando en la creación de un video para el Moses Lake Community Health Center. Estos pacientes no pudieron definir la base biomédica de su diabetes, pero cada uno pudo describir enfáticamente que estaban más sanos y mejor capacitados para cuidarse ellos mismos debido a las relaciones y los recursos que habían encontrado a través de los miembros del equipo de la colaboración.



A second farmworker is a 40-year-old Mexican male who presented in August with complaints of polydipsia, polyuria, and weakness. He had a complete physical that revealed the diagnosis of diabetes complicated by hyperlipidemia and microalbuminemia. He was placed on oral medication, and received intensive diabetes education via five clinic visits and three camp visits. In just a 2-month period, he was able to achieve superb control of his diabetes, as well as continue to work and provide for his family:

	August 2000	October 2000
Weight	143	133
Glucose	456	96
Cholesterol	246	186
Triglycerides	435	194
LDL	124	100
HDL	35	47
Microalbumin	67	20
HbA1c	10.0	6.3

All Keystone migrant patients were enrolled in the Track II program, so they can receive care continuity at distant sites and have their results monitored over time.

Moses Lake Community Health Center in Moses Lake, Washington also reported dramatic improvements in the health of farmworkers as a result of Collaborative participation and the team approach to care. The clinicians cite the formation of a diabetes support group as one key component of their change model. One woman had voiced a sense of hopelessness, thinking that diabetes would necessarily result in devastating health outcomes. After joining the support group, she said she realized that she could live with diabetes and keep it under control. She experienced an increase in feelings of joy and achieved her goals of self-care and increased physical activity as she provided for her family. She said that it made a big difference to her to know that the staff at Moses Lake cared about who she was and how she was doing.

A second patient, a farmworker male with diabetes, also credited the support of the staff with his dramatic improvement in diabetes management. He had fewer missed days of work and was more productive at the work site. He was able to keep his appointments for medical care by partnering with the staff as a team member in his care. Initially, he had experienced blurred vision and tremulousness from his poorly controlled diabetes, with blood sugars averaging in the 400 range. Because of the care he received during migrant season, his blood sugar normalized and his visual deficits disappeared. He became a spokesperson for diabetes care by participating in the creation of a video for Moses Lake Community Health Center. These patients were not able to articulate the biomedical basis for their diabetes, but each was able to emphatically relate that they were healthier and better able to care for themselves because of the relationships and resources they had encountered through Collaborative team members.

El programa Track II de MCN ha tenido éxito conectando pacientes a los servicios de la diabetes en su área y proporcionándoles apoyo hasta que puedan conectarse al sistema de las clínicas. El paciente #193 de Track II es un varón hispano de 44 años que solamente habla español. Una DLE en Texas lo alistó en vía II en el mes de marzo, 2001. La clínica que el paciente visita en Texas actualmente no está registrando pacientes en el sistema Track II. Cuando este hombre se registró, proporcionó información de contacto por correo de su dirección en su base de origen (en Texas) y su dirección donde pasa los veranos (en Minnesota) pero no proporcionó ningún número de teléfono.

En mayo, la esposa del paciente llamó al número 1-800 del programa Track II desde Minnesota. Llamó porque el paciente necesitaba ayuda para obtener sus medicamentos y otros servicios del cuidado de la diabetes. La clínica de Texas le había dado muestras de Glucotrol XL y de Glucophage antes de que él se fuera pero no podían darle muestras de Glucotrol XL que le duraran más de 2 meses y solamente le quedaba suficiente medicamento para una semana. Se le habían acabado también las tiras y no estaba probando los niveles de azúcar en su sangre. No había visitado ninguna clínica en Minnesota ya que no conocía las clínicas locales.

El personal de Track II llamó a Migrant Health Services, Inc., un sistema de clínicas que proporciona servicios a la mayor parte de Minnesota. MHSI tenía una unidad móvil que mantenía en el área en la cual el paciente vivía. El personal de Track II llamó al paciente y le dio la información sobre la unidad móvil, junto con número 1-800 para contactar a MHSI. Además, el personal de Track II llamó a la clínica la que asistía el paciente en Texas para solicitar las copias de sus expedientes médicos.

Varias semanas después, el personal de Track II llamó al paciente otra vez para ver como seguía y para asegurarse de que estaba recibiendo los servicios que requería. El paciente había estado visitando una clínica local y estaba muy contento con la atención que había recibido. El personal de Track II se puso en contacto con dicha clínica y les enviaron resúmenes de la salud y de los medicamentos para ese paciente.

En agosto, el personal de Track II llamó al paciente de nuevo para ver como seguía y para preguntarle sobre sus planes de volver a Texas. El paciente va a volver en septiembre de 2001; El personal de Track II se ha puesto en contacto con la clínica en Minnesota para solicitar copias de los expedientes del paciente de este verano pasado; éstos serán enviados a la clínica en Texas donde atienden al paciente en invierno.





MCN's Track II program has had success in connecting patients to diabetes services in their area and providing support to patients until they are able to connect to the clinic system. Track II Patient #193 is a 44-year-old Spanish-speaking Hispanic male. A Diabetes Lay Educator in Texas enrolled him in Track II in March 2001. The clinic that he visits in Texas is not currently enrolling patients in the Track II system. When he enrolled, he provided mail contact information for both his home base address (in Texas) and his summer address (in Minnesota) but no telephone numbers.

In May, the patient's wife called the Track II 1-800 number from Minnesota. She was calling because the patient needed help obtaining medication and other diabetes care services. He had been given samples of Glucotrol XL and Glucophage by the Texas clinic before he left but they were not able to give him more than 2 months of samples of the Glucotrol XL and he only had a week's worth of that medication left. He was also out of strips and so he was not testing his blood sugar levels. He had not visited a clinic in Minnesota and was unfamiliar with local clinics.

Track II staff called Migrant Health Services, Inc., a clinic system servicing most of Minnesota. MHSI had a mobile unit that serviced the area in which the patient lived. Track II staff called the patient back and gave him information about the mobile unit, along with MHSI's 1-800 number. Additionally, Track II staff called the patient's Texas clinic to request copies of the medical records.

Several weeks later, Track II staff called the patient again to check in and be sure he was receiving services. He had been visiting a local clinic and was very pleased with the care he had received. Track II staff contacted that clinic and sent them health and medication summaries for the patient.

In August, Track II staff called the patient to check in again and find out about his plans to return to Texas. He will be returning in September 2001; Track II staff has contacted the Minnesota clinic to request copies of the patient's records for the summer; these will be sent to the Texas clinic where the patient is seen in the winter.



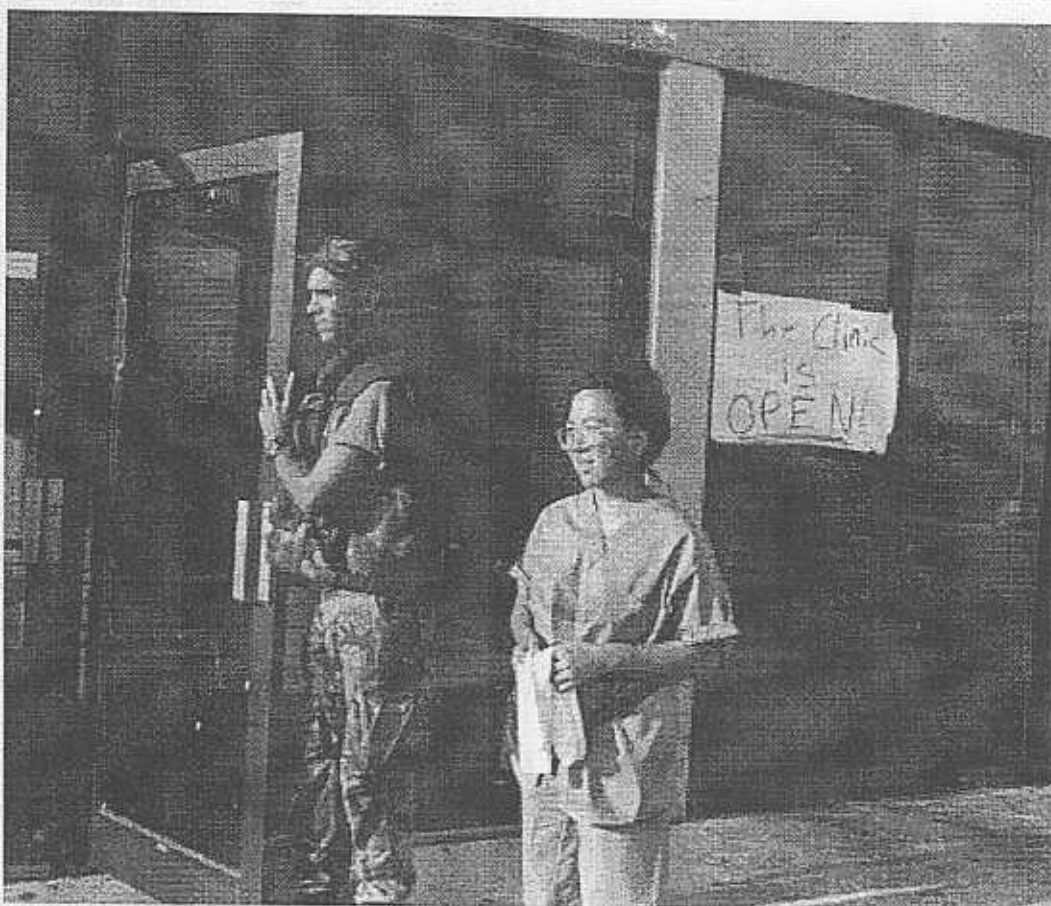


## Conclusión

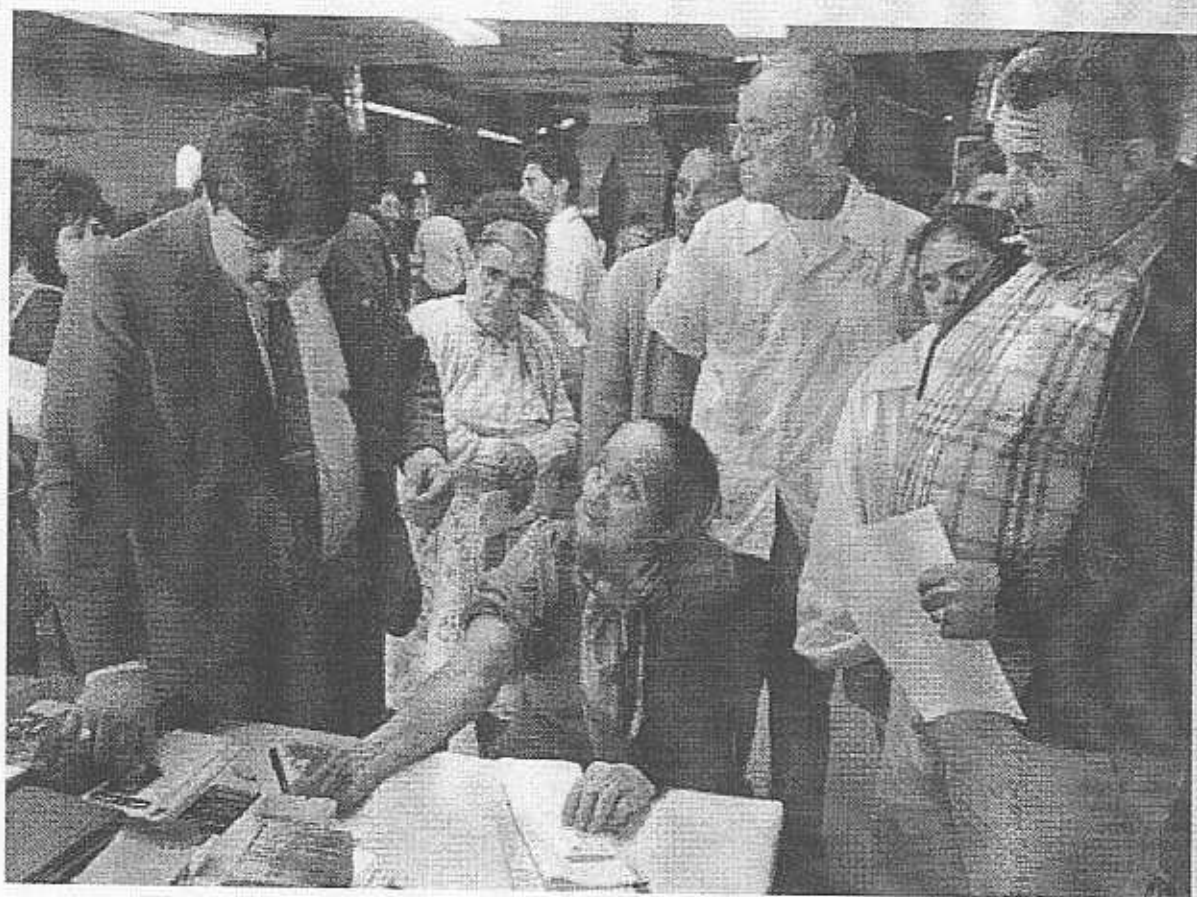
Las historias de éxito tales como las que se presentan en esta monografía indican que el manejo de la diabetes es posible a pesar de los desafíos adicionales que enfrentan los campesinos que emigran. MCN se esfuerza por responder a las necesidades de sus miembros proporcionando herramientas clínicas que mejoran la capacidad de los clínicos de cuidar a los pacientes diabéticos. Por medio de asociaciones con agencias federales, estatales, y no gubernamentales, MCN se ha propuesto continuar tratando el impacto de esta enfermedad crónica entre campesinos migratorios.

Para obtener mayor información sobre las colaboraciones para las disparidades en la salud (Health Disparities Collaboratives) póngase en contacto con Jennie McLaurin, MD en [jmclaurin@migrantclinician.org](mailto:jmclaurin@migrantclinician.org).

Para obtener mayor información sobre los programas de la diabetes de MCN póngase en contacto con Carmel Drewes en [carmel@migrantclinician.org](mailto:carmel@migrantclinician.org) o al 512-327-2017.



## Conclusion



Success stories such as those presented in this monograph indicate that management of diabetes is possible despite the additional challenges that migrant farmworkers face. MCN strives to respond to the needs of its membership by providing clinical tools that enhance clinicians' ability to care for diabetic patients. Through partnerships with federal, state, and non-governmental agencies, MCN intends to continue to address the impact of this chronic disease among migrant farmworkers.

For more information on the Health Disparities Collaboratives contact Jennie McLaurin, MD at [jmclaurin@migrantclinician.org](mailto:jmclaurin@migrantclinician.org).

For more information on MCN's Diabetes Programs contact Carmel Drewes at [carmel@migrantclinician.org](mailto:carmel@migrantclinician.org) or 512-327-2017.



Migrant Clinicians Network  
P.O. Box 164285  
Austin, TX 78716

512-327-2017  
512-327-0719 (Fax)

[mcn@migrantclinician.org](mailto:mcn@migrantclinician.org)  
[www.migrantclinician.org](http://www.migrantclinician.org)



©Migrant Clinicians Network, Inc.