

Abordaje integral de **personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

Redes

Dirección de
Promoción de la Salud y
Control de Enfermedades
No Transmisibles



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Módulo
***Abordaje integral de personas con enfermedades
crónicas no transmisibles - modelo MAPEC***

Autoridades

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas
Sanitarios

Dr. Jaime Lazovski

Secretario de Salud comunitaria

Dr. Daniel Gollan

Subsecretaria de Prevención
y Control de Riesgos

Dr. Marina Kosacoff

Subsecretario de Medicina Comunitaria,
Maternidad e Infancia

Dr. Nicolás Kreplak

Dirección de Promoción de la Salud
y Control de Enfermedades
No Transmisibles

Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación General
del Programa Redes

Dr. Gabriel González

El presente módulo fue desarrollado por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Programa Redes, del Ministerio de Salud de la Nación. Constituye una adaptación del curso Manejo de Enfermedades Crónicas basados en evidencia de la escuela CARMEN, de la Organización Panamericana de la Salud y cuenta con la supervisión de este organismo.

Autores

Módulo 1: Dra. Alejandra Alcuaz

Módulo 2: Dr. Gastón Perman

Módulo 3: Dr. Federico Branz,
Lic. Paula Dabbah, Dra. Nancy Villar

Módulo 4: Dr. Gastón Perman

Módulo 5: Dra. Alejandra Alcuaz

Módulo 6: Lic. María Elisa Padrones,
Lic. María Emilia Barrionuevo

Módulo 7: Lic. Luciana Zarza, Lic. M. Silvina Sosa

Coordinación técnica

Dr. Gabriel González

Coordinación operativa

Dra. Cintia L'Hopital

Lic. María Silvina Sosa

Aportes

Lic. Horacio Cavallero, Lic. Julieta Citale,
Dra. Romina Gaglio, Dra. Analía Gil,
Lic. Milena Korin, Lic. M. Luisa Morales,
Lic. Luciana Pozo, Lic. Cristina Ratto,
Lic. Gisela Soler y Lic. Clara Szpindel.

Revisión final

Dr. Alberto Barceló, Asesor Regional
de Enfermedades No Transmisibles OPS
Dr. Sebastián Laspiur

Responsable editorial

Dr. Gabriel González

Coordinación editorial

Lic. Laura Castiñeira

Lic. Carolina Gorlero

Lic. Marcela Juez

Coordinación pedagógica y didáctica

Lic. Laura Castiñeira, Lic. Ariadna Pou

Diseño gráfico

DG. María Laura Carnelli,
Área de Comunicación, Programa Redes

Prólogo

Los estilos de vida desarrollados en las últimas décadas han ocasionado cambios notables tanto a nivel demográfico como epidemiológico. En este último aspecto, las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles, tales como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y las lesiones, representan en la actualidad la mayor carga de enfermedad en nuestro país y en el mundo.

Sabemos que un alto porcentaje de estas enfermedades pueden prevenirse con la promoción de hábitos de vida más saludables, lo cual permite orientar esfuerzos y recursos disponibles. Sin embargo, históricamente, en nuestro país el sector salud se desarrolló y se enfocó en dar respuesta a los procesos agudos y a los cuidados materno-infantiles.

En este contexto, se pone en evidencia la necesidad de reorientar el modelo de atención, a uno que fomente la proactividad del equipo de salud para conseguir el logro de una atención integrada e integral de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. De este modo, se aspira a que en los servicios de salud, además de garantizar una buena calidad de atención, se facilite el seguimiento longitudinal, se favorezca la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y se promueva la adherencia al tratamiento.

El Ministerio de Salud de la Nación, en el ejercicio de su rol rector del sistema de salud, lleva adelante acciones tendientes a promover la salud, garantizar la accesibilidad a los servicios de salud y mejorar la calidad de los procesos de atención de las personas. La construcción de un modelo sanitario integrado y la consolidación de las redes provinciales de servicios públicos basadas en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud son ejemplos de estas acciones.

El Ministerio de Salud de la Nación presenta este manual con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Para esto, se ofrecen herramientas que permiten pensar y efectuar una reorganización de los servicios de salud en pos de incrementar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Asimismo, se hace hincapié en la importancia de fomentar el trabajo en equipos de salud interdisciplinarios, que garanticen la continuidad en los cuidados y promuevan la participación de las personas con ECNT y de su entorno. Este modo de abordaje integral e integrado deviene en mejoras en los resultados en salud.

A través del Programa Redes consideramos que para mejorar la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, es fundamental fortalecer ciertas capacidades de los trabajadores integrantes de los equipos en la tarea de conducción y reorganización de los servicios de salud incorporando cambios en el modelo de atención que impactan sustancialmente en la mejora de las condiciones de vida de las personas.



Dr. Juan Luis Manzur
Ministro de Salud de la Nación

Índice general

Unidad temática 1

EL MODELO DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS - MAPEC

1.	Objetivos	9
2.	Introducción	9
2.1	La importancia de la implementación de este modelo	9
3.	Desarmando el modelo	11
3.1	Organización de la atención a la salud	11
3.2	Sistema de provisión de los servicios	12
3.3	Sistemas de información clínica	12
3.4	Apoyo a la toma de decisiones	13
3.5	Apoyo al automanejo	13
3.6	Recursos comunitarios	14
	Ejercicios	15

Unidad temática 2

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

1.	Objetivos	19
2.	El sistema de atención de salud	19
2.1	Liderazgo	20
2.2	Entorno político	20
2.3	Mejora de la calidad	21
3.	Redes Integradas de Servicios de Salud	24
3.1	Atributos de las RISS	26
	Ejercicios	31

Unidad temática 3

REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.	Objetivos	37
2.	Antecedentes breves de los sistemas de atención de salud	37
3.	Modelo de atención hegemónico: el síndrome del radar (Dra. Joanne Eppin-Jordan)	37
4.	Las personas con enfermedades crónicas y sus familias	38
4.1	Vivir con una enfermedad crónica es como pilotear un avión pequeño	40
5.	Debilidades frecuentes de los servicios de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas	40
5.1	Fragmentación del sistema	40
5.2	Ausencia de historia clínica ambulatoria para adultos	40
5.3	Ausencia de registros de personas nominalizadas	41
5.4	Ausencia de Guías de Práctica Clínica (GPC) de alta calidad de evidencia	41
5.5	Falta de turnos programados	41
5.6	Sistemas de pago	41

5.7	Falta de citación activa de los personas que no concurren	41
5.8	Perfiles profesionales determinados	41
5.9	Sistemas de referencia y contrarreferencia	42
6.	Requisitos y necesidades mínimas de un sistema de atención de personas con enfermedades crónicas	42
6.1	Equipamiento mínimo	43
6.2	Determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios	43
6.3	Nominalización de la población	43
6.4	Sistema de registro	43
6.5	Gestión de turnos	43
6.6	Coordinación entre los diferentes niveles de atención	43
6.7	Provisión continua de medicamentos	44
6.8	Trabajo en equipo	46
6.9	Planificar las visitas con el equipo de salud	47
7.	Aspectos relevantes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas	48
7.1	Atención centrada en la persona	48
7.2	Mejorar la adherencia	48
7.3	Tecnología de la información y la comunicación	49
7.4	Coordinadores de atención	49
	Ejercicios	52

Unidad temática 4

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

1.	Objetivos	59
2.	Introducción	59
3.	Indicadores en salud	67
3.1	Clasificación de los indicadores	69
3.2	Cómo construir indicadores	72
	Ejercicios	74

Unidad temática 5

APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

1.	Objetivos	79
2.	Introducción	79
3.	Variabilidad de la práctica y calidad de atención	79
4.	¿Qué es una GPC?	81
5.	GPC versus otras herramientas para la toma de decisiones	82
6.	Calidad de una GPC: el instrumento AGREE	84
7.	Implementación de la GPC	85
8.	Apoyo a la toma de decisiones en la atención de personas con enfermedades crónicas	85
	Anexo: Evaluación crítica de Guías de práctica clínica: el instrumento AGREE	88
	Ejercicios	90

Unidad temática 6**APOYO AL AUTOMANEJO**

1.	Objetivos	95
2.	Introducción	95
3.	Adherencia al tratamiento	95
	3.1 Adherencia <i>versus</i> cumplimiento	95
4.	Automanejo	96
	4.1 Apoyo al automanejo	97
	4.2 Diferencias entre la educación tradicional y la educación para el automanejo	98
	4.3 Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)	100
	4.3.1 ¿Cómo ponerlos en práctica?	100
	4.3.1.1 Descripción de las 5 "A"	101
	4.3.1.2 La entrevista motivacional	102
5.	Rol de las instituciones de salud	104
	5.1 Algunas acciones para planificar un dispositivo para el automanejo	104
	Ejercicios	106

Unidad temática 7**RECURSOS COMUNITARIOS**

1.	Objetivos	111
2.	Principales modelos de atención de personas con enfermedades crónicas	111
	2.1 Perfil de la atención innovadora para las condiciones crónicas (AICC)	113
3.	Definición de comunidad	114
4.	El rol de la comunidad en el abordaje de las enfermedades crónicas	114
5.	Acciones posibles	115
	5.1 ¿Cómo se puede ampliar el círculo de apoyo social?	116
6.	Experiencias comunitarias	120
7.	¿A quiénes puede apoyar la comunidad?	122
8.	¿Cómo puede apoyar la comunidad a las personas con enfermedades crónicas?	123
9.	Participación, coordinación, integración	124
10.	Acciones del Ministerio de Salud de la Nación para promover la participación de la comunidad en la promoción de la salud	125
	10.1 Recomendaciones	125
	Ejercicios	127

Bibliografía

Unidad temática 1

**El modelo de atención de personas
con enfermedades crónicas - MAPEC**

1

Unidad temática 1

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas - MAPEC

Dra. Alejandra Alcuaz

1. Objetivos	9
2. Introducción	9
2.1 La importancia de la implementación de este modelo	9
3. Desarmando el modelo	11
3.1 Organización de la atención a la salud	11
3.2 Sistema de provisión de los servicios	12
3.3 Sistemas de información clínica	12
3.4 Apoyo a la toma de decisiones	13
3.5 Apoyo al automanejo	13
3.6 Recursos comunitarios	14
Ejercicios	15

1 Objetivos

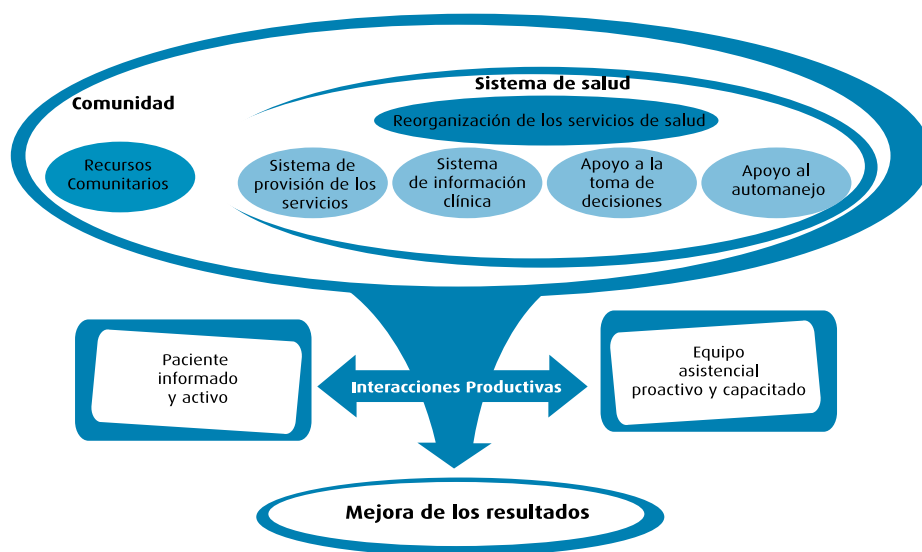
- Identificar los componentes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC).
- Conocer la importancia de la implementación de este modelo para el logro de mejores resultados en la atención de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

2 Introducción

En el recorrido de esta unidad temática se presenta el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) y la estrategia nacional que se impulsa desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles en conjunto con el Programa Redes.

A continuación, se encuentra un breve resumen de los componentes del modelo que, a su vez, sirve de anticipación de lo que se desarrolla en cada una de las unidades temáticas en las que se tratará cada componente en profundidad.

Gráfico 1: Rediseño del gráfico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, (2012)



2.1 La importancia de la implementación de este modelo

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.

Estas enfermedades no transmisibles (ECNT) explican más del 60% de las muertes y se espera que para el 2020 la cifra ascienda al 75%. El incremento es mayor en países en desarrollo y provocan un aumento progresivo en el gasto sanitario. Cifras de nuestro país aportadas por un estudio de carga de enfermedad conducido por el programa Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2008, indican que las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables del 39 % de los años potenciales de vida perdidos (APVP).*

Años potenciales de vida perdidos (APVP): medida derivada de los datos de mortalidad, que proporciona una estimación de los años perdidos por muerte prematura basado en una esperanza de vida predeterminada. Las defunciones en edades más tempranas tienen una mayor repercusión sobre esta medida porque se pierden más años de vida potenciales. Fuente: Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 23 No. 4, diciembre 2002.



Entre las causas que explican esta transición se encuentran la mayor expectativa de vida y el incremento de varios factores de riesgo para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la obesidad. Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado nuestra forma de trabajar, recrearnos y movilizarnos, generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar enfermedades crónicas.

Datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2009, revelan un incremento del sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes y el colesterol elevado. Al mismo tiempo muestran una disminución del consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo ajeno. La siguiente tabla muestra un resumen de sus resultados comparados con la ENFR de 2005.

Tabla 1: Resumen de los resultados comparados de las ENFR 2005 y 2009

INDICADORES	2005	2009
Actividad física baja	46,2%	54,9%
Consumo de tabaco 18 a 64 años	33,4%	30,1%
Exposición al humo de tabaco ajeno	52,0%	40,4%
Alimentación (% que come diariamente verduras)	40,0%	37,6%
Siempre utiliza sal	23,1%	25,3%
Sobrepeso (IMC >25 y <30)	34,4%	35,4%
Obesidad (IMC ≥30)	14,6%	18%
Presión arterial elevada	34,5%	34,8%
Colesterol elevado (entre los que se midieron)	27,9%	29,1%
Diabetes	8,4%	9,6%

El sistema de salud no ha acompañado en la misma medida estos cambios epidemiológicos. Se orienta principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil. Para la atención de problemas agudos, el sistema responde en forma reactiva a la demanda: cuando una persona consulta, el sistema brinda una respuesta relativamente aceptable, lo capta e interviene, y una vez resuelto el problema, el paciente queda nuevamente fuera del sistema hasta un nuevo episodio agudo.

Importante

La atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento.

Tabla 2: Diferencias entre los principales aspectos de los módulos de atención: agudos y crónicos

Características	Modelo de atención de procesos AGUDOS	Modelo de atención de procesos CRÓNICOS
Enfoque	Centrado en la enfermedad	Centrado en la persona
Atención	A demanda	Programada y planificada
Equipo de Salud	Reactivo	Proactivo
Paciente	Pasivo	Activo, informado e involucrado

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, descrito por Eduard Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, propone un abordaje integral e integrado.

Dicho modelo consta de seis componentes:

- Organización de la atención a la salud
- Sistema de provisión de los servicios
- Sistema de información clínica
- Apoyo a la toma de decisiones
- Apoyo al automanejo
- Recursos comunitarios

Su implementación permite generar interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este modo de abordaje integral e integrado deviene en mejoras en los resultados en salud.

3 Desarmando el modelo

3.1 Organización de la atención a la salud

Se estima que la mitad de las personas con problemas crónicos reciben una atención poco adecuada. Esto determina la necesidad de reorientar los servicios de salud para la atención de estas condiciones crónicas.

La organización de la atención a la salud es el primero y más amplio componente del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas y abarca tres aspectos clave:

- Entorno de **políticas** que priorice el tema, asigne recursos, diseñe una estrategia que reduzca la fragmentación del sistema, mejore la accesibilidad y la equidad, e integre las acciones de los distintos efectores y programas. Por eso, es muy importante que los equipos de salud, identifiquen las normativas vigentes (leyes, decretos, ordenanzas) y los programas nacionales, provinciales y/o municipales relacionados con las diferentes enfermedades crónicas, que se implementan en su jurisdicción, y pueden facilitar la atención de este grupo de enfermedades.
- **Liderazgo** en todos los niveles de la organización con referentes que promuevan una atención segura y de alta calidad.
- **Implementación** de un modelo de mejora de la calidad de atención que permita desarrollar, probar y poner en práctica cambios en la forma en que se hacen las cosas, evaluar el grado de mejora y replanificar.

Para pensar

El desarrollo de una red integrada de servicios de salud es una estrategia efectiva para implementar el MAPEC, ya que apunta a mejorar no sólo aspectos puramente clínicos sino que trabaja en distintos ejes que comprenden el modelo asistencial, la gobernanza y estrategia, la organización y gestión, y la asignación de recursos e incentivos.



3.2 Sistema de provisión de los servicios

Los servicios de salud orientados al tratamiento de enfermedades agudas, entorpecen las interacciones productivas entre el equipo de salud y las personas. Dichas interacciones deberían promoverse en el abordaje de problemas crónicos.

Un sistema de salud orientado a la atención de personas con enfermedades crónicas, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en prácticas medidas preventivas, y fomentar la educación para el auto-manejo.

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere un abordaje biopsicosocial que haga foco en la adherencia, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona. Para esto, es necesario contar con un equipo interdisciplinario con funciones y tareas claramente definidas para cada uno de sus miembros.

Es necesario contar además con: un sistema de registro (historia clínica), una oferta de turnos programados que facilite el seguimiento del problema, un programa de educación para el automanejo y la disponibilidad de medicamentos esenciales.

Las visitas periódicas pueden combinarse con consultas grupales o interacciones que utilicen como apoyo las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como el envío de mensajes de texto o de correos electrónicos.

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas prevé también contar con la estructura para realizar gestión de caso de las situaciones más complejas o complicaciones de la enfermedad, que requieran cuidados más intensivos por parte del equipo de salud.

3.3 Sistemas de información clínica

El sistema de información clínica es uno de los pilares de este modelo. Su función es organizar los datos clínicos de las personas y de la población de referencia para proveer atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de grupos con necesidades especiales, y la coordinación de la atención clínica integral. Se espera que el sistema pueda también generar recordatorios oportunos para las personas y los profesionales, facilitando la aplicación de recomendaciones basadas en evidencia, contenidas en las guías de práctica clínica.

La información oportuna acerca de los pacientes individuales y las poblaciones de personas con ECNT es una característica importante de los programas eficaces.

Los sistemas de información clínica deben contener los datos y presentar información demográfica de la persona, historial de consultas, medicamentos, intervenciones pendientes, resultados de laboratorio y otras medidas. Los informes pueden centrarse en los proveedores, los pacientes o los resultados clínicos. Los sistemas de registro deben facilitar recordatorios de las distintas intervenciones que las personas necesitan recibir. Estos sistemas pueden ir desde ficheros cronológicos o planillas de monitoreo adjuntas a la historia clínica que indiquen qué personas deben volver a la consulta, hasta historias clínicas electrónicas que generen recordatorios a los profesionales o e-mails para las personas sobre intervenciones que necesitan recibir.

Los servicios que brindan cuidados crónicos necesitan disponer de sistemas de información integrados, que vinculen a todos los miembros de la red; que incluyan información de la planificación y de los procesos para la evaluación y monitoreo, así como de herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas, que permitan agregar datos para orientar la mejora continua de la calidad de atención.

Importante

La atención y relación de las personas con ECNT con los miembros del equipo de salud es mejor y más coordinada cuando ambos se encuentran informados y se comprometen con el plan de cuidados.

3.4 Apoyo a la toma de decisiones

Para el MAPEC, la mejora de los resultados en salud es el resultado de interacciones productivas entre equipos de salud preparados y personas informadas, involucradas y activas.

La implementación de guías de práctica clínica ofrece a los equipos de salud y a las personas con ECNT recomendaciones basadas en evidencia que le permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

Cuando el equipo está preparado ofrece una mejor calidad de atención. Cuando una persona con una enfermedad crónica no transmisible sabe a qué atenerse en relación con el tratamiento, se sentirá más involucrada con su automanejo y estará más capacitada para tomar decisiones.

El equipo de salud debe promover la participación de las personas con enfermedades crónicas en su tratamiento, brindando información y explicando las recomendaciones basadas en evidencia para el control de su enfermedad.

No es suficiente publicar una guía de práctica clínica. Es preciso lograr que sus recomendaciones se apliquen de forma sistemática. Para ello, es necesario desarrollar una estrategia de implementación que incluya la capacitación de los equipos de atención en la aplicación de las guías de práctica clínica, y el acceso apropiado y permanente de las personas con enfermedades crónicas a la medicación, a los servicios y a las intervenciones recomendadas en las guías.

3.5 Apoyo al automanejo

Para que este componente sea eficaz es necesario darle a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles las herramientas necesarias que le permitan tomar las mejores decisiones para controlar su enfermedad y preservar su calidad de vida.

Los programas de apoyo al automanejo se focalizan en las personas y sus familias, de modo tal que el entorno cercano pueda hacer frente a posibles situaciones que genera convivir con personas que sufren afecciones crónicas.

Las personas que padecen ECNT pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud por lo que, ellos y sus familias son los principales proveedores de cuidados. La educación sistemática y el empoderamiento permiten a las personas que padecen alguna enfermedad crónica, adquirir la capacidad para manejar por sí mismos su condición y prevenir complicaciones en la medida de lo posible.

El apoyo para el automanejo brinda a la persona un rol fundamental en el manejo de su salud: deben reconocer su enfermedad y los signos de alarma de posibles complicaciones y saber cómo responder a ellas.

A diferencia de las patologías agudas, en las que la persona se entrega a las decisiones del equipo de salud, en el tratamiento de las enfermedades crónicas, es fundamental la toma de decisiones adecuadas del propio paciente, y para que esto suceda debe tener herramientas, conocimiento, educación sobre su propio cuidado.

El equipo de salud debe orientar a quien padece una enfermedad crónica, ayudarlo en la fijación de metas, en la planificación de acciones y en la resolución de problemas. El apoyo al automanejo puede brindarse de manera individual en cada consulta, en sesiones grupales e incluso a distancia, valiéndose de las viejas y nuevas tecnologías de la comunicación y la información (teléfono, correo electrónico, cursos virtuales, redes sociales, entre otras).

La intervención breve o intervención de las 5 "A" (averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle) que ha mostrado ser efectiva para el abandono del tabaco, puede ser útil para establecer acuerdos y fijar metas, y así mejorar la adherencia a las diferentes pautas del tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

3.6 Recursos comunitarios

Las comunidades pueden prestar servicios que complementen y apoyen la atención prestada en las organizaciones de atención de salud. Pueden establecer un nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias.

Los recursos de la comunidad que apoyan la atención de las personas con ECNT son necesarios para aumentar el alcance de los servicios de atención de salud y el acceso a ellos, pero muchas veces las organizaciones de atención de salud carecen de la preparación necesaria para usar los programas comunitarios existentes o estimular su desarrollo.

Es importante que los sistemas y organizaciones de atención de salud aúnen esfuerzos con las organizaciones comunitarias para brindar apoyo y desarrollar intervenciones que llenen el vacío que pueda existir en servicios necesarios. Por lo tanto, es importante que los equipos de salud identifiquen recursos con los que cuentan en su comunidad que puedan dar apoyo a la atención de personas con enfermedades crónicas.

Las organizaciones comunitarias y las ONG, entre ellas, las asociaciones de pacientes, desempeñan un papel fundamental al abogar en favor de políticas de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y mejoramiento de la asistencia de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Ejercicios

1. Marque los componentes que forman parte del MAPEC:

- ☐ a) Organización de la atención a la salud
- ☐ b) Disponibilidad de medicamentos esenciales
- ☐ c) Sistema de provisión de los servicios
- ☐ d) Sistema de información clínica
- ☐ e) Servicios a la comunidad
- ☐ f) Apoyo a la toma de decisiones
- ☐ g) Apoyo al automanejo
- ☐ h) Sistemas de referencia y contrarreferencia
- ☐ i) Recursos comunitarios

2. Indique los elementos que componen la organización de la atención a la salud

- ☐ a) Entorno de políticas
- ☐ b) Turnos programados
- ☐ c) Liderazgo
- ☐ d) Empadronamiento de personas con ECNT
- ☐ e) Implementación de un modelo de mejora de la calidad de atención

3. Indique si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas

- ☐ a) Cada componente del MAPEC puede mejorarse de forma aislada ya que no requiere de la articulación con el resto.
- ☐ b) Un sistema de salud orientado a la atención de personas con enfermedades crónicas, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en prácticas medidas preventivas, y fomentar la educación para el automanejo.
- ☐ c) La implementación de un modelo de atención a personas con ECNT va en detrimento del modelo de atención de procesos agudos y es muy costoso para el Estado Nacional.
- ☐ d) Para la implementación del MAPEC un requisito indispensable es la informatización de los centros de salud para la elaboración de historias clínicas.

1

Respuestas

1. a) () b) () c) () d) () e) () f) () g) () h) () i) ()

Unidad temática 2
Organización de la atención a la salud

2

Unidad temática 2

Organización de la atención a la salud

Dr. Gastón Perman

1.	Objetivos	19
2.	El sistema de atención de salud	19
	2.1 Liderazgo	20
	2.2 Entorno político	20
	2.3 Mejora de la calidad	21
3.	Redes Integradas de Servicios de Salud	24
	3.1 Atributos de las RISS	26
	Ejercicios	31

1 Objetivos

- Comprender la importancia del liderazgo, del entorno político y del enfoque basado en la calidad como componentes para el rediseño efectivo del sistema de salud.
- Conocer las características clave de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

2 El sistema de atención de salud

El Informe Mundial de la Salud del año 2000 define el sistema de atención de salud como “aquel sistema que abarca todas las actividades cuyo principal propósito es promover, restaurar o mantener la salud.”¹ Incluye a las personas y a sus familias, a los trabajadores de salud y a los cuidadores en las organizaciones y en la comunidad.

Para lograr una mejor atención de personas con condiciones crónicas, el sistema de salud debería reorganizarse, dejar de centrarse exclusivamente en las patologías agudas y evitar la fragmentación de los procesos de atención.

Altos niveles de fragmentación* determinan entonces dificultades en el acceso a los servicios, baja calidad de atención, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incremento innecesario de los costos y baja satisfacción de la población con los servicios recibidos.

La fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa, y prestación de servicios en lugares poco apropiados, sólo por mencionar algunas.

Las causas principales de la fragmentación de la atención son:

- segmentación institucional y descentralización (no planificada) de los servicios de salud;
- predominio de programas focalizados en enfermedades (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud;
- debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos;
- prácticas de financiamiento que promueven los programas verticales.

La OPS define “Fragmentación de los Sistemas de Salud como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. La existencia de múltiples agentes operando sin integración no permite la adecuada estandarización de los contenidos, la calidad, el costo y la provisión de las prestaciones de salud y conduce a la existencia de redes de provisión de servicios que no trabajan coordinadamente, coherentemente o de manera sinérgica, sino que tienden a ignorar a los otros o a competir con los otros prestadores, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo”¹.



Se necesitan, entonces, respuestas más integrales de los sistemas de salud que permitan la articulación entre efectores y entre programas, con refuerzo en la cobertura y la accesibilidad, mejorando la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención.

El diseño o el rediseño de un sistema de salud es altamente complejo dada la multiplicidad de variables en juego. Sin embargo, hay tres aspectos que no deben dejar de considerarse para incrementar las posibilidades de alcanzar un rediseño del sistema de salud efectivo que mejore el cuidado de las personas con ECNT:

1. Liderazgo
2. Entorno político
3. Enfoque basado en la calidad

Si se desea incrementar las posibilidades de alcanzar con éxito el rediseño del sistema de salud (ya sea a nivel macro -Nación-, meso -institución- o micro -por ejemplo, un centro de atención primaria), el liderazgo ayudará a motorizar el cambio, tanto en su inicio para impulsarlo como para sostenerlo en el tiempo. El entorno político (y sociocultural) será el que condicione los cambios propuestos, pero también el que le de apoyo y legitimidad. No tenerlo en cuenta o hacerlo en forma incorrecta puede significar un fracaso rotundo del intento de rediseño. Por último, el enfoque basado en la calidad ofrece una herramienta simple y poderosa para instrumentar el proceso de cambio.

2.1 Liderazgo

Por liderazgo se entiende la influencia que una persona u organización ejercen sobre el comportamiento y las acciones de otras. Está vinculado con otorgarle sentido y dirección a dichas acciones y con generar una integración de los objetivos del individuo y del grupo.²

En Salud, y en el abordaje de personas con ECNT, es fundamental la presencia de un líder o un conjunto de líderes que ayuden a modificar un sistema de salud que tradicionalmente se ocupó de las patologías agudas. Un ejemplo de liderazgo es el que ejerce la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a nivel global y regional, y el Ministerio de Salud de la Nación a nivel nacional. Gracias a la iniciativa del Ministerio de Salud y del apoyo de la OMS y de la OPS se ha creado una Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. A su vez, las provincias están generando dentro de sus estructuras áreas equivalentes, que son fundamentales para mejorar la prevención y control de las enfermedades no transmisibles a nivel federal.

Es fundamental reconocer que liderazgo no es sinónimo de autoridad, ni de autoritarismo. Una persona con autoridad formal puede carecer de liderazgo. Y una persona sin poder formal puede tener una enorme influencia sobre otros. Por lo tanto, no sólo son importantes los líderes formales, es decir instituciones o personas con cargos directivos. También hay líderes de opinión (a veces denominados “campeones clínicos” o profesionales de la salud reconocidos y valorados por sus pares) que influyen positivamente sobre los comportamientos de otros miembros del equipo de salud; y líderes informales que con su esfuerzo y entrega inspiran a otros, como muchos agentes de salud o integrantes de la comunidad que participan de organizaciones barriales, por mencionar algunos ejemplos.

2.2 Entorno político

Este término se refiere a las políticas de salud, al marco legislativo y jurídico, a los instrumentos y recursos legales con los que se cuenta, al alcance (nacional, provincial, etc.) y a la capacidad de gobierno del sistema, entre otros. Este marco es mucho más amplio de aquel que habitualmente la gente interpreta como “clima” político, en referencia al grado de acuerdo o no, colaboración u obstrucción, entre distintos actores políticos (ya sean individuos, partidos o instituciones).

En este sentido, sería deseable que nuestro análisis también incluya otros aspectos del contexto o entorno. Entre los más importantes figuran el económico, el social, el tecnológico y el ecológico que se suman a los ya mencionados.

Muchas veces se soslaya este contexto en el análisis de un sistema. Se da por sentado. Existe, es así, y se cree inmodificable. Pero si no se tienen en cuenta las características del entorno

donde se quiere generar un cambio (aún cuando no se desee modificar dicho entorno en gran medida) se tendrán menos posibilidades de conseguir algo.

Los problemas a nivel de las políticas pueden ser diversos, desde la falta de un marco legislativo, el desarrollo de leyes basadas en conceptos desactualizados o no fundados en la evidencia, o la utilización de un modelo médico-hegemónico³, hasta la fragmentación en los sistemas de financiación y la falta de un trabajo intersectorial para la mejora de la salud de la población.

A nivel político (en el sentido amplio de las políticas) es donde los valores generales, los principios y las estrategias para la atención de la salud se desarrollan y donde se toman las decisiones sobre asignación de recursos. Sin la coordinación general en este nivel, es probable que los servicios de salud se desperdicien y fragmenten.

Sin embargo, también mediante un fuerte compromiso político es posible tomar acciones concretas para mejorar el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y promover la salud. En este sentido, se puede mencionar la Reunión de Alto Nivel de la Organización de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2011. Ese fue un apoyo muy importante para la lucha contra las ECNT a nivel supranacional. La Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y, dentro de ésta, el modelo de atención a personas con enfermedades crónicas adoptados por la OPS y la República Argentina se basan en intervenciones de probada eficacia y eficiencia. En los últimos años, se han aprobado leyes, normativas, y se han logrado acuerdos intersectoriales que (junto con acciones de fiscalización y control, entre otras) protegen la salud de toda la población en forma equitativa y costo-efectiva. Un ejemplo es la eliminación de las grasas trans en la comida procesada para el año 2014, que cuenta con el apoyo de distintos sectores del Estado y de líderes de la industria alimenticia.

Dentro de este entorno político favorable para el rediseño del sistema de salud, se busca alinear incentivos que favorezcan el desarrollo de una estructura y de procesos de atención que mejoren el cuidado de patologías crónicas. “Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar y dar satisfacción a su personal y mejorar los resultados de éste”⁴. Según la OMS, los incentivos son “toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los dispensadores en relación con las organizaciones en que trabajan, las instituciones en que operan y las intervenciones concretas que dispensan”⁵.

Un ejemplo es el que ofrece el Programa Funciones Esenciales en Salud Pública 2 (FESP 2) que, a través de las Acciones en Salud Pública (ASP), brinda incentivos a las provincias para mejorar la infraestructura y los procesos de cuidado en patologías o problemas de alta relevancia para nuestro país.

Es muy recomendable que se conozcan qué leyes, normativas o resoluciones existen a nivel nacional y provincial en torno a la salud y los aspectos relacionados con su protección y promoción. Para esto, pueden ser de utilidad los sitios web Infoleg y Legisalud.

2.3 Mejora de la calidad

Según Abedis Donabedian, uno de los padres de la calidad en salud, “la calidad de la asistencia sanitaria se puede definir como el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”⁶.

Dado que las ECNT tienen un curso crónico y que el proceso de atención es complejo, resulta fundamental enfocarse en mejorar la calidad de dicha atención. Esto permitirá corregir errores y mejorar la efectividad de las intervenciones.

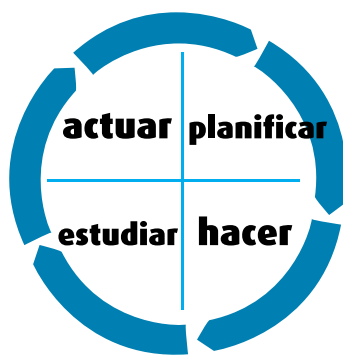
El Modelo de Mejora de Langley⁷ proporciona un marco para desarrollar, probar y poner en práctica cambios a la forma en que se hacen las cosas que conducirán a mejoras.

El Modelo de Mejora tiene dos partes:

- En la primera es necesario responder a tres preguntas fundamentales que son esenciales para orientar la mejora (ver Gráfico 1).
- La segunda parte se compone de ciclos de Planificar-Hacer-Estudiar- Actuar (PDSA en inglés, de Plan-Do-Study-Act) que ayudarán a hacer cambios rápidos.

Gráfico 1: Modelo de mejora de Deming (Modificado por Nola). Adaptado Langley GJ et al The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organisational Performance, 1992.

¿Qué estamos tratando de lograr?
¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?
¿Qué cambios podemos hacer que se traducirán en mejora?



La pregunta inicial de la primera parte es: ¿qué estamos tratando de lograr? Su respuesta será el objetivo. Se debe acordar un objetivo principal que guiará la respuesta de las siguientes preguntas y la planificación posterior. Al principio puede ser algo general pero a medida que se avance con los otros actores involucrados en un consenso, el mismo deberá ser claro, y especificar la población a intervenir, qué se realizará exactamente y en qué periodo de tiempo. Por ejemplo, supongamos que se está trabajando desde el Ministerio de Salud de Jujuy en torno a las personas con diabetes. Entonces, el objetivo principal podría empezar a definirse como “mejorar el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2 en la provincia Jujuy, mediante estrategias de enseñanza y de proactivación, durante 2014”.

La segunda pregunta del modelo es: ¿cómo sabremos que un cambio es una mejora? Al principio se determinará a grandes rasgos qué vamos a medir, dónde y cómo. Nuevamente, luego de alcanzar un consenso, se definirá más en detalle. En general, se responde con medidas o indicadores predeterminados (se tiene que establecer exactamente qué medir antes de hacer la intervención, y no después). En la parte dos (PDSA), serán definidos con precisión en la etapa de planificación (P). Los indicadores deben ser relativamente sencillos y fáciles de obtener, para ver si los cambios están funcionando. En la unidad temática 4 se desarrollará el concepto de indicador, y aquí se menciona brevemente un ejemplo de un indicador de resultado con el que se pueda medir la efectividad de las intervenciones propuestas: “el porcentaje de la población objetivo que tiene su hemoglobina glicosilada en valores menores a 7,5%”.

La tercera pregunta es sobre las ideas: ¿qué cambios podemos hacer que se traducirán en una mejora? Las ideas que se pondrán a prueba para el cambio, provienen de la evidencia aportada por investigaciones anteriores y, además, están integradas en el diseño del modelo de atención a personas con enfermedades crónicas. En la selección de dichas ideas, se considera-

rá si están directamente relacionadas con su objetivo declarado y si son factibles. Por ejemplo, tomando como marco de referencia el MAPEC, en el eje relacionado con la proactivación de la persona, se pueden organizar talleres grupales, con el espíritu y técnicas que se desarrollan en la unidad temática 6, teniendo en cuenta que hay evidencia de efectividad de este tipo de intervenciones para mejorar distintos aspectos clínicos.⁸

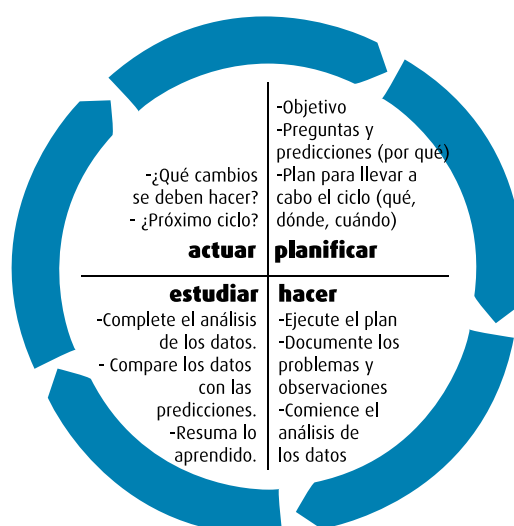
Es importante recalcar que, comúnmente, se necesita un proceso iterativo en el que, luego de definir el objetivo principal en líneas generales, se vayan delineando la/s estrategia/s e indicador/es (generalmente son varios indicadores), adaptándolos e incluso modificando el objetivo principal, hasta que tengan coherencia mutua y todos los actores involucrados coincidan en que es la mejor explicitación de lo que se quiere lograr y cómo.

Los ciclos PDSA

El ciclo PDSA (en español, Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar) es un método para probar rápidamente un cambio al planificar, ejecutar, analizar los resultados y actuar sobre lo aprendido.

El principio clave detrás del ciclo PDSA es probar a pequeña escala y rápidamente. La mejora de calidad tradicional ha estado anclada en una planificación laboriosa que intenta tener en cuenta todas las contingencias en el momento de la aplicación. La filosofía de PDSA es el diseño de una pequeña prueba con un impacto limitado que puede llevarse a cabo con rapidez. Veamos paso por paso (ver el Gráfico 2):

Gráfico 2: El ciclo PDSA



Planificar: en esta fase se definen los objetivos. El equipo hace predicciones sobre lo que sucederá, y por qué. Se planifica qué se hará, cuándo y dónde. En esta etapa se detalla a nivel operativo lo acordado en la primera parte. Siguiendo el ejemplo de la diabetes se describe exactamente lo que se hará (las características del taller, los temas que se desarrollarán y las técnicas que se implementarán; quién lo coordinará, el entrenamiento y la capacitación previa que necesitará/n esa/s persona/s; cómo se reclutarán los destinatarios; etc.) y cómo se medirá, se evaluará y se considerará exitoso.

Hacer: en esta etapa se ejecuta el plan y se recogen los datos. Es importante registrar aquellas situaciones no contempladas previamente pero que modifican o podrían modificar los resultados esperados. En nuestro ejemplo, si el taller lo realizamos en Jujuy (como habíamos definido al principio), sin haber hecho un análisis de contexto y necesidades previas, podríamos encontrar problemas importantes en algunas personas que no tienen al español como lengua nativa. En este subgrupo probablemente no se cumplan los objetivos e indicadores propuestos. En esta etapa se puede comenzar un análisis preliminar de la situación. O recolectar información adicional necesaria para ser evaluada en la siguiente etapa.

Estudiar: en esta fase se analiza el ciclo de prueba y se reflexiona sobre lo aprendido. ¿Cómo ha resultado en la población general? ¿Y en el subgrupo en el que se detectó la barrera lingüística/cultural? Aquí se analizan los indicadores predefinidos en la etapa de planificación y se interpretan los resultados.

Actuar: en esta última etapa se decide si hay mejoras o modificaciones necesarias para el cambio puesto a prueba. Esto puede conducir a ciclos de pruebas adicionales, iniciando el proceso nuevamente con la fase Planificar. Se puede concluir que en la población hispanoparlante la intervención fue efectiva y, entonces, pensar en extenderla a toda la provincia. Pero se debe reformular la intervención para subpoblaciones especiales y repetir el ciclo para evaluar la efectividad con los cambios propuestos.

Importante

En el rediseño del sistema de atención para mejorar el cuidado de las ECNT, dentro de los múltiples factores a tener en cuenta hay tres aspectos clave que no deben ser soslayados: el rol del líder que impulse y sostenga el cambio, un entorno político favorable y facilitador (o no muy adverso), y un enfoque basado en la mejora de la calidad de atención que permita mejoras rápidas y progresivas.

Para lograr respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud es importante disminuir la fragmentación y establecer una buena articulación entre efectores y entre programas, con refuerzo en la cobertura (de servicios de salud en la población objetivo) y la accesibilidad (la posibilidad de esta población de acceder a dichos servicios). También es relevante, mejorar la capacidad resolutoria (resolver la mayor parte de los problemas de salud) en el primer nivel de atención. Un estrategia importante para lograr esto, es desarrollar redes integradas de servicios de salud.

3 Redes Integradas de Servicios de Salud

Un sistema de salud se define como aquel que “engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden los sectores público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión”.⁹

Una red es “una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales”.¹⁰

Las redes de servicios de salud, involucran a la red compuesta por cada uno de los efectores que brinda servicios de salud a lo largo de los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario; por ejemplo, respectivamente: postas sanitarias o centros de atención primaria de la salud, clínicas, centros de alta complejidad).¹¹

Una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) es “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.¹²

El concepto de RISS es superador del de red de servicios de salud, ya que hace hincapié en que funcione integrada e integralmente. Su meta es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud (APS), a la mejora de su accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia, y a dar respuesta a las necesidades de la población.

Importante

Cabe destacar que “integración” se refiere a cómo se relacionan, articulan, interaccionan distintos actores y servicios de salud para conformar un sistema (que estará “integrado” si esa articulación es efectiva). Y por “integral” se hace referencia a un conjunto de servicios de amplio alcance, abarcativos, complementarios y exhaustivos. Por ejemplo, la atención integral de una persona con diabetes incluye tanto la asistencia médica, como la nutricional, la educación, el apoyo psicológico, etc. Para favorecer la efectividad y la calidad del cuidado, es ideal trabajar en forma integrada, donde los distintos profesionales tengan diálogo fluido, donde el médico de atención primaria pueda referir a dicha persona a una consulta con un especialista y el mismo hiciera una devolución (contrarreferencia) clara y oportuna para favorecer la continuidad del cuidado, etc. Por lo tanto, los términos son diferentes, aunque idealmente deberían ir juntos porque se potencian. Es pertinente leerlos juntos o con el espíritu de que uno se debe apoyar en el otro (integral-integrado y viceversa).

Sin embargo, el proceso de construcción de redes -que no es sencillo- exige que las mismas se vayan desarrollando y fortaleciendo mediante niveles crecientes de interacción entre sus componentes.

Para una mejor comprensión y análisis del proceso de construcción de las redes se describen cinco niveles (no confundir con los atributos de una RISS descriptos más adelante) en los que se va logrando una mayor integración. De acuerdo con Mario Rovere,¹³ estos son:

1. Reconocimiento

La posibilidad de interactuar en este nivel implica reconocer la existencia del otro. Por ejemplo, superar la concepción que un médico especialista que trabaja en un centro de mayor complejidad tiene sobre los profesionales del primer nivel de atención que “no saben nada”, para pasar a un reconocimiento y a la aceptación de ellos, además de comprender su visión subjetiva de la realidad. Reconocer, por ejemplo, que el médico generalista trabaja con otra perspectiva, conociendo a la persona con enfermedad crónica a lo largo del tiempo, acompañándola en su salud y en los problemas de salud frecuentes que, generalmente, tienen tiempo para ser abordados. Aún cuando el especialista pueda manejar patologías más raras o complejas, y que su dinámica de trabajo en general requiera resolver problemas puntuales en el tiempo, el reconocer al otro en su realidad y subjetividad es el primer nivel de desarrollo e integración de una red.

2. Conocimiento

En este nivel de construcción de redes, el otro es un par, un interlocutor válido. Surge el interés por saber quién es el otro. En nuestro ejemplo, el especialista sabe que el médico generalista piensa y trabaja de una forma diferente. Pero ahora importa lo que pueda pensar. Lo incluye en su discurso.

3. Colaboración

En la construcción de las redes, comienzan a surgir algunas situaciones de trabajo en conjunto, de colaboración recíproca. Al principio, esto suele ser espontáneo. Pero hay un ida y vuelta. Se espera que la colaboración sea mutua, situación que ayuda a fortalecer y estructurar la relación. Por ejemplo, el médico generalista le solicita al especialista ayuda con determinados pacientes complejos. La experiencia es positiva. Y el médico especialista, que ahora conoce al generalista, sabe cómo piensa y trabaja, comienza a pedirle que sea el médico de cabecera de algunos de sus pacientes cuyas necesidades en salud exceden a lo que el especialista puede dar respuesta.

4. Cooperación

En este nivel el trabajo y las actividades comienzan a ser más sistemáticas y estructuradas. En el ejemplo que se viene planteando, dadas las buenas experiencias previas, los dos profesionales han logrado generar un circuito por el cual, ante personas que cumplan determinados criterios, el generalista consulta al especialista. Y éste último envía sistemáticamente a todas las personas que no tienen un médico de cabecera para que el primero se ocupe de otros aspectos de promoción de la salud y prevención de patologías prevalentes.

5. Asociación

En este último nivel la integración se profundiza. Surge alguna forma de contrato o acuerdo para compartir recursos. La asociación entre los distintos actores se consolida. Por ejemplo, se puede generar una agenda de turnos compartida en la cual el equipo del CAPS puede, directamente, dar un turno con un médico especialista del hospital zonal a aquellas personas que así lo requieran. A su vez, una licenciada en enfermería entrenada en manejo de pie diabético puede ofrecer charlas de capacitación semestrales en los distintos CAPS de la zona para mejorar la accesibilidad geográfica de este tipo de cuidado manteniendo un estándar de calidad.

3.1 Atributos de las RISS

A continuación, se presenta un extracto del documento “Servicios de Salud en Red y fortalecimiento de la APS en la Argentina”¹⁴ del Programa Remediar + Redes, en el cual se desarrollan brevemente los atributos esenciales de una RISS:

“...(la) OPS postula una serie de catorce atributos esenciales que deben cumplir las RISS para su funcionamiento. Los mismos se agrupan según su ámbito de abordaje y se presentan resumidos a continuación:

A) DEL MODELO DE ATENCIÓN

1. Población y territorio definidos y a cargo
2. Red de establecimientos que cubre todos los niveles de atención y que integra los programas focalizados
3. Primer nivel como puerta de entrada, que integra y coordina el seguimiento.
4. Prestaciones especializadas en entornos apropiados
5. Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de atención.
6. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad

Las redes necesitan unidades territoriales de referencia. Debe marcarse una distinción en este sentido entre las RISS y las redes específicas, también llamadas redes temáticas, o de especialidades. Las RISS se sostienen en población nominalizada en el marco de límites geográficos claramente delimitados, ya que es fundamental el conocimiento de la población a cargo, y la realización de tareas activas de captación, promoción de la salud, asignación a los centros de salud del primer nivel de atención, y trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, que son eminentemen-

te cuestiones locales. Las redes de especialidades y de alta complejidad, se enmarcan en grandes extensiones territoriales y se organizan verticalmente, pudiendo confluir quizás en un solo nodo efector para todo el país a medida que avanzan en niveles crecientes de complejidad (piénsese en el Hospital Garrahan para la red pediátrica).

En una red integrada, se espera dar respuesta a las necesidades y demandas a lo largo de un continuo de cuidados. Para ello, promoción, prevención, atención por niveles de complejidad y rehabilitación deben estar integrados en red. La integración y adaptación local de los programas focalizados y verticales es un factor crítico para evitar mayores fragmentaciones en el territorio.

La puerta de entrada a los servicios debe ser el primer nivel de atención, y este no solamente debe funcionar como tal, sino que las personas deben retornar a él para su seguimiento cada vez que hubieran requerido atención o cuidados por parte de otros niveles y servicios. El registro clínico debe ser completo y encontrarse actualizado en el primer nivel. Para ello, es imprescindible contar con información de buena calidad respecto de los acontecimientos que afectan la salud de las personas y son registrados por otros niveles de atención. Entre los mecanismos necesarios, se encuentra la utilización de sistemas de referencia y contrarreferencia que sean consensuados, respetados y vigentes para los actores y equipos de salud de todos los niveles.

Respecto de los mecanismos de coordinación asistencial, resulta muy relevante la adopción de criterios comunes, sostenidos en guías de práctica o protocolos que definan claramente los roles y responsabilidades de cada efector en el marco de las redes. De esta manera se evita duplicar servicios, malgastar recursos, y generar espacios vacíos donde ningún nodo asume determinada tarea. Finalmente, el modelo de atención debe comenzar a centrarse en las personas, dejando de centrarse en enfermedades, o en enfermos. Debe asumirse que existen muchas tareas además de la atención de las demandas de las personas que se perciben enfermas. Para esto, es necesario trasladar al centro de la escena a las personas en estado de aparente salud, y trabajar intersectorialmente con ellas, con sus familias y con la comunidad, para mejorar la calidad de vida y proteger la salud, antes de la enfermedad.

B) SOBRE GOBERNANZA Y ESTRATEGIA

7. Sistema de gobernanza único para la red
8. Participación social amplia
9. Acción intersectorial y abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Las redes necesitan un sistema de gobernanza único. La integración de sus actores y efectores requiere que todos ellos se encuentren en conocimiento de ese sistema, y hayan participado lo más posible en la definición de sus características. Vale aclarar que, cuando se menciona un sistema de gobernanza único, no se está proponiendo abolir los mecanismos participativos para la toma de decisiones, sino al contrario. Se sugiere que la participación sea amplia, y desemboque y fortalezca la definición de un único órgano de gobierno de la red, que deberá velar por el alcance de la Misión, la Visión y los Objetivos Estratégicos de la misma.

La inclusión de otros sectores, y el abordaje con ellos de los determinantes sociales de la salud, es un atributo crítico que se sostiene en la necesidad de avanzar sobre esos determinantes con anterioridad a la aparición de problemas y enfermedades que luego el sector salud debe tratar. Esto se relaciona también con la responsabilidad territorial que las redes revalorizan. En el territorio se encuentran muchos de los determinantes de los problemas que los servicios de salud deben resolver luego a un costo (económico y social) siempre mayor que el de haberlos evitado en sus orígenes.

C) DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo, clínico y administrativo
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
12. Sistema de información integrado que vincule a todos los actores de la red
13. Gestión basada en resultados

Las redes requieren para su funcionamiento sistemas de apoyo eficientes y disponibles para todos sus nodos. Prestar servicios de buena calidad requiere, además de coordinación entre actores de los diferentes niveles de complejidad, que el apoyo brindado desde áreas administrativas, de

transporte, de estudios complementarios, entre otras, se encuentre coordinado y gestionado de manera integrada. La asignación de turnos para consultas programadas, el acceso geográfico a esas consultas y a servicios que requieren logísticas específicas (toma descentralizada de muestras de laboratorio, por ejemplo) debe estar garantizado.

Suele decirse que el sector salud es “mano de obra dependiente”. Realmente son los equipos de salud los artífices de que un sistema basado en redes integradas logre cumplir con su función o no. Para ello, estos recursos humanos deben formarse apropiadamente en función de las necesidades que deberán abordar luego, y además deben ser asignados criteriosamente a los lugares donde resultan más necesarios. Esto se debe complementar con una política de compensaciones (no solo económicas) acorde a la gran responsabilidad que implica el velar comprometidamente por el estado de salud de la población asignada.

Los sistemas de información, con mayor o menor grado de informatización, representan un aspecto crítico en la gestión de las redes. Ellos pueden ser instrumentos con gran potencial para reducir la fragmentación, o bien pueden incrementarla, según como sean planificados y desarrollados. De ellas se espera que logren brindar información en tiempos apropiados para la toma de decisiones en cada nodo de la red, acorde a su realidad y necesidades de la población a cargo. El sistema de información debe lograr “devolver” los datos en forma de indicadores e información útil para modificar o mejorar las actividades de la red.

La gestión basada en resultados es una estrategia por la cual cada acción o intervención en la red se corresponde con el alcance de objetivos y resultados previamente definidos. Esto permite una mayor eficiencia en la asignación de esos recursos, y mejores resultados. Para esto es necesario difundir y promover una cultura de planificación, monitoreo y evaluación que permita alinear las acciones con los objetivos estratégicos definidos en el marco de las redes.

D) SOBRE ASIGNACIÓN DE INCENTIVOS

14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Finalmente, el atributo de financiamiento adecuado se refiere a que cada inversión económica en la red debe encontrarse alineada con los objetivos y metas trazados para la red. No necesariamente se refiere a la necesidad de aplicar modalidades de incentivos financieros a los recursos humanos para el desarrollo de determinadas actividades. Se refiere, por ejemplo, a que las modalidades de contratación de recursos humanos o de compra de insumos respondan a las necesidades y a la planificación. Esto podría implicar, por ejemplo, abandonar en el primer nivel de atención la modalidad de pago fijo mensual para pasar a formas de pago capitado, más acorde con la asignación territorial de población para su cuidado. Asimismo, en niveles de mayor complejidad los sistemas de pago por prestación pueden incentivar autoinducción de la demanda, generando asignación ineficiente de recursos, y desincentivando la coordinación entre servicios. Para evitar esto, deben alinearse los incentivos a la obtención de mejores prácticas clínicas y mejores resultados. La combinación de auditoría, devolución individualizada a cada profesional de la salud y control de las prácticas resulta de utilidad para reducir variabilidad y desviaciones que derivan en asignación ineficiente de los recursos”.

El Programa Remediar + Redes, además de asegurarle el acceso a los medicamentos esenciales a la población que concurre a los efectores del primer nivel de atención, desde el año 2009 se enfoca también en el fortalecimiento del modelo de atención a través de la consolidación de las redes provinciales de servicios de salud. Para ello desde el concepto de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y en consonancia con la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, el programa promueve un cambio en el modelo de gestión y atención. Este cambio se promueve a través de la formulación e implementación de proyectos en cada una de las provincias argentinas para fortalecer sus redes de servicios de salud, reorientándolos y readecuándolos con fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas.

Para finalizar, reproducimos aquí una experiencia en torno a redes de la provincia de Tucumán.

experiencia

Proyecto Provincial de Tucumán

Inicio del proyecto

9 de junio de 2010

Red seleccionada

Área Programática Centro (APC)

Abarca los departamentos de San Miguel de Tucumán, Yerba Buena, Tafi Viejo y Lules.

Conformación de la red

64 efectores del PNA y 8 hospitales

Población objetivo de la red

703.024 personas, de las cuales el 41% aproximadamente cuentan con cobertura pública exclusiva.

Problemas priorizados en la red

- Deficiente sistema de R-CR.
- Escasos turnos disponibles para la realización de prácticas de laboratorio en adultos en los efectores de la red.
- Falta de disponibilidad de turnos y recursos para la realización de estudios complementarios relacionados.
- Escasos [m1] de especialistas para DMT y HTA y demás enfermedades ECNT relacionadas, en la red
- Elevados índices de atención por demanda espontánea en los diferentes niveles de atención de la red.
- Autoderivación de pacientes al tercer nivel de atención (TNA).

Objetivo general

Contribuir al fortalecimiento de las redes de servicios públicos de salud en el Área Programática Centro de la Provincia de Tucumán, consolidando la estrategia de APS.

Objetivos específicos

- Ampliar la capacidad resolutive de la red para la atención de las patologías crónicas y no transmisibles
- Desarrollar procedimientos e instrumentos que optimicen el funcionamiento de la red.
- Capacitar y formar el recurso humano de la red.
- Disponer de los recursos e insumos necesarios para la atención de las personas con ECNT en la red.

Primeros logros

Acciones y procedimientos para optimizar el funcionamiento de la red.

La implementación de turnos programados en los efectores del PNA de la red permitió abordar el problema detectado al momento del diagnóstico

respecto de los altos índices de atención por demanda espontánea en los diferentes niveles de atención. Con la ejecución del proyecto provincial de REDES se logró que todos los efectores del PNA cuenten con la posibilidad de asignar una fracción de tiempo diferida para la atención de pacientes crónicos. En este aspecto, la provincia ha superado la meta de turnos programados que se propuso correspondiente a 502.543 turnos programados en los efectores del PNA de la red

Un hito clave en la ejecución del proyecto provincial de REDES fue la creación de las Oficinas de Referencia y Contrarreferencia. Se han instalado, equipado y se encuentran en funcionamiento 8 Oficinas nodo en hospitales y una Oficina central en la Dirección General de Redes.

Con apenas un año de existencia de la Oficina, se lograron realizar un total de 943 contrarreferencias que quedaron documentadas en el PNA representando un 59% de la meta propuesta a 3 años. Asimismo, la Oficina logró gestionar el acceso al sistema de salud de 8.284 personas.

Paralelamente, se desarrollaron actividades de promoción y prevención en el PNA apuntando a fortalecer la estrategia de APS. En esta dirección, se desarrollaron Ferias de Promoción de la Salud; se participó desde el proyecto provincial de REDES en Expo Tucumán; en el Día mundial de la Diabetes y de la campaña "100.000 Corazones".

Asimismo, y en conjunto con el Programa "Tucumán Camina", se desarrollan acciones para la promoción de la actividad física en diversos espacios públicos. A través del proyecto provincial de REDES, se adquirió equipamiento (colchonetas y equipos de música) para realizar actividad física en 10 efectores del PNA.

Capacitación del recurso humano de la red

La capacitación del recurso humano fue planteada como un componente substancial para la ejecución del proyecto provincial de REDES. Por ello, desde su comienzo se desarrollaron diversas capacitaciones dirigidas a los equipos de salud del PNA de la red haciendo énfasis en el cuidado integral de personas con patología crónica.

Las capacitaciones realizadas fueron dirigidas a los equipos de salud de la red, tanto agentes sanitarios como enfermeros, nutricionistas y médicos. Las temáticas desarrolladas en los cursos incluyeron: riesgo cardiovascular global y enfermedades no transmisibles, obesidad, hipertensión y diabetes, alimentación saludable, gestión de redes,

Asimismo, en 6 efectores del PNA (distribuidos uno por área operativa) se crearon los Centros de Educación Permanente (CEP) equipándolos con los recursos necesarios para el dictado de clases y talleres (cañón, sillas, etc). Estos CEPs ya se encuentran en funcionamiento y se utilizan para la capacitación de los equipos de salud.

A los fines de mejorar la gestión clínica del proyecto, se conformó un equipo de supervisión en terreno. El equipo recorrió los efectores realizando capacitación en terreno, supervisando procesos y relevando las inquietudes de los equipos de salud, acompañados con personal de la Dirección General de Redes.

De esta manera se reforzaron los canales de comunicación y se pudo trabajar con una estrategia de capacitación efectiva para lograr cambios en las competencias del recurso humano y reorientar prácticas en el efector.

Los ejes abordados por este equipo fueron: búsqueda activa de personas RCVG, el proceso de clasificación por RCVG, la supervisión en el uso y registro en la HC y la instalación de nuevos dispositivos de trabajo, como el turno programado.

Como resultado, surgió la conformación de un fichero calendario para los pacientes crónicos, recordatorios de turnos, carnet de pacientes bajo Programa, entre otros.

Recursos e Insumos para la atención de las personas con ECNT

En el diagnóstico de la red se relevó: "Es importante que exista accesibilidad a los métodos comple-

mentarios de diagnóstico ya que la detección precoz de las complicaciones micro (oftalmológicas y nefrológicas) y macro vasculares (arteriopatía) guarda estrecha relación con el desarrollo y progresión de las mismas y a su vez, éstas son las principales determinantes de los costos y discapacidad en diabetes."

Todos los efectores de salud de la red al inicio del proyecto provincial de REDES contaban con ronda de extracciones, pero la capacidad instalada en los laboratorios del PNA restringía el acceso a la práctica. Por ello la provincia fortaleció el equipamiento de los laboratorios del PNA a fin de resolver la falta disponibilidad de recursos para la realización de estudios complementarios y/o diagnósticos relacionados.

En este aspecto, se aumentó la capacidad instalada de 5 laboratorios de PNA, 3 de ellos con autoanalizadores y contadores hematológicos. Asimismo, se adquirieron reactivos y equipamiento informático para los laboratorios, lo cual permitió el aumentar la producción en dichos establecimientos.

Así se logró un incremento de las prestaciones en un 154% en los laboratorios del PNA de la red equipados por el proyecto provincial de REDES, realizando además un total de 881 determinaciones de HbA1 (Hemoglobina Glicosilada), durante el año 2012.

Además, se equiparon 7 efectores del PNA para la realización de electrocardiogramas (ECG), mediante la compra por etapas de equipos y capacitación para su realización.

Asimismo, el proyecto provincial de REDES facilita el fortalecimiento de la red de derivación cardiológica para la atención oportuna de personas con eventos coronarios agudos.

Para finalizar, en esta unidad temática se observó que para mejorar el cuidado de personas con ECNT (y de la población en general) es fundamental un rediseño del sistema de salud que evite la fragmentación, mejore la accesibilidad y la equidad y que integre las acciones de los distintos efectores y programas. Una forma de hacerlo es a través del desarrollo de una red integrada de servicios de salud. La misma no solo apunta a mejorar aspectos puramente clínicos sino que trabaja en distintos ejes que comprenden el modelo asistencial, la gobernanza y estrategia, la organización y gestión, y la asignación de recursos e incentivos. Para aumentar las posibilidades de éxito en este rediseño es importante tener en cuenta, además de aspectos netamente técnicos, la importancia del liderazgo y del entorno político, y también un enfoque basado en la mejora de la calidad que permita ir mejorando progresivamente los resultados del sistema.

Ejercicios

A. Marque la opción correcta para cada una de las preguntas

1) ¿Qué es un sistema de atención de salud?

- ☐ a) Es aquel sistema que abarca todas las actividades cuyo principal propósito es promover, restaurar o mantener la salud. Incluye a todos los trabajadores de salud.
- ☐ b) Es aquel sistema que abarca todas las actividades cuyo principal propósito es restaurar la salud. Incluye a las personas y a sus familias y a los trabajadores de salud.
- ☐ c) Es aquel sistema que abarca todas las actividades cuyo principal propósito es promover, restaurar o mantener la salud. Incluye a las personas y a sus familias, los trabajadores de salud y a los cuidadores en las organizaciones y en la comunidad.

2) ¿Cuáles son las principales causas de fragmentación?

- ☐ a) Segmentación institucional y descentralización (no planificada) de los servicios de salud; predominio de programas focalizados en enfermedades (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; sistema de información en salud federal; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento con alineación de intereses.
- ☐ b) Segmentación institucional y descentralización (no planificada) de los servicios de salud; predominio de programas focalizados en enfermedades (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento que promueven los programas verticales.
- ☐ c) Segmentación institucional y descentralización (no planificada) de los servicios de salud; predominio de programas focalizados en enfermedades (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; liderazgo y gobernanza en los distintos niveles del sistema; modelo de atención centrado en la personas; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento que promueven los programas verticales.

3) ¿Cómo se manifiesta la fragmentación?

- ☐ a) La fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa, y prestación de servicios en lugares poco apropiados.
- ☐ b) La fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre distintos niveles y sitios de atención, asignación de los recursos según necesidad y nivel de atención, capacidad instalada ociosa, y prestación de servicios en lugares poco apropiados.

4) ¿Qué se entiende por liderazgo?

- ☐ a) Por liderazgo se entiende la relación por la cual una persona (u organización) fuerza el comportamiento y las acciones de otras. Tiene que ver con llevarlo en la dirección deseada y subordinar sus acciones a los objetivos individuales del líder.
- ☐ b) Por liderazgo se entiende la relación por la cual una persona (u organización) influye el comportamiento y las acciones de otras. Tiene que ver con darle un sentido, una dirección a esas acciones y con generar una integración de los objetivos del individuo y el grupo.
- ☐ c) a y b son incorrectas.

5) ¿Qué es una RISS?

- ☐ a) Una Red Integrada de Servicios de Salud es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a las personas que demanden sus servicios, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.
- ☐ b) Una Red Integrada de Servicios de Salud es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, en función de las necesidades de la autoridad respectiva.
- ☐ c) Una Red Integrada de Servicios de Salud es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

6) ¿Cuáles de estos son atributos de una RISS?

- ☐ a) Del modelo de atención: población y territorio definidos y a cargo; red de establecimientos que cubre todos los niveles de atención y que integra los programas focalizados; primer nivel como puerta de entrada, que integra y coordina el seguimiento; prestaciones especializadas en entornos apropiados; mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de atención; atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.
- ☐ b) Sobre gobernanza y estrategia: sistema de gobernanza único para la red; participación social amplia; acción intersectorial y abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).
- ☐ c) Del modelo de organización y gestión: gestión integrada de los sistemas de apoyo, clínico y administrativo; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; sistema de información integrado que vincule a todos los actores de la red; gestión basada en resultados.
- ☐ d) Sobre asignación de incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.
- ☐ e) Todas las opciones son correctas.

B. Para pensar y reflexionar

1. a) Identifique en su medio (institucional, municipal y/o provincial según sea el caso) quién/es ejerce/n el rol de líder. ¿Qué acciones son las que sostienen su liderazgo?

b) ¿Qué tipo/s de liderazgo/s se ejerce/n y cuál/es cree que genera/n mejores resultados?

2) El entorno de políticas (en salud) en el medio en el que usted trabaja, ¿es favorable al control de ECNT? ¿Por qué?

2

Respuestas

1. c), 2. b), 3. a), 4. b), 5. c), 6. e)

Unidad temática 3
Reorganización de los servicios de salud

3

Unidad temática 3

Reorganización de los servicios de salud

Dr. Federico Branz

Lic. Paula Dabbah

Dra. Nancy Villar

1.	Objetivos	37
2.	Antecedentes breves de los sistemas de atención de salud	37
3.	Modelo de atención hegemónico: el síndrome del radar (Dra. Joanne Eppin-Jordan)	37
4.	Las personas con enfermedades crónicas y sus familias	38
	4.1 Vivir con una enfermedad crónica es como pilotear un avión pequeño	40
5.	Debilidades frecuentes de los servicios de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas	40
	5.1 Fragmentación del sistema	40
	5.2 Ausencia de Historia Clínica ambulatoria para adultos	40
	5.3 Ausencia de registros de personas nominalizados	41
	5.4 Ausencia de Guías de Práctica Clínica (GPC) de alta calidad de evidencia	41
	5.5 Falta de turnos programados	41
	5.6 Sistemas de pago	41
	5.7 Falta de citación activa de las personas que no concurren	41
	5.8 Perfiles profesionales determinados	41
	5.9 Sistemas de referencia y contrarreferencia	42
6.	Requisitos y necesidades mínimas de un sistema de atención de personas con enfermedades crónicas	42
	6.1 Equipamiento mínimo	43
	6.2 Determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios	43
	6.3 Nominalización de la población	43
	6.4 Sistema de registro	43
	6.5 Gestión de turnos	43
	6.6 Coordinación entre los diferentes niveles de atención	43
	6.7 Provisión continua de medicamentos	44
	6.8 Trabajo en equipo	46
	6.9 Planificar las visitas con el equipo de salud	47
7.	Aspectos relevantes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas	48
	7.1 Atención centrada en la persona	48
	7.2 Mejorar la adherencia	48
	7.3 Tecnología de la información y la comunicación	49
	7.4 Coordinadores de atención	49
	Ejercicios	52

1 Objetivos

- Presentar y explicar las características de la organización del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, necesarias para reorientar los servicios de salud en la atención de personas con ECNT.
- Comparar el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas con el sistema tradicional utilizado para la atención de patologías agudas.
- Describir y analizar las condiciones en las que se encuentran las personas con ECNT
- Diagnosticar las dificultades y necesidades frecuentes en las instituciones y equipos de salud para implementar la reorientación del modelo de atención.
- Conocer las herramientas y estrategias apropiadas para su implementación.

2 Antecedentes breves de los sistemas de atención de salud

El Sistema de Atención de Salud se ha definido como aquel que abarca todas las actividades cuya finalidad primaria es promover, restaurar o mantener la salud (Informes sobre la Salud en el Mundo, 2000). Por lo tanto, los “sistemas” son notablemente amplios e incluyen a las personas y a sus familias, los centros de asistencia, los integrantes del equipo de salud, la comunidad, y el ámbito político en el que se desarrollan todas las actividades relacionadas con la salud.

Históricamente, las principales preocupaciones de los sistemas de atención de salud han sido tanto los problemas agudos como ciertas enfermedades infecciosas. A esto se le sumó un crecimiento notable del uso de recursos para el cuidado de la salud materno-infantil.

Los sistemas de atención de salud actuales, se desarrollaron en respuesta a los problemas agudos y a las necesidades urgentes de las personas. Están diseñados, por lo tanto, para abordar inquietudes inminentes. Por ejemplo, examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y esperar la curación, todos estos sellos distintivos de la asistencia contemporánea.

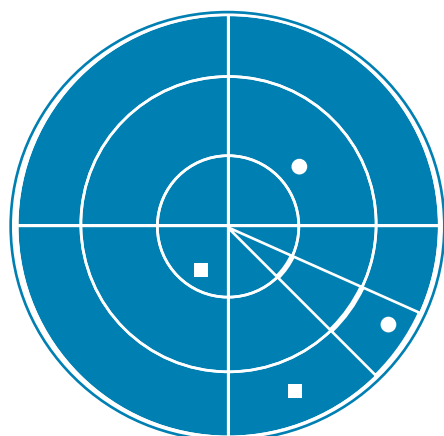
La atención de salud para las personas con ECNT, es intrínsecamente diferente de la atención para los problemas agudos ya que necesitan un modelo de atención específico. Cuando se aplica el patrón de atención de casos agudos, los sistemas son deficientes e ineficientes para el abordaje de las personas con padecimientos crónicos.

3 Modelo de atención hegemónico: el síndrome del radar (Dra. Joanne Epping- Jordan)

Los servicios de salud, habitualmente, funcionan con la metodología del radar, captan a la persona que concurre a consultar al efector de salud y se le presta un servicio que generalmente resuelve, en mayor o menor grado, su problema de salud. La mayoría de estos requerimientos se relacionan con la salud materno-infantil y con las patologías agudas.

Las personas con ECNT son atendidas de forma episódica, quedando habitualmente “fuera del radar” del sistema de salud, de manera que una vez que se van de la consulta son dadas de alta y desaparecen o no reciben ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva. Tampoco se plantea ningún tipo de monitorización remota, ni apoyo para la gestión de su enfermedad. Suelen reaparecer en el radar ante la presencia de un problema agudo o por alguna complicación de su enfermedad crónica.

Gráfico 1. Síndrome del Radar



1. Aparece la persona
2. Se le brinda tratamiento
3. Se le otorga el alta
4. Desaparece del radar

La mayoría de los sistemas de atención de salud no han evolucionado más allá de este enfoque conceptual. El paradigma de atención de casos agudos es generalizado y puesto en práctica por los responsables de la toma de decisiones, los trabajadores de atención de salud, los administradores y las personas. Se aplica actualmente en la mayor parte del mundo, aun en los países con mayor desarrollo.

Para pensar

¿Cómo es el modelo de atención en lugares donde trabaja o concurre?

¿Se trabaja con un modelo de patologías agudas o con un modelo orientado a las enfermedades crónicas no transmisibles?

4 Las personas con enfermedades crónicas y sus familias

Estas personas no perciben su enfermedad como un problema porque las enfermedades crónicas suelen tener escasa o nula sintomatología durante muchos años. Estos factores, sumados a otros, como los vinculados a las creencias familiares y a las representaciones sociales de estas enfermedades, determinan que las personas con estos padecimientos, se vean poco motivadas a consultar. Por esta razón, los servicios de salud requieren contar con un modelo asistencial proactivo que facilite el acceso para mejorar la adherencia*.



Hablaremos de adherencia más adelante en el capítulo 7.2 de esta unidad temática y en la unidad temática 6.

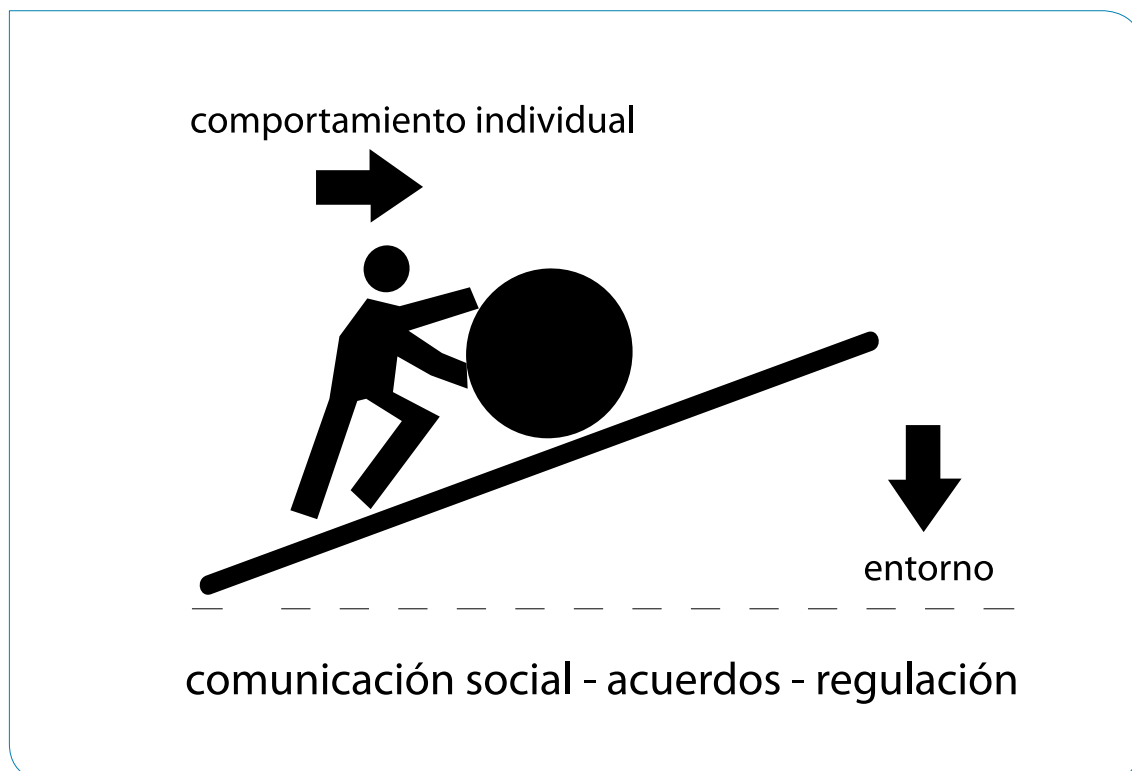
De aquellas personas que consultan, muchas abandonan o discontinúan el seguimiento y/o tratamiento por lo complejo que resulta lidiar con esta situación individual. Desde lo emocional, la persona sufre un impacto al no entender lo que le pasa, no aceptar que perdió su "buena salud" y esto significa un duelo de sí mismo en plena vida: duelo por saberse crónicamente enfermo, se evocan a personas conocidas que pasaron por la misma enfermedad, a veces con resultados no deseados (por ejemplo, la persona con diabetes que recuerda a un familiar ciego o amputado a causa de esa enfermedad).

También se suma a lo emocional, la complejidad del manejo de la enfermedad, por ejemplo, con esquemas terapéuticos muy engorrosos, la necesidad habitual de utilizar varios fármacos para conseguir controles adecuados, como así también, una lista de instrucciones sobre qué hacer, qué comer, cuáles son las complicaciones que traerá aparejada la enfermedad si no se cumple con el instructivo, entre otras cuestiones.

Por otro lado, es importante tener en cuenta las dificultades que la enfermedad trae aparejada a la familia, quien a veces no puede o no tiene herramientas de contención para su familiar enfermo.

Los integrantes del equipo de salud, especialmente el profesional médico, suelen instalarse desde el lugar del saber y no desde el comprender. Dificilmente se aparten del conocimiento teórico. Esto impide a la persona conocer más sobre su enfermedad. Es sumamente difícil hacer lo que no se comprende.

También corresponde señalar las serias dificultades que las personas encuentran cuando deben realizar ajustes en su estilo de vida. Las principales enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y algunos tipos de cáncer, comparten factores de riesgo decisivos para enfermar y morir por estas causas, tales como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Resulta evidente que estos factores van aumentando debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales, que han modificado la forma de trabajar, recrearse, alimentarse y moverse, generando modos de vida que incrementan la posibilidad de enfermar. Generar cambios individuales en el estilo de vida resulta extremadamente arduo, en estos entornos por lo que tenemos que trabajar en su modificación. Esto se puede ejemplificar en el siguiente gráfico, versión del ideado por el experto en salud pública, Pekka Puska.



4.1 Vivir con una enfermedad crónica es como pilotear un avión pequeño

En las situaciones en que la persona se siente “gravemente enferma” (una neumonía por ejemplo), ésta deja que el equipo de salud guíe las acciones para aliviar su dolencia. En cambio, cuando la enfermedad es crónica, la persona debe conducir sus propias acciones. Es ella misma quien decide si genera o no cambios en los modos de vida: alimentarse saludablemente, realizar actividad física, tomar la medicación, concurrir a los controles, conocer más sobre su enfermedad. Por esta razón, surge la comparación con el piloto de avión. El otro piloto posible, el profesional de salud, sólo está unas pocas horas al año en el avión y rara vez aterriza.

El rol del equipo de salud debe ser:

- Asegurar pilotos hábiles, brindando educación y realizando un trabajo multidisciplinario para favorecer el empoderamiento y el automanejo.
- Garantizar aviones seguros.
- Elaborar un plan que le permita mantenerse en vuelo sin grandes perturbaciones. Es fundamental acordar con la persona los pasos a seguir para ir logrando objetivos.
- Plantear qué modificaciones de su modo de vida están a su alcance, con qué dificultades puede encontrarse y cómo abordarlas.
- Realizar la vigilancia del tráfico aéreo para prevenir cualquier accidente y mantener el avión en su curso.

5 Debilidades frecuentes de los servicios de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas

5.1 Fragmentación del sistema

La persona con enfermedad crónica no trasmisible suele visitar a distintos profesionales (médico de cabecera, cardiólogo, oftalmólogo, nutricionista, psicólogo, trabajador social, entre otros), en diferentes ámbitos (centro de salud, hospitales de diferente grado de complejidad), ingresando a diversos programas de seguimiento y asistencia (Remediar, Redes, Plan Sumar, programas provinciales de diabetes, diferentes programas municipales de atención, etc.). Esto multiplica las tareas administrativas, a las trabas burocráticas, que atentan contra la calidad de atención.

5.2 Ausencia de historia clínica ambulatoria para adultos

En el caso de las personas con ECNT, la inexistencia de historia clínica o la falta de registro en la misma, dificulta el adecuado seguimiento, considerando además que, tal como se dijo anteriormente, en ocasiones son personas atendidas por diversos profesionales. La atención de un proceso agudo, como por ejemplo una faringitis, en una guardia hospitalaria, podría permitir un informe abreviado de dicha atención, pero ¿cómo seguir a lo largo del tiempo a una persona con diabetes sin registrar sus datos, su edad, su entorno familiar, los hábitos de vida (tales como fumar o realizar actividad física), los valores de laboratorio y los fármacos que utiliza? En aquellos lugares donde sí existe la Historia Clínica (HC), se observa una tendencia de los médicos a no registrar esas consultas.

5.3 Ausencia de registros de personas nominalizadas

No conocer a la población impide, entre otras acciones, la búsqueda activa de personas, dando lugar a una atención de tipo “pasiva”, que obedece solamente a la demanda generada por las personas que consultan en el efector de salud.

5.4 Ausencia de Guías de Práctica Clínica (GPC)* de alta calidad de evidencia

La capacitación de los equipos de salud no suele estar contemplada en los servicios de salud, reduciéndose en ocasiones, a regirse por “normas de atención” de los diferentes servicios. Estas normas suelen estar basadas en la experiencia de los referentes del servicio. Así mismo es importante el compromiso de las autoridades para promover la capacitación y permitir a los RRHH la asistencia a las mismas.

En la unidad temática 5 “Apoyo a la toma de decisiones” se desarrolla más ampliamente el tema de la implementación de GPC.



5.5 Falta de turnos programados

Una persona con alguna enfermedad crónica, como HTA o diabetes, que pasa largos años con escasa o nula sintomatología, difícilmente concurre a la consulta si implica perder su día de trabajo, pasar largas horas esperando para ser atendida y permanecer en la sala de espera junto a personas con sufrimientos agudos. Y en el caso de necesitar realizar alguna consulta en un centro de mayor complejidad, nuevamente debe pasar por un largo recorrido hasta conseguir un turno, recibir una atención despersonalizada por parte de profesionales que suelen menospreciar y desconocer la atención en el primer nivel.

El fortalecimiento de una red de atención con mecanismos de articulación, comunicación y coordinación entre efectores permite disminuir, en gran medida, las dificultades que encuentran estas personas en el largo proceso de enfrentar su enfermedad.

5.6 Sistemas de pago

En las retribuciones al equipo de salud prima la cantidad de personas atendidas, en detrimento de la calidad. Este sistema desalienta los esfuerzos por brindar mejoras en este último aspecto.

5.7 Falta de citación activa de las personas que no concurren

Por ausencia en la nominalización de personas y por falta de estímulos laborales, económicos o de recursos humanos (por carencia de personal o mala distribución del mismo), no se suele ir a la búsqueda de las personas en riesgo. De esta manera, sólo se brindan cuidados a aquellas que presentan una intercurencia de su enfermedad o a las que demuestran mayor interés en conocer y aprender, generando una inequidad en la prestación de servicios (no siempre se llega al que más lo necesita).

5.8 Perfiles profesionales determinados

Tradicionalmente, la formación profesional se ha enfocado en la atención de episodios agudos con una alta impronta hospitalaria. De esta manera, muchas veces los profesionales de la salud quedan con menos recursos para ayudar a las personas a cambiar los estilos de vida e implicarlos activamente en el cuidado de su enfermedad crónica.

5.9 Sistemas de referencia y contrarreferencia

Se entiende al sistema de referencia y contrarreferencia como el mecanismo de coordinación entre los tres niveles de atención de salud, con el propósito de facilitar la articulación de la asistencia y promover una atención integral y de calidad.

Este sistema promueve un mayor aprovechamiento de los recursos tanto humanos como materiales y una mejor distribución de las tareas entre los distintos niveles de atención. Facilita la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, y es esencial en el seguimiento de personas con ECNT.

La referencia supone la interconsulta acerca de una persona por parte de un prestador de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, pueda dar respuestas a sus necesidades.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada a la persona en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. Es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se retorna a la persona a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.

La ausencia de un sistema referencia-contrarreferencia es una de las principales barreras identificadas en los servicios de salud para la atención y seguimiento adecuado de personas con ECNT. Es frecuente que al realizar una interconsulta a un nivel de mayor complejidad, la única constancia con la que se cuente, como contrarreferencia sea a través de mecanismos informales, como el simple relato de la persona.

Para pensar



En su lugar de trabajo o dónde usted realiza consultas médicas, ¿encuentra alguno de estos problemas? ¿Ubica otros que no están aquí descriptos?

Existe una discordancia entre las necesidades de las personas y los cuidados que se les brindan desde los servicios de salud.

6 Requisitos y necesidades mínimas de un sistema de atención de personas con enfermedades crónicas

Para favorecer la adherencia al tratamiento y el seguimiento adecuado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, los servicios de salud deben contar con políticas de gestión y administración eficientes que faciliten el mecanismo operativo, y que garanticen también la provisión de los insumos necesarios.

6.1 Equipamiento mínimo

Dentro del equipamiento mínimo requerido para la atención se encuentran: tensiómetro, balanza, altímetro, cinta métrica para la determinación del perímetro de cintura y monofilamento para la evaluación de neuropatía sensitiva en los pies.

6.2 Determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios

Es importante tener acceso a determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios: hemoglobina glicosilada A1C, colesterolemia, creatininemia, microalbuminuria, ECG y fondo de ojo.

6.3 Nominalización de la población

Es importante la nominalización de la población ya que permite el seguimiento activo de las personas bajo cuidado (citación activa de pacientes).

El Programa Redes, a través de los Proyectos Provinciales, está promoviendo el empadronamiento, la nominalización de la población dentro de las redes seleccionadas por cada provincia para llevar a cabo el proyecto. Esto permite conocer las características de la población a cargo, su distribución demográfica, su situación socioeconómica y sus problemas de salud.

La nominalización representa una oportunidad para que los equipos de salud del PNA realicen actividades de prevención primaria y promoción de la salud y fundamentalmente para conocer a las personas que padecen ECNT. De esta forma, se pueden planificar estrategias activas.

6.4 Sistema de registro

El sistema de registro está compuesto por una HC para adultos y una planilla de seguimiento de personas con diabetes y riesgo cardiovascular. Ambas constituyen herramientas importantes para facilitar la evaluación, la mejora continua de la calidad de atención y para alimentar un sistema de información. Las nuevas tecnologías pueden ser de mucha utilidad. Sin embargo, el hecho de no contar con ciertas tecnologías en el efector, no impide que sea posible el registro.

6.5 Gestión de turnos

Como en toda enfermedad crónica, las personas deben tener acceso a turnos programados y garantizarles la mayor accesibilidad en los diferentes niveles de atención. Las visitas de seguimiento no tienen que ser exclusivamente "cara a cara". Los seguimientos telefónicos o por correo electrónico constituyen excelentes herramientas para evaluar el estado del paciente.

6.6 Coordinación entre los diferentes niveles de atención

Los sistemas de atención deben garantizar que las personas que requieran cuidados que no están al alcance del PNA puedan ser atendidos oportunamente en los niveles secundario o terciario según corresponda. A su vez, los servicios del PNA deberían recibir a las personas después que acudieron a servicios de mayor complejidad e informarlas sobre los resultados y las recomendaciones ofrecidas en ese nivel.

Debe procurarse un acoplamiento efectivo, mediante un sistema de referencia y contra-referencia que facilite la gestión del proceso de atención, con acceso en tiempo y forma a las interconsultas requeridas. Se recomienda la gestión de turnos en el segundo nivel de atención desde el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) mediante el sistema de turnos protegidos y la utilización de un formulario de referencia y contrarreferencia.

6.7 Provisión continua de medicamentos

Es necesario un compromiso de gestión y articulación entre el Ministerio de Salud de la Nación y las diferentes jurisdicciones. Nominalizar la población bajo programa y conocer qué fármacos recibe el CAPS, facilitan las estimaciones sobre la demanda real de medicamentos* que deberá proveerse.



Un medicamento es toda prescripción o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de las personas a quien se le prescribe. (Especificación Medicinales. Ley 25.649/02. Promoción de la Utilización de medicamentos por su nombre genérico).

El programa Remediar surge en el año 2002 en el marco de la Política Nacional de Medicamentos que tiene como instrumento legal la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por Nombre Genérico, con el objetivo principal de promover la equidad y garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población más vulnerable. En esas instancias, Remediar permitió hacer frente al grave contexto de crisis política y socioeconómica del país.

En la primera etapa del programa, las acciones se centraron en garantizar la provisión de medicamentos a los centros de atención primaria de salud (CAPS). Con ese fin, se identificaron los CAPS, se definió la manera de intercambiar la información, la logística, el vademécum y las cantidades a adquirir. De esta manera, Remediar inició la distribución de medicamentos esenciales sin intermediación alguna, directamente a los CAPS.

Por otra parte, las compras de grandes cantidades y a través de licitaciones públicas, han permitido alcanzar economías de escala y reducción de costos. En este punto, cabe destacar que el sistema de información implementado desde los principios del programa fue fundamental para la definición de los medicamentos a adquirir y distribuir. El sistema de información del Programa se basa en la sistematización de los formularios R (Recetas), RTP (Recetas de Tratamiento Prolongado) y B (control de stock) que envían los Efectores bajo Programa al nivel central. Esta información permite conocer cantidad de consultas y recetas (Remediar) que producen los CAPS, prescripción de medicamentos, stock disponible en los CAPS, diagnósticos de las recetas y datos de los usuarios del sistema de salud.

Su implementación exigió mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos, ubicando a Remediar como el Programa más importante de distribución de medicamentos de América Latina.

Desde el año 2004, Remediar incorporó otras líneas de acción, entre las que se cuentan el Plan de Desparasitación Masiva (2004), Concurso de Relatos de Atención Primaria de la Salud (APS) (2005), convocatorias a la elaboración de Proyectos Locales Participativos (2006-2007) para los equipos de salud y sus comunidades y Cursos de Postgrados en Uso Racional de Medicamentos.

A partir del 2009, el Programa potencia sus líneas de acción enfocándose también en fortalecer el modelo de atención de la salud, a través de la creación, fortalecimiento y consolidación de las redes provinciales de servicios de salud, logrando un aporte más integral, dando lugar al Programa Remediar + Redes. Por ello, además de proveer medicamentos esenciales a los CAPS, el programa sigue trabajando en el fortalecimiento de Redes de Salud y la capacitación permanente de los equipos de salud. En esta línea, se destacan la implementación del Programa de Capacitación de Terapéutica de Uso Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) y el curso de Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud (CuMAPS).

Los medicamentos del vademecum Remediar llegan directamente a más de 7.000 Centros de Salud en todo el país, y cubren más del 80% de las consultas del PNA, garantizando cobertura en medicamentos a más de 15 millones de personas. De esta manera, se derriban las barreras económicas que constituyen un impedimento al acceso de la población.

Además de los medicamentos, los CAPS reciben distintos materiales gráficos destinados a los usuarios y a los equipos de salud.

El Programa tiene una logística consolidada, en tanto realiza también la distribución de insumos de otros Programas y Direcciones Nacionales tales como el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y HIV SIDA, TBC, INCUCAI y PRONACEI.

Teniendo en cuenta el acceso a medicamentos esenciales en el PNA, según la evaluación de medio término del Programa Remediar + Redes del año 2011, el 45% de las personas que acudieron a un CAPS y consultaron a un médico se le prescribió un medicamento. De este universo, el 87% recibió la medicación en forma gratuita, la cual en un 85% fue por medicación provista por Remediar y el 15% restante fue por otra provisión.

Los medicamentos del vademecum de Remediar se distribuyen a los CAPS dentro de un botiquín. En promedio, cada botiquín contiene 225 tratamientos, de los cuales 62 corresponden a medicación de tipo crónica; es decir, que alrededor del 30% del contenido del botiquín es de uso crónico. Dato de suma relevancia en el contexto del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Para el tratamiento de patologías crónicas, el vademecum Remediar incluye la siguiente medicación:

MEDICAMENTO	ACCIÓN TERAPÉUTICA
AMIODARONA comprimidos 200 mg	antiarrítmico
DIGOXINA comprimidos 0.25 mg	antiarrítmico
ENALAPRIL comprimidos 10 mg	antihipertensivo
FUROSEMIDA comprimidos 40 mg	antihipertensivo/diurético
GLIBENCLAMIDA comprimidos 5 mg	hipoglucemiante oral
LEVODOPA+CARBIDOPA comprimidos 250/25 mg	antiparkinsoniano
ACIDO VALPROICO frascos x 120 mg 250 mg/5 mg	antiepiléptico anticonvulsivante
BUDESONIDE AEROSOL BRONQUIAL 200 mg/dosis	corticoide de acción local antiinflamatoria.
CARBAMACEPINA comprimidos 200 mg	antiepiléptico anticonvulsivante
FENITOINA comprimidos 100 mg	antiepiléptico anticonvulsivante
LEVOTIROXINA comprimidos 50 mg	hormona tiroidea
METFORMINA comprimidos 500 mg	hipoglucemiante oral
RANITIDINA comprimidos 150 mg	inhibidor de la secreción de ácido clorhídrico
ASPIRINA comprimidos 100 mg	antiagregante plaquetario
HIDROCLOROTIAZIDA comprimidos 25 mg	antihipertensivo / diurético
LEVOTIROXINA comprimidos 100 mg	hormona tiroidea
ATENOLOL comprimidos 50 mg	antihipertensivo
ESTATINAS comprimidos 20 mg	hipolipemiante
SALBUTAMOL aerosol bronquial 100 mcg/dosis Solución para nebulizar 5 mg/ml (0,5%)	broncodilatador

Al considerar la provisión de medicamentos de uso crónico según su grupo terapéutico sobresalen los antihipertensivos con un 11% sobre el total del contenido del botiquín, seguido por los antidiabéticos orales con más de un 2%, y los de afecciones cardiovasculares con más de 1,5%.

Durante el año 2014, se incluyó en el vademecum simvastatina que será distribuida conforme a los padrones que se realizan en los Centros de Salud comprendidos en los Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Salud.

Cuando se analiza la utilización de la medicación provista por el programa en los centros de salud se observa que la relación entre la medicación aguda y crónica es de alrededor el 30% (similar a la relación existente en el contenido del botiquín).

Entre los medicamentos para personas con ECNT, el más utilizado en los CAPS es el enalapril. Cabe destacar que, a su vez, es el medicamento crónico con mayor participación dentro del contenido del botiquín: de los 62 tratamientos crónicos, 21 son de enalapril (33.3%).

Algunos datos interesantes para tener en cuenta: al analizar las recetas del Programa, se observa que de las personas que acuden a los CAPS y se les prescribe un medicamento de uso crónico, el 62% son mujeres, y el 67% tiene más de 40 años. Los diagnósticos más frecuentes para este tipo de medicamentos son hipertensión esencial (primaria), diabetes mellitus, asma y crisis asmática.

Los medicamentos provistos tanto por el Programa Remediar como por el Programa Redes se entregan en el centro de salud, previa consulta con el médico u odontólogo quienes prescribirán los medicamentos en una receta especialmente diseñada por el programa, y que habitualmente es conocida como Formulario R.

Para facilitar la operatoria de entrega de medicación crónica en los CAPS, en el año 2011 Remediar puso a disposición un formulario de receta exclusivo para personas con enfermedades crónicas conocido como Formulario de Receta de Tratamiento Prolongado. Esta herramienta permite la prescripción de seis meses de tratamiento como máximo, y la entrega periódica de medicación sin requerir una consulta médica por parte del paciente, liberando de esta manera turnos y horas médicas para la confección de la receta. Cabe destacar que este instrumento también facilita el seguimiento en el CAPS de las personas afectadas por patologías crónicas.

La información histórica del programa Remediar y del programa Redes permite tomar decisiones estratégicas, tales como, por ejemplo, la compra de medicamentos, que se basa en el consumo de los efectores de todo el país. Para garantizar la provisión de medicamentos a los CAPS, se implementó un modelo de compras centralizado. Fue acordado en una primera instancia con las provincias, siendo su pilar fundamental la información que circula entre el nivel ejecutor (los CAPS), el Nivel Intermedio (los gobiernos locales) y el Nivel Central. Estas adquisiciones se sustentan en el sistema de información generado por el programa, a partir del cual se estiman las necesidades de medicamentos a nivel nacional.

En una nueva etapa, las provincias participan en las proyecciones nacionales para contemplar la demanda de consumo y disponibilidad por provincia y estimar necesidades de suministro para cada jurisdicción. Sobre los cálculos realizados, las provincias efectuaron incrementos/disminuciones/bajas de medicamentos, aplicando distintas metodologías de relevamiento. Es necesario señalar que la modalidad utilizada para los ajustes sobre la tasa de uso proyectada responde a la información disponible en cada provincia.

Por último, dado que muchas jurisdicciones están trabajando con padrones de personas con ECNT, el desafío reside en contemplar dichas necesidades en la compra y en la distribución a los CAPS.

6.8 Trabajo en equipo

La atención de personas con ECNT requiere, idealmente, de un equipo interdisciplinario que cuente con las competencias adecuadas y se capacite en forma continua.

Incluye múltiples categorías de proveedores de servicios de salud: médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, auxiliares paramédicos, bioquímicos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, promotores de salud, entre otros.

Con el objetivo de optimizar las tareas, se recomienda organizar el trabajo de modo tal que se consensuen los criterios de abordaje, se acuerden y articulen los roles y las funciones de cada integrante, según su fortaleza y capacidad profesional.

A modo de ejemplo, el personal administrativo puede ocuparse de completar la primera parte de la historia clínica, la libreta de cuidados y gestionar los turnos. El enfermero podría luego evaluar al paciente (peso, talla, IMC, control de TA, perímetro abdominal, cálculo del RCVG), brindar información y consejería (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, cuidado de los pies). Posteriormente, el médico completa la evaluación para planificar junto a la persona y el resto del equipo las intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

En el cuidado de la salud de estas personas, el equipo asistencial debe haber adquirido habilidades adecuadas y contar con la confianza y la capacidad suficientes para manejar la condición de enfermedad crónica. Así como también, estar capacitado para entregar el tratamiento más apropiado para asegurar un control óptimo de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. También, en conjunto, el/los profesional/es y la persona deben acordar un plan de tratamiento de seguimiento continuo que cuente con definiciones de los dos.

Existen además diferentes herramientas que ayudan a mejorar el trabajo grupal y a fortalecer la calidad de atención brindada como, por ejemplo, las reuniones periódicas de equipo para discutir acerca de las personas asistidas y de las modalidades generales de atención.

6.9 Planificar las visitas con el equipo de salud

Planificar las visitas de las personas con ECNT al efector o las salidas del equipo de salud a terreno permiten utilizar estas oportunidades, para realizar todos o algunos de los cuidados habituales propios de la diabetes, por ejemplo, y desde ese momento acordar y diseñar junto a la persona un plan de cuidado y cronograma de visitas.

Se debe poner atención en que aunque se haga una muy buena planificación, surgen inconvenientes a la hora del desarrollo de la actividad. Por ejemplo, siempre habrá personas que llegan sin turno con exacerbaciones agudas de su enfermedad, o que las expectativas del profesional y del paciente respecto a la visita, pueden ser distintas. Tiene que existir proactividad por parte del equipo de salud para que la persona, por ejemplo, no se olvide de su turno programado, y no pierda la oportunidad de ser atendida.

Para pensar

¿Cuáles de estas características encuentra en su lugar de trabajo o dónde concurre a realizar consultas médicas?



7 Aspectos relevantes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas

7.1 Atención centrada en la persona

El modelo de cuidados y atención de la OPS describe que la prevención y el control de las afecciones crónicas se pueden abordar mejor ofreciendo una atención centrada en la persona, en lugar de únicamente la asistencia focalizada en una enfermedad en particular. La atención centrada en la persona se caracteriza por:

- Garantizar el acceso y la continuidad de los cuidados.
- Establecer mecanismos más eficientes de coordinación e integración entre unidades asistenciales.
- Definir los roles y distribuir tareas entre los miembros del equipo multidisciplinario que permita el abordaje integral y eficiente de cada caso y que asegure el seguimiento regular a las personas.
- Capacitar al personal de la red de salud para que pueda brindar este servicio integrándose con la comunidad. (Se desarrolla en la unidad temática 7 “Recursos comunitarios”).
- Apoyar el automanejo (Se desarrolla en la unidad temática 6 “Apoyo al automanejo”).
- Fortalecer la participación e interacción de la persona en los cuidados y toma de decisiones, permitirá promover el bienestar y los estilos de vida saludables así como prevenir enfermedades, discapacidades y deficiencias.

Se debe trabajar esforzadamente en brindar indicaciones e instrucciones que las personas comprendan y que sean consistentes con su cultura. Es importante identificar, preocuparse y respetar las preferencias, valores, diferencias y necesidades expresadas por ellas. Son misiones relevantes del equipo de salud escuchar, comunicar, proporcionar educación e información, y, cuando corresponda, aliviar el dolor y el sufrimiento.

En este modelo es muy importante asociarse con la persona, negociar y compartir decisiones y alternativas, aclarando desde el inicio los roles y responsabilidades. Los problemas e inconvenientes se deben intentar resolver de forma colectiva con la participación de todos los actores. Se deben establecer metas, implementar pautas de acción e identificar fortalezas y debilidades de forma consensuada.

Esta alternativa de trabajo, se considera más eficiente y efectiva porque consigue mejorar el acceso al sistema y aumentar la adherencia a las acciones preventivas. Está asociado con una gran satisfacción de la atención.

7.2 Mejorar la adherencia

En una investigación experimental realizada por consultores del Programa Remediar + Redes en el año 2012 acerca del problema de la adherencia en la HTA y la DMT, se la definió como: “El proceso a través del cual una persona diagnosticada como hipertensa o diabética colabora y participa activamente en su tratamiento. La adherencia incluye las indicaciones farmacológicas y las modificaciones de hábitos o estilos de vida. Su finalidad consiste en mejorar su calidad de vida. Supone una actitud de colaboración entre el profesional, el equipo de salud y el paciente que permita el resultado terapéutico deseado”.

Esta definición enriquece la formulada por la OMS, en el año 2003: “...grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en su estilo de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud” y, en el 2004, que amplió la restricción del término “médico” al grupo de actores intervinientes en el tratamiento de enfermedades crónicas: enfermeros, agentes sanitarios, promotores de salud, nutricionistas, acompañantes terapéuticos, psicólogos, etc.

La OMS, también señala que en los países desarrollados la tasa de adherencia a los tratamientos medicamentosos de las personas que padecen enfermedades crónicas, alcanza al 50% y es mucho más bajo si nos referimos a cambios en los estilos de vida.

El mejor tratamiento fracasará si no se cuenta con el consentimiento de la persona para llevarlo a cabo. Para alcanzar este objetivo, resulta necesario comprender el problema desde tres dimensiones:

- a) Emocional:** conocer a la persona desde su propia historia, miedos, antecedentes, gustos, debilidades.
- b) Social:** conocer a la persona en sus interacciones familiares, laborales, barriales.
- c) Comunicacional:** facilitar el diálogo desde una escucha empática, modelando el lenguaje que facilite una puesta en común.

El proceso de adherencia requiere de una construcción solidaria y colectiva entre el equipo de salud, el paciente y su familia de modo que se vaya entretejiendo una serie de pautas y lógicas de entendimiento que apunten a la calidad de vida.

Para pensar

Qué hábito se pretende cambiar. ¿Cuesta dejar el cigarrillo, empezar a hacer actividad física, o dejar el café? Es difícil. Por ello requiere de todo un equipo cooperando con la persona para ayudarlo.



Desde esta comprensión tridimensional, puede abordarse una mayor y mejor adherencia, con la sumatoria de los diferentes conocimientos del equipo de salud que generarán un proceso de colaboración con la persona y su familia.

El acompañamiento a la persona con ECNT resultará una práctica natural para todos los actores involucrados si se distribuyen los roles, funciones y actividades -colectivamente- en función de lo que cada una requiera. De este modo, el acompañamiento significa incorporar los cambios de hábitos requeridos de modo comprensivo -y no solamente prescriptivo-, compartido y no impuesto. Pensar “en acto” la adherencia significa poner de pie a todo el equipo de salud con sus respectivos y específicos aportes para lograr una comprensión psico-físico-social de cada persona.

7.3. Tecnología de la información y la comunicación

En la unidad temática siguiente, “Sistemas de información clínica”, se verá como otra medida que puede optimizar los resultados es el uso apropiado de la tecnología para mejorar la comunicación con la persona. El uso del correo electrónico para dar seguimiento a los problemas y requerimientos de los pacientes ha demostrado ser efectivo en disminuir el número de visita médicas así como a un incremento de los indicadores de calidad de la atención y satisfacción del paciente.

7.4. Coordinadores de atención

Las personas con enfermedades crónicas a menudo requieren de la atención de una variedad de profesionales que no siempre están ubicados en el mismo lugar físico, haciendo que, en-

tre otras molestias, se les solicite una y otra vez la misma información. Esto puede resolverse creando un rol de coordinador de la atención, situado en el primer nivel, que le permita reducir estos problemas de comunicación y que apoyen a las personas en su recorrido por el sistema.

Para finalizar, la reorientación de un modelo de atención enfocado en personas con enfermedades crónicas no transmisibles, implica el ajuste y la implementación de las diferentes alternativas tanto técnicas como de los recursos humanos propuestas al modelo habitual, con el compromiso y la actuación correspondiente de las personas que requieren asistencia y sus familias, los integrantes del equipo de salud y el entorno sociopolítico.

Tabla 1. Diferencias entre los modelos de atención

MODELO DE ATENCIÓN HEGEMÓNICO	MODELO DE ATENCIÓN EFECTIVA ACTUAL
Centrado en la Enfermedad	Centrado en la persona
Basado en el hospital/especialista	Basado en la atención primaria
Foco en pacientes individuales	Foco en las necesidades de la población
Reactivo, cuidado centrado en los síntomas	Proactivo, anticipatorio, cuidado planificado
Foco en la "curación"	Foco en la prevención
Cuidado organizado sobre las necesidades de los Profesionales	Cuidado organizado sobre las necesidades de las personas
Centrado en el médico	Centrado en un equipo de salud
Consultas- controles (cara a cara)	Consultas/controles individuales, grupales y remotas
Educación sobre la enfermedad ("Cumplimiento de indicaciones")	Apoyo al automanejo ("Acuerdo de pautas")

A modo de conclusión, los sistemas de atención de salud han evolucionado alrededor del concepto de las enfermedades agudas e infecciosas, y funcionan mejor cuando se abordan las inquietudes episódicas y urgentes de las personas. Sin embargo, el paradigma de atención de casos agudos ya no es adecuado para los diferentes problemas crónicos de salud en el mundo de hoy.

Quizás debido a su éxito notable a lo largo de la historia, el modelo de atención de casos agudos impregna el pensamiento de las personas, los trabajadores de la salud, las organizaciones y los gobiernos. Se ha generalizado a través de todos los niveles del sistema de atención, y ha sido perpetuado por programas desactualizados de capacitación en el área. Este sistema tiene que evolucionar acercándose a un modelo de atención que incorpore tanto los problemas agudos como las condiciones crónicas. Sin un cambio hacia el modelo que proponemos, los países no podrán prever más atención adecuada y el uso racional de los recursos.

Brindar mayor atención al comportamiento de las personas y a la comunicación entre los trabajadores de la salud, es vital para mejorar la asistencia de las condiciones crónicas, cuya atención requiere coordinar la evidencia científica con la práctica clínica.

Los recursos de la comunidad deben integrarse para no generar gastos inadecuados. La organización de atención de la salud, en tanto, debe simplificar los servicios, mejorar las aptitudes del equipo de salud, centrarse en la prevención y establecer sistemas de seguimiento de información para proporcionar una atención de salud planificada para las complicaciones predecibles. Los gobiernos necesitan tomar decisiones fundamentadas para su población y fijar estándares de calidad e incentivos en la atención de salud. Deben coordinarse el financiamiento y fortalecerse los vínculos intersectoriales.

El desafío actual es el cambio en los sistemas de atención de la salud para mejorar su eficacia y eficiencia. De este modo, se lograrán mejores resultados sanitarios en función del creciente aumento de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Ejercicios

A. Marque la/s opción/es correcta/s para cada una de las preguntas

1. Históricamente, el modelo de salud que se implementa en mayor medida es:

- ☐ a) el de enfermos crónicos.
- ☐ b) el de enfermedades agudas.
- ☐ c) una integración de ambos.

2. Indique entre las siguientes opciones, las que corresponden a las causas por las cuales las personas con enfermedades crónicas están poco motivadas a consultar en los sistemas de salud.

- ☐ a) No perciben el problema porque las enfermedades crónicas suelen ser oligo o asintomáticas.
- ☐ b) Porque no les dicen que tienen que consultar periódicamente.
- ☐ c) Suponen que se van a curar solos.
- ☐ d) Por creencias familiares y las representaciones sociales de estas enfermedades.
- ☐ e) Por lo complejo que resulta lidiar con esta situación individual.
- ☐ f) Se atienden en forma privada.
- ☐ g) Por el impacto emocional.
- ☐ h) Les gusta sufrir.
- ☐ i) Por la complejidad de manejo de la enfermedad. "Hay que ir al médico a cada rato, te elimina todas las cosas placenteras y te llena de medicamentos".
- ☐ j) Por las dificultades que la enfermedad trae aparejada a la familia.
- ☐ k) Por el lugar en que se ponen los integrantes del equipo de salud, centrados en la enfermedad, sin dar cabida al paciente a la hora de tomar decisiones.

3. Los factores de riesgo decisivos para enfermar y morir que comparten las enfermedades crónicas son:

- ☐ a) sedentarismo, alimentación adecuada, tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, sobrepeso y obesidad
- ☐ b) sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, sobrepeso y obesidad
- ☐ c) sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo, el consumo mínimo de alcohol, sobrepeso y obesidad
- ☐ d) agujero en la capa de ozono, alimentación inadecuada, tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, sobrepeso y obesidad

4. Indique el equipamiento mínimo necesario para equipar una unidad de atención de personas con enfermedades crónicas.

- ☐ a) tensiómetro
- ☐ b) alcohol
- ☐ c) balanza
- ☐ d) altímetro
- ☐ e) cinta métrica para la determinación del perímetro de cintura.
- ☐ f) ecógrafo
- ☐ g) monofilamento para la evaluación de neuropatía sensitiva en los pies.
- ☐ h) gasa
- ☐ i) saturómetro
- ☐ j) cigarrillo electrónico

B. Acerca de la adherencia al tratamiento, señale V o F

- ☐ a) La adherencia implica que la persona con ECNT cumpla las indicaciones del personal de salud.
- ☐ b) Si es atendido por un equipo de salud de excelencia, que trabaje interdisciplinariamente, el tratamiento no fracasará aunque no cuente con el consentimiento de la persona para llevarlo a cabo.
- ☐ c) A la hora de enfrentar un problema crónico de salud, se deben tener en cuenta la esfera emocional, la relación costo-efectividad del tratamiento y la repercusión en el ámbito laboral de la persona.
- ☐ d) La persona con enfermedad crónica generalmente cambia de estilo de vida en forma inmediata al enterarse de su enfermedad.

C. Complete el cuadro con la/s palabra/s que correspondan:

¿Qué características posee el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas a diferencia del modelo hegemónico de atención?

MODELO DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	MODELO DE ATENCIÓN HEGEMÓNICO
Centrado en	Centrado en la enfermedad
Basado en	Basado en el hospital/especialista
Foco en la	Foco en la "curación"
.....	Reactivo
Cuidado organizado sobre las necesidades de	Cuidado organizado sobre las necesidades de los profesionales
Centrado en	Centrado en el médico
Apoyo al ("Acuerdo de pautas")	Educación sobre la enfermedad ("cumplimiento de indicaciones")

D. Para pensar y completar

1. Identifique y describa cuáles son los aspectos más destacados y relevantes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Identifique cuáles son las dificultades que observa en su lugar de trabajo en cuanto a la asistencia de personas con enfermedades crónicas.
3. ¿Cuáles dificultades se pueden cambiar? ¿De qué modo?
4. Clasifique las propuestas en ALTA-MEDIA-BAJA, según la dificultad de implementación tomando en cuenta su criterio.
5. Mencione cuáles son las fortalezas y debilidades de implementación de este nuevo paradigma de atención en su ámbito laboral.



3

Respuestas

- A.** 1. b) 2. a), d), e), i), j), y k)
 3. b)
 4. a), d), e), y g)
B. a) Falso, b) Falso, c) Verdadero
 c. Centrado en el paciente /
 Basado en la atención primaria de la salud /
 Foco en la prevención / Proactivo /
 Cuidado organizado sobre las necesidades de los pacientes /
 Centrado en un equipo de salud /
 Apoyo al automanejo ("acuerdo de pautas")

Unidad temática 4
Sistemas de información clínica

4

Unidad temática 4

Sistemas de información clínica

Dr. Gastón Perman

1. Objetivos	59
2. Introducción	59
3. Indicadores en salud	67
3.1 Clasificación de los indicadores	69
Ejercicios	74

1 Objetivos

- Comprender qué es un sistema de información clínica y conocer sus puntos clave.
- Conocer e introducir el concepto de indicador en salud.

2 Introducción

Uno de los pilares del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas es desarrollar un sistema de información en salud.

El Sistema de Información en Salud puede ser definido como “un conjunto de componentes y procedimientos organizados con el objetivo de generar información que mejore las decisiones que se tomen en la gestión de la salud en todos los niveles del sistema de salud”¹.

A su vez, un sistema de información clínica debe recolectar, agrupar y analizar los datos generados por las distintas estructuras y actores en el proceso de atención, e integrarlos para obtener información clave y oportuna y, además, facilitar la planificación, monitoreo y control del sistema de salud en general. Sus puntos principales son:

1. Identificar las poblaciones o subpoblaciones para la atención proactiva
2. Facilitar la planificación de la atención individual
3. Compartir información tanto con los que consultan como con los proveedores para coordinar la atención
4. Proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y las personas
5. Monitorear el funcionamiento del equipo de atención y cuidado

A continuación, se desarrollan estos puntos clave con el objetivo de transmitir conceptos generales que todos los gestores en salud deben manejar. No se realizarán descripciones técnicas de un sistema de información en salud o de información clínica ya que exceden los objetivos generales del módulo.

1) Identificar las poblaciones o subpoblaciones para la atención proactiva

Este es quizás el objetivo más básico y, a la vez, el más importante de un Sistema de Información Clínica. Si no se puede identificar cuál es la población a intervenir (ya sea en su totalidad o un subgrupo de alto riesgo), es imposible desarrollar una atención centrada en la persona, proactiva e integrada, como plantea el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Por ejemplo, en muchos lugares, las personas son atendidas a demanda. Cuando una persona con diabetes consulta a un centro de atención por esta condición, puede ser atendida por un integrante del sistema de salud (médico, enfermera, etc.) y luego no vuelve a contactar con el mismo hasta que surja una nueva necesidad. Si no existe un sistema que registre mínimamente que esa persona tiene una enfermedad crónica (que necesita determinado cuidado en el tiempo), se pierde no sólo la posibilidad de brindarle un tratamiento adecuado, sino también de contabilizarla como una persona más con diabetes. Es decir, se pierde hasta la oportunidad de saber cuántas personas existen en determinado medio atendidas con esta condición.

De esta forma, la falta de este dato, aparentemente simple, (que una persona concreta tiene una enfermedad determinada, en este caso que “Juan Pérez”, DNI xx.xxx.xxx tiene Diabetes Mellitus tipo 2) complica tanto la planificación macro (a nivel estatal) como micro (a nivel equi-

po médico). Esto sucede porque si a nivel macro no se sabe cuántas personas con Diabetes Mellitus están siendo atendidas en un determinado lugar, entonces no se asignarán recursos eficientemente, ni tampoco se podrá evaluar la respuesta -adecuada o no- de la intervención en el tiempo. Y a nivel micro, no se realizará un seguimiento proactivo de la persona con necesidad de cuidado, ni tampoco se podrá evaluar la calidad de su atención ni contactar a ésta ni a su equipo de salud.

Se debe tener presente que cuando se dice “identificar”, esto se refiere a la identificación “única” de un individuo. En el ejemplo anterior, Juan Pérez es uno solo, el Juan Pérez con DNI xx.xxx.xxx. No otra persona que se llame igual pero que no sea la que quiero contactar o intervenir.

Por el contrario, un sistema de información clínica se estructura en torno a la identificación de la población de interés. Algunas veces, dicha identificación se denomina “nominalización”. Como su nombre lo indica, se identifica el nombre de cada una de las personas de interés. O sea, no se dispone solamente de un dato agregado (agrupado) que no permite determinar quiénes componen este grupo, sino que se conoce exactamente sus integrantes. Según la Guía para la Nominalización, Clasificación y Seguimiento de Personas con Riesgo Cardiovascular Global del Programa Nacional de Redes de Salud² el empadronamiento y la nominalización están íntimamente relacionados. “El empadronamiento es el procedimiento por el cual el efector del primer nivel de atención identifica e inscribe a la población de su área de referencia (conforma un padrón), como paso necesario para la nominalización”. [...] “La nominalización es la asignación de las personas y su responsabilidad de atención de la salud a un efector del primer nivel de atención activo en el Programa Redes. Esto implica, para el efector del primer nivel de atención, trabajar con población a cargo”.

En el ejemplo anterior, se sabe que Juan Pérez, DNI xx.xxx.xxx, padece Diabetes Mellitus tipo 2. Esto permite desarrollar los otros puntos clave del sistema de información clínica en particular: facilitar la planificación de la atención individual, compartir información con todos los implicados para coordinar la atención, proporcionar recordatorios oportunos y monitorear el funcionamiento del equipo de atención y cuidado y del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas en general.

Se observa entonces que un sistema de información clínica es importante para favorecer el desarrollo de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS, concepto tratado en la unidad temática 2). Es importante aclarar que el concepto de sistema de información clínica excede el componente tecnológico. Muchas veces se confunde sistema de información con “informatización de datos”. Si bien la tecnología es importante para mejorar alcances, efectividad y eficiencia del sistema, no es imprescindible para desarrollar un buen sistema de información clínica, al menos en un principio. Lo más importante es cómo se estructura el manejo de la información y se la utiliza para mejorar la atención clínica, tal cual vimos en el ejemplo del Programa Redes.

2) Facilitar la planificación de la atención individual

Una vez que se identifica a la población de interés (en nuestro primer ejemplo, aquellos con Diabetes Mellitus), en la medida que se hayan determinado y registrado otras variables, se podrá refinar la misma en subpoblaciones o subgrupos según necesidad. Si se quiere saber qué personas con diabetes no fueron atendidas en el último año a través del sistema, si se dispone de este dato, simplemente se combina el grupo de personas con diabetes y el de las que no hayan sido atendidas en los últimos 365 días para obtener el subgrupo de interés. Esta información podrá ser utilizada luego por el equipo de salud para hacer acciones proactivas a nivel individual, es decir a nivel de la persona con una necesidad concreta (visita domiciliaria, envío de cartas informativas o recordatorios, etc.).

Además, el sistema puede utilizarse también para determinar si efectivamente cada uno de los integrantes de este subgrupo fue contactado. A su vez, qué porcentaje de las personas

contactadas efectivamente cumplió con la recomendación o indicación realizada por el equipo de salud. Y cuántas de estas últimas tuvieron un resultado dentro de lo esperado. Este conocimiento más profundo de cada persona, en definitiva, facilita la planificación y la atención individual en sí. Más aún, al agregar información individual y analizar todo el subgrupo de interés, permitirá obtener indicadores de atención que posibilitarán realizar un monitoreo del desempeño general del sistema. En el punto 3 se analizará en detalle el concepto de indicador en salud.

Para pensar

¿Qué condición es fundamental para alcanzar un sistema de información que brinde información completa y pormenorizada de persona nominalizada?



Si bien la pregunta es amplia y caben múltiples respuestas, hay algo fundamental que se podrá determinar de una persona y es cuándo fue la última vez que consultó; sólo si se registra qué personas fueron vistas en su domicilio, o a cuáles se les envió una carta, se podrá determinar el porcentaje que intentó ser contactada, etc. Gran parte de los datos que se utilizan dependen de la recolección y registro de los integrantes del equipo de salud: motivo de consulta, antecedentes, parámetros clínicos, estudios solicitados, resultados, prescripciones, etc. Por esta razón, es fundamental que los equipos de salud se concienticen sobre la importancia de un buen registro.

Importante

Cuando más detallada sea la información que registre el sistema de información clínica, mayores posibilidades habrá de realizar subanálisis que facilite la planificación y la atención de las personas de interés. Por supuesto que el fin último es brindar la mejor calidad de atención a las personas que la necesitan.

Pero se debe recordar que para esto, lo más importante y el primer paso obligado es identificar (nominalizar) a las personas que forman parte de la población objetivo. Sin esta información, todo lo demás pierde mucho valor.



Este concepto es más fácil de entender con un ejemplo. Si no se sabe cómo está compuesta la población objetivo, igualmente se puede entregar material educativo para personas con diabetes, pero nunca se sabrá a qué porcentaje se logró intervenir. Es decir, no se contará con un denominador para poder realizar cualquier cálculo o indicador. Se entregan 1.000 folletos. ¿Es mucho? ¿Poco? Imposible saberlo. Si las personas con diabetes eran 2.000, 1000 folletos entregados podría ser una cantidad apreciable. Si eran 20.000, parecería ser un número mucho menor. Pero ¿por qué tanta duda? Se podría estimar en base a los datos obtenidos de estudios epidemiológicos, extrapolaciones, etcétera, cuántas personas con diabetes hay en nuestro medio. Sin embargo, aun así no se podría establecer que se entregó un folleto a cada persona, tampoco se podría asegurar que se entregó un folleto educativo al 5% de la población objetivo (1.000 folletos en 20.000 personas objetivo). Pudo haber pasado (como habitualmente sucede) que a algunos se les entregó 3 folletos en el año y a otros, nada.

En síntesis, si no se registra una variable determinada, luego, no se la podrá analizar. Para que esta información tenga máxima utilidad se debería asociar a una persona en particular. Un sistema de información clínica bien desarrollado debería poder rastrear las acciones efectuadas por el sistema o el servicio de salud hasta un nivel individual.

3) Compartir información con las personas y proveedores para coordinar la atención

Si el sistema de información clínica registra información relevante para la persona y/o los proveedores de la atención médica, es posible compartirla con ellos. Esto es importante, no sólo por la información puntual en sí (por ejemplo, avisarle a la persona y/o a su médico, que el último valor de hemoglobina glicosilada es mayor de 8%), sino porque ayuda a integrar la Red Integrada de Servicios de Salud y a desarrollar los otros pilares del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Un problema a tener muy en cuenta al compartir información con la persona bajo atención o con el equipo de salud (aún con el noble objetivo de mejorar los cuidados en salud) es que si dicha información es errónea o inexacta pueden generarse consecuencias negativas importantes. Por ejemplo, en una consulta decirle a una persona que no ha hecho los controles de sus ojos y pies en el último año y que debería hacerlo por su diabetes, puede resultar muy problemático si dicha persona no padece esta enfermedad. Puede generarle desde ansiedad o angustia, hasta enojo y falta de confianza en el sistema de salud. El equipo médico podrá responder con falta de colaboración por no confiar tampoco en el sistema de información clínica. El resultado final será totalmente opuesto al buscado, generando fragmentación y desarticulación del servicio o del sistema de salud.

Esto último, también es problemático a nivel agregado, ya que la sumatoria de imprecisiones tornará poco confiable el resultado de distintos indicadores, y complicará la planificación y/o control. Sin embargo, siempre el mayor problema es a nivel del manejo individual de la información.

Por lo tanto, es muy importante tratar de lograr la mayor precisión y confiabilidad de los datos que se registran en el sistema de información clínica, siempre y cuando se encuentre dentro de las posibilidades (acorde a los recursos disponibles). Esto se logra tanto con procesos que aseguren la calidad del dato a la hora de registrarlo y cargarlo en el sistema (recordar el modelo de mejora de la unidad temática 2), como de auditoría posterior, junto con la denuncia de errores detectados por el equipo de atención médica.

4) Proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y las personas

Si uno desea optimizar la utilidad de la información suministrada a las personas y/o al equipo de salud, es ideal brindarla en forma oportuna. Esto quiere decir que la información tiene más utilidad si es brindada en el momento de la toma de decisiones. Por ejemplo, durante la consulta entre una persona determinada y su médico, el dato de una hemoglobina glicosilada elevada es mucho más útil que si se lo comunica al médico mediante un listado de personas que no tienen turno programado. En el primer caso, es el momento de oro para un eventual ajuste del tratamiento. En el segundo, informa al profesional sobre una desviación del cuidado de un grupo de pacientes, pero tiene menos posibilidades, comparado con el primer caso, en el cual el médico asume una conducta activa que genera la modificación (mejora) del valor de la hemoglobina glicosilada a futuro.

Sin embargo, para ofrecer una información contextual y oportuna, el sistema de información clínica debe ser muy desarrollado y complejo. O, por lo menos, requiere de mucha coordinación. Por lo tanto, los que decidan qué priorizar a la hora de desarrollar un sistema de información clínica, deberán tener en cuenta cuáles son los objetivos principales, y qué otros aspectos son deseables a largo plazo pero no cruciales a la hora de optimizar el cuidado de la salud en el presente.

En caso que se desarrolle un sistema de información clínica que ofrezca recordatorios oportunos, debe considerarse que un buen momento para brindar información oportuna al equipo de salud es durante la consulta con la persona. Esto no invalida el suministro de información

en otros momentos; si se hiciera a posteriori (como por ejemplo todas las personas con insuficiencia cardíaca que se internaron en el último mes), no serviría para prevenir estos eventos (por definición, estas personas ya sufrieron la descompensación de su cuadro cardíaco), pero igualmente sería de utilidad. También contribuir para identificar a un subgrupo de personas de mayor riesgo, o que requieran un seguimiento más estrecho. Y sería útil como una forma de auditoría y retroalimentación (feedback) al equipo médico sobre qué sucedió con las personas que estaban tratando y si pudo haberse hecho algo para prevenir esto (con la idea de mejorar la calidad de atención a futuro). Por otro lado, si la información fuera a priori (aún sin brindarse dentro de la consulta médica), podría evitarse el evento de descompensación, o mejorar su evolución a mediano plazo. En el ejemplo de insuficiencia cardíaca, un aumento de peso sostenido durante varios días podría alertar al equipo médico sobre una inminente descompensación. Esto requiere mucha coordinación y recursos que pueden no estar disponibles.

Sin embargo, tal como vimos previamente, la tecnología no es lo más importante para poder desarrollar un sistema de información clínica de estas características. Siempre es más importante la lógica subyacente y la forma de organizar la información para que sea útil en el proceso de atención. Esto podría hacerse incluso sin tecnología alguna. Bastaría por ejemplo que cada resultado de glucemia superior a 200 mg/dl o de hemoglobina glicosilada mayor de 8% (o el valor que se considere más conveniente) se volcara a un listado.

Más adelante, podría contactarse al equipo médico tratante para informarle de esta situación y/o a la persona cuyos valores se encontraran alterados para ofrecerle una consulta médica anticipada, educación respecto a este tema, o lo que se considere apropiado.

Por lo tanto, el concepto de oportunidad debe ser adaptado según las posibilidades y prioridades de cada contexto. Lo importante, es que permita generar un cambio en el proceso de atención.

Es fundamental trabajar con información confiable integrando el concepto de oportunidad con el de precisión desarrollado previamente. La idea de oportunidad es el potenciar las chances de que la información sea utilizada y genere, si corresponde, un cambio en la atención de una persona (o subgrupo). Si dicha información resultara errónea, en un futuro el equipo médico y/o el paciente, podrían rechazar futuros contactos del Sistema de Información Clínica, perdiendo mucho más que las ventajas de la oportunidad.

Para pensar

Por lo tanto, es relevante balancear la necesidad de brindar información oportuna y contextual versus la calidad de la información suministrada, ya que la primera aumenta las exigencias para un adecuado control (auditoría, validación) de la segunda.

5) Monitorear el funcionamiento del equipo de atención y cuidado

Otra de las principales ventajas de un sistema de información clínica es que permite monitorear (controlar, supervisar) el desempeño del equipo de atención. Esto no debe interpretarse en un sentido estrecho, como mera fiscalización del cumplimiento de los procesos. En este sentido, utilizar un criterio más amplio, puede ser uno de los pilares sobre los que se apoye un programa de mejora continua de la calidad (recordar la unidad temática 2). Puede favorecer el cumplimiento de las etapas de “planificar” (con los datos del sistema de información clínica), de “hacer” (monitoreando el cumplimiento de lo planeado) y de “estudiar” los resultados (utilizando el mismo sistema de información).

Cuanto más oportuna y contextual sea la información que proporcione el sistema, más utilidad tendrá para lograr mejoras individuales. Sin embargo, como el monitoreo en general se hace o se puede hacer con información agregada y a posteriori (luego del proceso de aten-

ción), este punto no es tan crítico. Pero debe tenerse en cuenta que cuanto antes se disponga de la información pertinente, antes también se podrán corregir las eventuales desviaciones de lo planificado. Por ejemplo, si el objetivo es realizar una campaña de vacunación contra el virus de Influenza en una subpoblación de alto riesgo (digamos todas las personas con enfermedades respiratorias crónicas atendidas en una jurisdicción determinada), si la información sobre personas vacunadas se obtiene seis meses luego del final de la campaña, esto servirá para calcular el impacto de la misma y, eventualmente, para planificar ajustes para el año siguiente. Si, por el contrario, luego del primer mes de la campaña ya se dispone de datos como la tasa de vacunación, porcentaje de población objetivo cubierta, etc., esto permitirá hacer ajustes que mejoren los resultados de la campaña en curso (por ejemplo, aumentar la difusión, ampliar los horarios de vacunación, manejar los stocks de vacunas, etc.).

Para pensar



¿Cuál es el dato más importante que necesitaría el sistema para poder gestionar una campaña como la del ejemplo?

Es fundamental tener nominalizada a la población objetivo, ya que nos permitirá calcular cuántas dosis de vacunas se necesitan, qué porcentaje de esta población se puede vacunar, etc. De lo contrario, sólo se sabrá cuántas vacunas se aplicaron y qué porcentaje significa dentro del stock del que se dispone. Esta información es valiosa por sí misma. También puede ser utilizada para compararla contra estimaciones o vacunaciones efectuadas en años previos. Pero nunca podrá reemplazar la identificación de cada persona objetivo y todos los indicadores derivados que pueden realizarse con este dato. Este concepto es clave en la atención centrada en la persona y en el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Se presenta, un breve ejemplo local de cómo un sistema de información clínica puede colaborar con la mejora de un sistema de salud. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección de Atención Primaria de la Salud desarrolló el Sistema Único de Registro (SUR).³ Si bien el mismo no fue desarrollado únicamente para la gestión de personas con enfermedades crónicas, sus objetivos generales y específicos están claramente alineados con los ejes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas y con el desarrollo de una red integrada de servicios de salud. Sus objetivos generales son: “desarrollar un instrumento de gestión sanitaria comprometiendo a todos los actores involucrados en el sistema de salud; e implementar un registro prestacional unificado para el primer nivel de atención”. Los objetivos específicos son: “incorporar nuevas tecnologías para el fortalecimiento de la gestión intersectorial; relevar datos centrados en los pacientes y no en los programas; brindando salud, equidad y justicia social”.

Antes de desarrollar el SUR, se identificaron como problemas la “multiplicidad y repetición de registros en la actividad diaria, en perjuicio de la calidad de atención médico-paciente en el primer nivel de atención. A esto se sumaba que de los datos almacenados, algunos se interpretaban y pocos se publicaban, perdiendo confiabilidad y validez por demora en su procesamiento”.

El SUR busca “facilitar el registro único actualizado de datos centrado en el consultante; evitar el relevamiento de datos filiatorios y morfológicos de base en cada consulta; disminuir en un 90% la repetición de datos; mantener actualizada la base epidemiológica de la provincia, a través de las salidas y parametrización del instrumento informático”.

El acceso al sistema se hace a través de Internet. Una clave de acceso permite dar distintos niveles de seguridad que aseguran la confidencialidad de los datos. Diariamente, a través de

la parametrización, se puede obtener el perfil de las personas atendidas, sexo, edad, diagnóstico, prácticas, prestaciones, medicamentos y tratamientos prescriptos. Esta información actualizada facilita la gestión de los diferentes procesos de atención en los distintos niveles del sistema de salud. Las siguientes figuras son ejemplos del tipo de reportes que brinda este sistema.

Tabla 1: Diagnósticos, medicamentos entregados y prácticas realizadas entre 2009 y 2012, ordenados por frecuencia.

Fuente: Sistema Único de Registro. Dirección de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., Argentina.

Diagnósticos obtenidos (10 primeros reportes)

Toda la provincia
Período: 01/01/2012
Total: 797115

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
RECETA MÉDICA	132437
CONSULTA PARA VACUNACIÓN	49766
CONTROL DEL RECIEN NACIDO. NIÑO SANO Y ADULTO	79327
CONSULTA PARA CONTROL DE PRESION ARTERIAL	39884
CONTROL DE SEGUIMIENTO CLÍNICO	26248
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	25149
ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN	24223
CARIES DENTAL	21020
CONTROL PRENATAL- EMBARAZO DE BAJO Y MEDIANO PESO	20992
CONSULTA PARA ENTREGA DE ALIMENTOS	13389

Medicamentos Entregados

(10 primeros reportes)

Toda la provincia
Medicamentos Entregados
Período: 01/01/2009 a 31/12/2012
Total: 2116519

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Etinilestradiol mas levonorgestrel comp. 0,03-0,015 mg	366830
Enalapril / comp. 10 mg	292504
Ibuprofeno / comp. 400 mg	182673
Metformina / comp. 500mg	180927
Amoxicilina / comp. 500 mg	143713
Ranitidina / comp. 150 mg	93378
Hierro mas Ac. fólico / comp. 200 mg	
Glibenclamida / comp. 5mg	80252
Cefalexina / comp. 500mg	63910
Levonorgestrel /comp. 0,03 mg minipíldora	63189

Prácticas Realizadas

(10 primeros reportes)

Toda la provincia
Medicamentos entregados
Período: 01/01/2009 a 31/12/2012
Total: 339963

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Control de presión arterial	110848
Aplicación de vacuna	83525
Aplicación de inyección	33788
Curación	23251
Entrega de medicación anticonceptiva	20135
Control de glucemia en sangre u orina	13014
Control de temperatura	11749
Entrega de alimentos	10339
Nebulizaciones	9089
Extracción de sangre hospitalaria	4437

Tabla 2: Listado nominalizado de vacunas contra HPV aplicadas (se eliminó parte de la información para asegurar la confidencialidad).

Vacunas aplicadas nominalizadas

Partido: ENSENADA

Vacunas aplicadas

Período: 01/01/2009 a 31/12/2012

Total: 566

Establecimiento: UNIDAD SANITARIA N° 184

Partido: ENSENADA

Localidad: PUNTA LARA

Dirección: COLUMNA 184 CAMINO COSTANERO

HPV 1° DOSIS

NOMBRE	DOCUMENTO	SEXO	FECHA NAC.	FEC CONSULTA	EDAD EN LA CONSULTA
EVELYN	XX.XXX.XXX	F	2000	31/10/2011	11a 4m 26d
SOFIA	XX.XXX.XXX	F	2000	20/10/2011	11a 2m 11d
LUDMILA	XX.XXX.XXX	F	2000	31/01/2012	11a 6m 5d
SHEILA	XX.XXX.XXX	F	2000	17/11/2011	11a 5m 5d
LEILA	XX.XXX.XXX	F	2000	26/10/2011	11a 5m 29d
MALENA	XX.XXX.XXX	F	2000	17/11/2011	11a 6m 16d

Partido: FLORENCIO VARELA

Vacunas aplicadas

Período: 01/01/2009 a 31/12/2012

Gráfico 1: Cantidad y proporción de los principales medicamentos entregados en 2009 y 2010. Nótese la variación de las cantidades y proporciones.

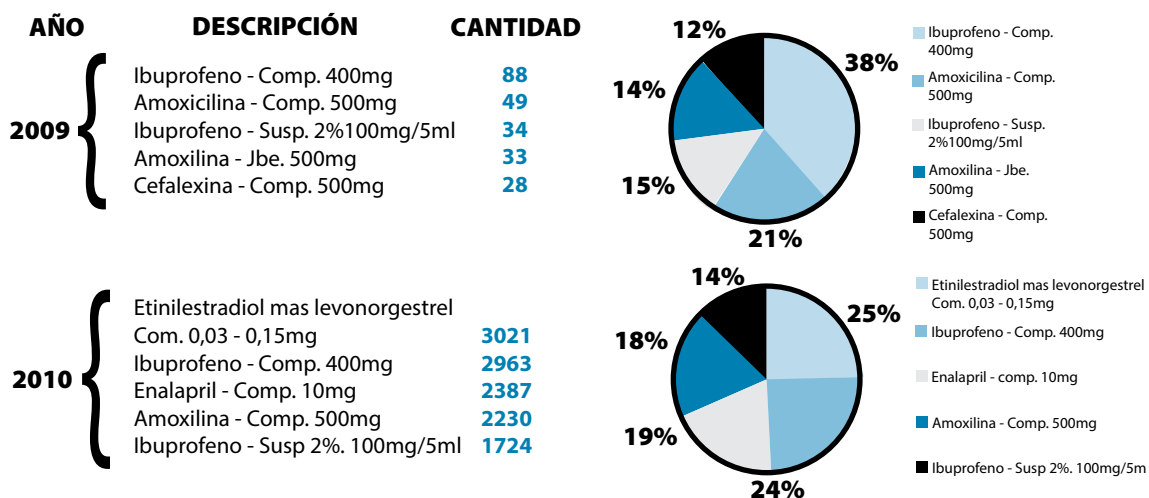
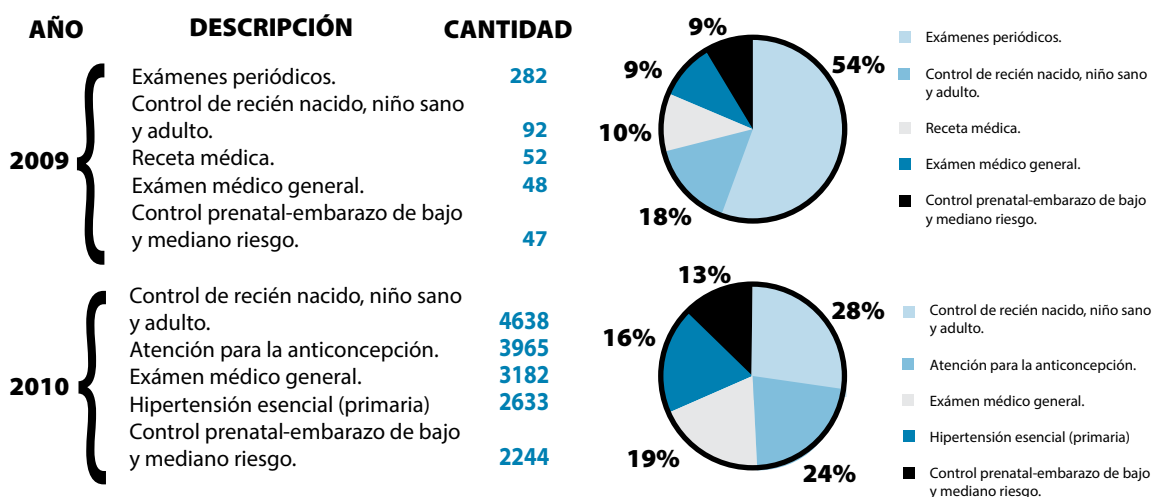


Gráfico 2: Cantidad y proporción de los principales diagnósticos obtenidos en 2009 y 2010.



Fuente: Sistema Único de Registro. Dirección de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., Argentina.

En síntesis, si bien todavía queda desarrollo pendiente para lograr las prestaciones de un sistema de información clínica ideal, según lo visto anteriormente en forma teórica (por ejemplo, integración completa al proceso asistencial), este es un buen ejemplo local de las posibilidades y potencialidades de un sistema de información clínica.

Un sistema de información clínica bien estructurado e implementado es uno de los pilares del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas. Facilita la integración de los otros componentes, favoreciendo la comunicación entre los distintos actores (personas - equipo de salud - gestores sanitarios), y mejorando la capacidad para planificar, desarrollar y monitorear la atención a la salud (entre otras fortalezas).

3 Indicadores en salud

En este apartado se desarrollará el concepto de indicador de salud, junto con los subtipos existentes y se brindarán ejemplos respecto a la construcción de algunos de ellos.

Los indicadores son una medida de resumen que nos ayuda a estudiar dónde estamos y a dónde vamos respecto a determinados objetivos y a evaluar su impacto. Son medidas sucintas que apuntan a describir un sistema de una forma condensada pero estandarizada, de una manera simplificada y resumida, pero a la vez comprensible. Los indicadores nos ayudan a entender un sistema, compararlo y mejorarlo.

También ofrecen una visión general respecto al eje que evalúan. Un indicador nunca captará totalmente la riqueza y complejidad de un sistema, aunque una combinación apropiada de ellos podrá acercarnos a un entendimiento suficiente como para tomar decisiones.

Normalmente, se basan en números y técnicas numéricas, expresándose en general como un cociente. Son una forma de objetivar la realidad y de ser explícitos. Permiten también, al ser contruidos de una forma predefinida y estandarizada, comparar tendencias en el tiempo y eventualmente las diferencias con otros sistemas o contextos (para esto, obviamente, hay que medir el/los mismo/s indicador/es de la misma forma a lo largo del tiempo).

Más allá de lo complejo que pueda parecer el concepto de indicador, es algo a lo que en general estamos acostumbrados. Uno de los más conocidos es el de mortalidad infantil. La definición y construcción, según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud es:

Nro. de muertes de menores de un año de edad
acaecidas en la población de un área geográfica
dada durante un año dado

Tasa anual de mort. inf. = ----- x 1000

Nro. de nacidos vivos registrados en la población
del área geográfica dada durante el mismo año.

Se trata de una tasa, la cantidad de defunciones anuales de niños menores de un año (numerador) sobre la totalidad de la población que compone este subgrupo (denominador). Más allá de ser sólo un número sobre algo muy concreto, es un dato muy poderoso a la hora de evaluar una sociedad determinada. Esto es porque refleja mucho más que la relación entre el numerador y denominador. Tiene asociada no sólo la salud de la población infantil sino también de toda la sociedad. Además, capta de manera indirecta aspectos del desarrollo socioeconómico de la misma.

¿Todo esto se desprende de un simple cociente? Sí y no. Claramente todo esto no tiene que ver en sí con la forma en la que está construido. Uno, técnicamente, sólo podría hablar de la cantidad de muertes en este subgrupo y nada más. Pero dado que la mortalidad infantil se asocia a muchas otras variables estructurales que son más complejas de medir (pobreza, inequidad, educación, acceso a la salud, etc.), es que resulta tan útil como “indicador” del estado de salud y desarrollo de una población. Este es el concepto más importante de un indicador. Es por ello que uno debe saber qué es lo más importante que uno quiere reflejar de una realidad muy compleja e imposible de resumir en su totalidad y, en función de ello, construir un (conjunto de) indicador(es) que nos pueda(n) dar una idea simplificada de esta realidad.

Mejorar un sistema depende en parte de una buena comprensión y de una buena medición del mismo. Se mide para entender cómo funcionan las cosas y para eventualmente mejorarlas. Los indicadores sólo son una forma de medición. No un fin en sí mismo, sino una herramienta de gestión. Si se usan de manera apropiada, ayudarán a comprender mejor lo que los sistemas hacen y cómo se pueden mejorar.

Recordar

Los indicadores deben ser creados y utilizados para reflejar en forma muy concreta las dimensiones de interés del sistema en estudio. Sirven para “indicar”, para evaluar cómo se están realizando las diferentes acciones para lograr el objetivo planeado.

Los tres roles fundamentales de la medición en la que se pueden utilizar indicadores son:

- 1. Para la comprensión: saber cómo funciona un sistema y cómo se podría mejorar (papel de la investigación).**
- 2. Para el rendimiento: seguimiento acerca de si el sistema está funcionando y cómo lo hace según un nivel acordado (rendimiento / gestión / papel de mejora).**
- 3. Para la rendición de cuentas: permite ser abiertamente analizados como individuos, equipos y organizaciones (la rendición de cuentas / papel democrático) por las personas que consultan o se atienden, por el gobierno y por los ciudadanos en general.**

Quizás uno de los aspectos más útiles de un indicador o un conjunto de ellos es que permiten ver cómo varían en el tiempo. El seguimiento periódico de un indicador permite, por ejemplo, conocer cómo las acciones que vamos desempeñando contribuyen a alcanzar el objetivo propuesto. Si se quiere evaluar el desempeño del equipo de salud en la implementación de una guía de práctica clínica de tratamiento de diabetes (ver este concepto en la unidad temática 5) se puede medir periódicamente el porcentaje de personas con al menos una determinación de hemoglobina glicosilada en 1 año. El valor inicial o basal puede luego compararse con las futuras mejoras (o no) que vayan sucediendo. Esto servirá como “termómetro” sobre la efectividad de la implementación de la guía de práctica clínica.

3.1 Clasificación de los indicadores

En términos generales, los indicadores se pueden clasificar en tres tipos:

1. Indicadores de estructura

Evalúan la “estructura” encargada de llevar a cabo una acción o conjunto de acciones o servicios. Esta estructura se refiere a los recursos, en general físicos y humanos, con los que se cuenta. En una analogía culinaria, vendría a representar el tamaño de la cocina, la cantidad de cocineros, ayudantes, hornallas, utensilios disponibles y los ingredientes o la materia prima con la que cuento. Respecto de los ingredientes, por ejemplo, para hacer una torta necesito harina, huevos, manteca, azúcar. Si no tengo azúcar, puedo usar miel, por ejemplo. Si no tengo manteca, crema sirve también, o yemas. Pero si no tengo ninguna materia grasa, puede ser complicado. En salud, indicadores de estructura típicos serían cantidad de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes; cantidad de médicos por cada 1.000 habitantes, etc. Si no tengo médicos, o los mismos son escasos o no están accesibles geográficamente, pero tengo buen número de enfermeros, muchos procesos se pueden hacer igual de bien (o mejor). Pero si tengo déficit en ambos recursos humanos, la tarea asistencial puede ser problemática, aun cuando esos pocos recursos sean de excelente calidad y desempeño. Los indicadores de estructura son los más utilizados, en parte porque son los más fáciles de conseguir (en general se sabe con qué recurso humano se cuenta porque mes a mes se deben pagar sueldos u honorarios). Por sí solos no alcanzan (por ejemplo, no miden productividad ni aseguran resultados de calidad) aunque resultan fundamentales para empezar a analizar un sistema, para planificar o asignar recursos, entre otras utilidades.

2. Indicadores de proceso

Permiten tener una idea de cómo se está llevando a cabo el proceso de atención (en salud). Este en general es un servicio (rastreo de cáncer de cérvix, vacunación, etc.). También puede ser un producto, como la elaboración de un folleto educativo. En el ejemplo culinario, el proceso sería la mezcla de los ingredientes, el reposo de la masa, su cocción, el desmolde, enfriamiento, almacenamiento, distribución, etc. Según cuáles sean los objetivos principales, se elegirán los indicadores más apropiados. En una panadería, uno importante podría ser el tiempo que tardo entre que empiezo el amasado hasta que coloco el producto en el horno. Si tardo muy poco, puede que la masa no leve lo suficiente. Si tardo mucho, estaría perdiendo eficiencia en la producción. En salud, indicadores de proceso típicos se relacionan con puntos críticos del proceso de atención: tiempo puerta-balón en personas con un infarto (desde que entra a la guardia hasta que se comienza el procedimiento para desobstruir la arteria).

3. Indicadores de resultado

Tratan de representar el resultado final o la salida del proceso en consideración. Siguiendo el ejemplo de cocina, si la torta tiene buena presentación visual, si es sabrosa, el costo por kilo, etc. En salud, habitualmente los indicadores de resultado deben reflejar la modificación de parámetros clínicos, como disminución de la tensión arterial, valores de hemoglobina glicosilada o cambios de mayor impacto, como desarrollo de complicaciones o mortalidad. Entonces, son ejemplo de indicadores de resultado, porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 con hemoglobina glicosilada A1c <8%; o porcentaje de personas con antecedente de enfermedad coronaria con colesterol LDL <100 mg/dL.

En la siguiente tabla se pueden ver ejemplos de indicadores de estructura, proceso y resultado en salud:

Tabla 3: Ejemplos de indicadores para evaluar un programa de hipertensión arterial

Tipo de indicador	estructura	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de centros de salud que cuentan con equipamiento básico (tensiómetro, estetoscopio, balanza, altímetro, historia clínica ambulatoria para adultos) - Porcentaje de centros de salud que cuentan con acceso a medicamentos esenciales - Porcentaje de centros de salud con acceso a estudios complementarios básicos
	proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de personas bajo programa que retiraron 12 tratamientos mensuales en 1 año - Porcentaje de personas bajo programa con al menos 3 tomas de TA en 1 año - Porcentaje de personas bajo programa que tienen calculado el RCVG
	resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de personas sin diabetes bajo programa con valores TA menores a 140/90 - Porcentaje de personas bajo programa que disminuyeron el RCVG

Para pensar

¿Qué información aporta este indicador?

Ejemplo: El Ministerio de Salud de la Nación tiene una línea telefónica gratuita de asesoramiento para personas fumadoras. Una forma de monitorear su funcionamiento es construir un conjunto de indicadores en algunos aspectos que se considere clave. Un indicador útil podría ser cantidad de llamadas entrantes por mes.

La cantidad de llamadas por mes nos da una idea del volumen de la demanda. Los indicadores son solo un recorte de la realidad, una forma de resumirla y simplificarla para poder entenderla y tomar decisiones. Este ejemplo no da un resultado exacto de toda la demanda, ya que solo habla acerca de la cantidad de llamadas recibidas (y no de las que nunca ingresaron o de las personas que consideraron llamar pero nunca lo hicieron). Aun así es una medida muy útil.

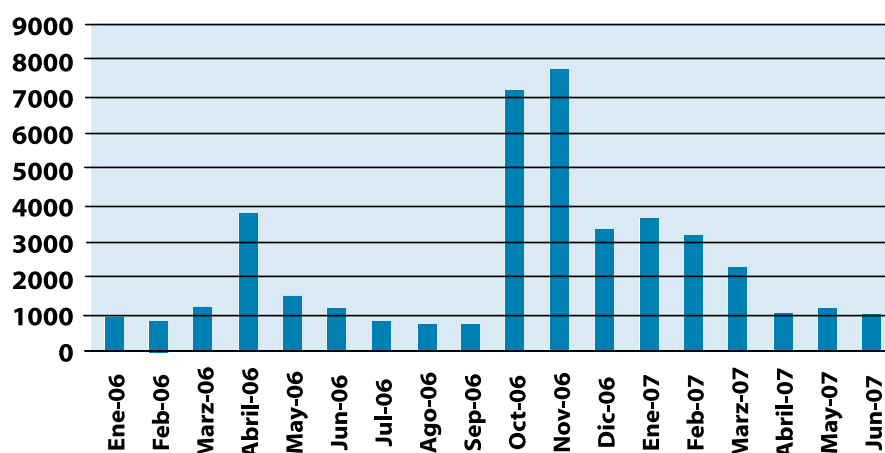
Profundizando, tanto o más importante que el número puntual es su evolución en el tiempo. Si va disminuyendo puede querer decir que la mayoría de los fumadores ya fueron asesorados y que la demanda (los que tienen necesidad de llamar) está bajando. También puede significar que se necesita reforzar la difusión de esta línea telefónica porque la gente se va olvidando que existe. O que el servicio no cumple con las expectativas de la gente y el comentario negativo boca a boca desalienta nuevos llamados. En síntesis, la interpretación del indicador depende de un conocimiento del contexto, su comportamiento en el tiempo, y si responde en la forma prevista o no. Además, es muy difícil entender la realidad con lo que representa un solo indicador. Es por eso que habitualmente se trabaja con varios de ellos (un set o conjunto), para tener una representación más completa de la realidad.

Para pensar

De acuerdo al Gráfico 3 sobre las llamadas entrantes por mes. ¿Qué interpretaciones podría tener? ¿Puede pensarse algún otro indicador que ayude a entender mejor el tema?

Gráfico 3: Llamadas entrantes por mes a la línea 0800-TABACO

Fuente: Impacto de las campañas de comunicación, en el conocimiento y progresión de las consultas a la línea gratuita de atención al fumador 0800-222-1002. Programa Nacional de Control del Tabaco. 4to. Congreso Argentino Tabaco o Salud. Rosario. Agosto 2009.



En este caso, un indicador que mida la cantidad de personas que llaman por mes aportaría relativamente poca información. Si se junta con el indicador previo se podría saber cuántas veces promedio se contacta cada individuo. Pero quizás no valga la pena el esfuerzo extra de recoger los datos necesarios para poder generar este indicador en función de nuestro objetivo (medir y controlar el proceso de atención de la línea telefónica gratuita de asesoramiento antitabaco). Los indicadores deben ser construidos según el objetivo que se persiga y no al revés. Si se hubiese deseado desarrollar un programa de atención para personas tabaquistas quizás sí habría sido importante conocer el detalle de qué personas concretas llaman por mes (tal como se desarrolla en la primera parte respecto a la atención centrada en la persona / paciente), pero el objetivo principal también hubiese sido diferente.

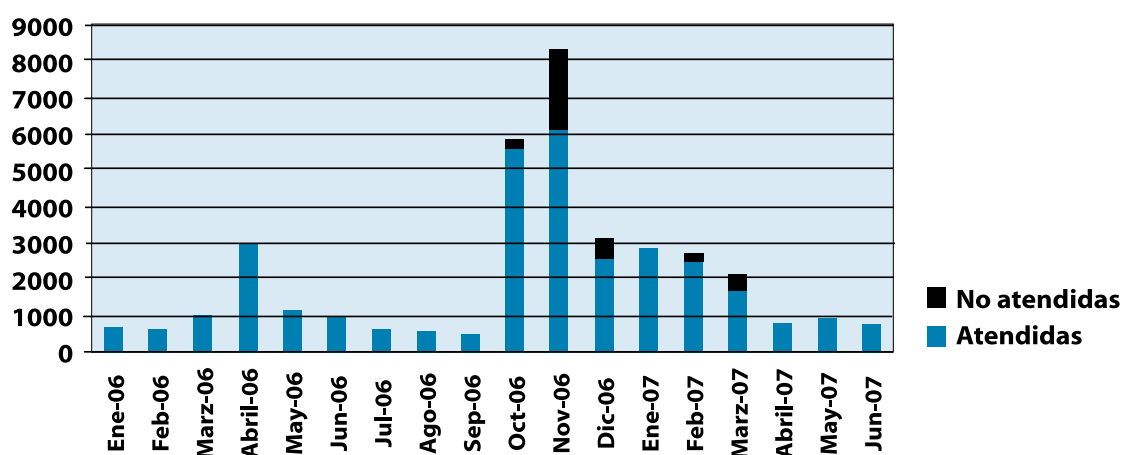
Un indicador que mida el porcentaje de llamadas no atendidas sobre el total de recibidas (llamadas que entraron a las líneas rotativas que no pudieron ser atendidas por un operador dado que el que llamó cortó la comunicación luego de un tiempo de espera) aportaría una visión complementaria fundamental para entender mejor la realidad.

Para pensar

¿Cómo se interpreta el gráfico siguiente?



Gráfico 4: Llamadas entrantes atendidas y no atendidas, discriminadas por mes.



Recordar

Los indicadores deben estar alineados con el objetivo principal de nuestro programa o intervención.

3.2 Cómo construir indicadores

Para construir indicadores es necesario tener en cuenta algunas consideraciones técnicas muy importantes. Se brindará aquí una breve descripción.

Un buen indicador tiene que tener varias cualidades que lo hagan útil. Entre las más importantes, están la validez, que es la capacidad de medir lo que realmente se propone medir; y la confiabilidad, que es el dar resultados consistentes en el tiempo.

Para la confiabilidad es fundamental definir con cuidado cada indicador. Habitualmente se observan indicadores que están definidos nominalmente (el nombre del indicador), en una frase. Se han visto aquí: porcentaje de personas con diabetes con hemoglobina glicosilada <8%. Pero con esto no alcanza. Hay que construirlo, definiendo bien el numerador, el denominador, el lugar o ámbito geográfico, el período de tiempo considerado y la fuente de donde se obtendrán los datos.

El numerador está formado por todos los casos de interés detectados en un periodo (por ejemplo, número de CAPS de una determinada área que ofrecen turnos programados). El denominador está conformado por el universo al que pertenecen los casos detectados (en el mismo ejemplo, el número total de CAPS de esa área). En general, un indicador se construye como una fracción, donde el numerador es una parte del denominador. Algunas veces se agrega además un factor de amplificación, que es un número por el que se multiplica la fracción para facilitar su interpretación. Por ejemplo, se puede multiplicar por 100 y, de este modo, expresarlo como porcentaje.

Retomando el ejemplo de mortalidad infantil, vemos en el denominador referencia explícita al grupo de personas (nacidos vivos), a un área geográfica determinada (por ejemplo una ciudad, o provincia, o la nación), y a un tiempo concreto (un año). El numerador incluye la condición o evento de interés que sucede a una parte del denominador (en este caso, muerte).

$$\text{Tasa anual de mort. inf.} = \frac{\text{Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Para pensar

Considere un indicador que utilice habitualmente en su medio, o busque uno sobre algún tema de interés para usted y analícelo. ¿Está claramente definido en todos los aspectos mencionados hasta ahora? ¿Hay algunos detalles que se puedan mejorar en su construcción?

Respecto de la validez, concepto bastante complejo, lo más importante es entender qué representa el indicador e interpretar sus resultados en consecuencia. Si, por ejemplo, se considera el porcentaje de personas con hipertensión arterial atendidas en un CAPS que retiran medicación antihipertensiva, esto no es sinónimo de tratamiento efectivo. Algunas de estas personas pueden, por ejemplo, vender los remedios a terceros (y, por ende, no tomarlos). Como en la mayoría de los casos las personas que retiran los fármacos habitualmente los toman, se asume que el registro de retiro es similar a la ingesta de los medicamentos, y se considera como válido este indicador para la toma de antihipertensivos. Se debe saber que no es lo mismo. En algunos casos, esta diferencia será mucho mayor que lo tolerable (el indicador no será válido para lo que se pretende medir). En esos casos se debe analizar qué hacer.

Por lo tanto, considerando los conceptos de validez y confiabilidad, deberemos poner en la balanza también la facilidad de obtención de los datos para construir los indicadores, la factibilidad y el costo, entre otras características para elegir la combinación de indicadores que, en nuestro contexto, sea la más adecuada.

Para concluir, el sistema de información clínica es uno de los pilares del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas. Su función es organizar los datos clínicos de los pacientes y de la población de referencia para proveer una atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de subpoblaciones con necesidades especiales y la coordinación de la atención clínica integral. Genera recordatorios oportunos para las personas y los proveedores y con ello facilita la aplicación de recomendaciones de las guías de práctica clínica y las estrategias de mejora. La información oportuna acerca de personas particulares y subgrupos con ECNT es una característica importante de los programas eficaces.

Los sistemas de información clínica deben, idealmente, contener los datos y presentar información demográfica del paciente, historial de visitas, medicamentos, servicios pendientes, resultados de laboratorio y otras medidas. Los informes pueden centrarse en los proveedores, las personas (pacientes) o los resultados clínicos. Los registros deben generar cartas de recordatorio y etiquetas de correo.

Los servicios que brindan cuidados crónicos necesitan disponer de sistemas de información integrados, que vinculen a todos los miembros de la red; que incluyan información de planificación y de procesos para la evaluación y monitoreo, así como de herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas, y que permitan agregar datos para orientar la mejora continua de la calidad. Estos sistemas deberían estar integrados a los sistemas de vigilancia o información epidemiológica tradicionalmente dedicados a la morbilidad y a la mortalidad por enfermedades transmisibles.

Importante

El buen funcionamiento de los sistemas de información clínica, ya sea en papel o informatizados, es uno de los aspectos más importantes de la atención de personas con ECNT.

Ejercicios

A. Marque la opción correcta para cada una de las preguntas.

1) ¿Para qué sirve un sistema de información clínica?

- ☐ a) Para recolectar, agrupar y analizar los datos generados e integrarlos, para obtener información clave y oportuna, para facilitar la planificación, monitoreo y control del sistema de salud en general.
- ☐ b) Para recolectar, agrupar y analizar los datos generados, para poder mejorar la eficiencia del sistema de salud en general.
- ☐ c) Para recolectar, agrupar y analizar los datos generados e integrarlos, para obtener información clave y oportuna que pueda controlar la acción de los profesionales de la salud.

2) ¿Cuáles son sus puntos principales?

- ☐ a) Identificar las poblaciones o subpoblaciones para la atención proactiva y facilitar la planificación de la atención individual.
- ☐ b) Compartir información con los pacientes y proveedores para coordinar la atención y proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y los pacientes.
- ☐ c) Monitorear el funcionamiento del equipo de atención y cuidado.
- ☐ d) Todas son correctas.

3) Antes de desarrollar el Sistema Único de Registro, ¿cuáles eran los problemas más importantes detectados en el sistema de información en salud de la Provincia de Buenos Aires?

- ☐ a) Multiplicidad y repetición de registros en la actividad diaria, en perjuicio de la calidad de atención médico-paciente en el primer nivel de atención.
- ☐ b) De los datos almacenados, algunos se interpretaban y pocos se publicaban, perdiendo confiabilidad y validez por demora en su procesamiento.
- ☐ c) Los datos administrativos eran utilizados para la asignación de recursos según necesidad.
- ☐ d) a y b son correctas.
- ☐ e) a y c son correctas.

4) ¿Qué es un indicador?

- ☐ a) Los indicadores son el objetivo principal de un sistema de información clínica y lo que permite la consecución del fin último.
- ☐ b) Los indicadores son una medida de resumen que nos ayuda a estudiar dónde estamos y a dónde vamos respecto a determinados objetivos y a evaluar su impacto.
- ☐ c) Los indicadores son una medida de resumen que nos ayuda a controlar los costos de un sistema para una mejora continua de la calidad.

5) ¿Cuáles son los tres roles fundamentales de una medición?

- ☐ a) Para la comprensión, para el conocimiento y para la rendición de cuentas.
- ☐ b) Para la comprensión, para el rendimiento y para la nominalización.
- ☐ c) Para la comprensión, para el rendimiento y para la rendición de cuentas.

6) ¿Cuál de estos es un indicador de resultado?

- ☐ a) Porcentaje de personas con diabetes que recibieron material educativo.
- ☐ b) Porcentaje de personas con diabetes que asistieron a la consulta.
- ☐ c) Porcentaje de personas con diabetes que tienen un índice de masa corporal entre 20 y 24.
- ☐ d) Porcentaje de personas con diabetes del área programática que fueron vistos en el último año.

4

Respuestas

A. 1. a) 2. d) 3. d) 4. b) 5. c) 6. c)

Unidad temática 5
Apoyo a la toma de decisiones

5

Unidad temática 5

Apoyo a la toma de decisiones

Dra. Alejandra Alcuaz

1.	Objetivos	79
2.	Introducción	79
3.	Variabilidad de la práctica y calidad de atención	79
4.	¿Qué es una GPC?	81
5.	GPC versus otras herramientas para la toma de decisiones	82
6.	Calidad de una GPC: el instrumento AGREE	84
7.	Implementación de GPC	85
8.	Apoyo a la toma de decisiones en la atención de personas con enfermedades crónicas	85
	Anexo. Evaluación crítica de guías de práctica clínica: EL INSTRUMENTO AGREE	88
	Ejercicios	90

1 Objetivos

- Incorporar el concepto de variabilidad inapropiada de la práctica.
- Conocer la utilidad de las guías de práctica clínica (GPC) y los criterios que se utilizan para evaluar su calidad.
- Comprender la importancia de la implementación de las GPC.
- Familiarizarse con el uso de las GPC elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación.

2 Introducción

Un modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, requiere contar con un dispositivo de apoyo a la toma de decisiones que ponga a disposición, tanto del equipo de salud como de los pacientes y su familia, el conocimiento sobre aquellas intervenciones que han mostrado ser efectivas para controlar la enfermedad y preservar la calidad de vida. Las guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia, ofrecen esta información. Su simple elaboración no garantiza que sus recomendaciones se apliquen. Para esto es necesario llevar adelante un plan de implementación que favorezca su aplicación en la práctica y cumplan el propósito con el que fueron elaboradas.

A lo largo de esta unidad temática se desarrolla el concepto de variabilidad de la práctica, se abordarán las distintas herramientas que se pueden utilizar para la toma de decisiones, cómo se puede evaluar la calidad de una guía, los pasos que deben seguirse para su implementación y los recursos que ofrece el Ministerio de Salud de la Nación para el desarrollo de un dispositivo que contribuya a la toma de decisiones.

3 Variabilidad de la práctica y calidad de atención

Una práctica clínica de buena calidad, es aquella que recomienda las intervenciones más adecuadas para mejorar, conservar o restablecer aquellos aspectos de la salud de la persona, que puedan mejorarse, mantenerse o restablecerse, de acuerdo con el nivel de conocimiento científico existente.

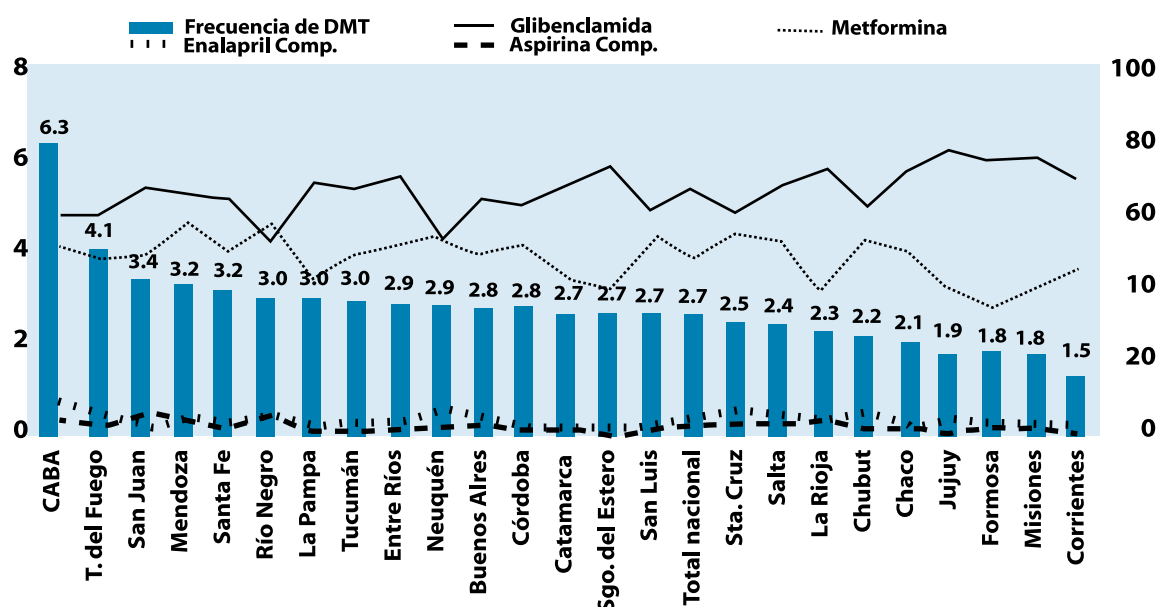
Sin embargo, muchos estudios demuestran que personas con características similares, que presentan el mismo problema de salud, con frecuencia reciben intervenciones diagnósticas o terapéuticas diferentes. Estas diferencias en el proceso de atención, la mayor parte de las veces, no están justificadas, y pueden llevar a resultados clínicos dispares y a variaciones considerables en los costos.

A modo de ejemplo, podemos ver como la evidencia indica que las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), en particular aquellas que presentan sobrepeso, deberían recibir metformina, como primera droga para su tratamiento. Sin embargo, estadísticas del Programa Remediar + Redes del año 2007 muestran que sobre un total de 215.091 recetas de pacientes con DMT2, la glibenclamida era mucho más prescrita que la metformina, en la mayor parte de las jurisdicciones.

A su vez, un estudio realizado en 2001 sobre evaluación de la calidad de atención de diabetes en América Latina¹ muestra, sobre un total de 12.284 personas con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), una tasa baja de realización de muchos de los procedimientos recomendados.

En el siguiente gráfico se resumen sus principales resultados:

Gráfico 1. Frecuencia de diagnóstico y prescripción de medicamentos por provincia. Base: Formularios R con DMT (DU) Total: 215.091



Procedimientos	DMT2 % n = 12.284
Tensión arterial	97
Colesterol	80
TG	77
C-HDL	60
Examen pies	79
Creatinina	58
Control retina	37
HbA1c	56
Microalbuminuria	25

Si bien estas diferencias pueden deberse, en algunos casos, a factores como barreras de acceso o características particulares de la población, la variabilidad de la práctica* está determinada, la mayor parte de las veces, por el criterio u opinión del profesional de la salud interviniente. De este modo, es probable que, en ciertos casos, ocurra que algunas personas reciban procedimientos que no necesitan y otros, que realmente sí lo requieren, no lo reciban.



Variabilidad inapropiada es la práctica que no puede justificarse por la evidencia científica ni la epidemiología del problema de salud, sino que refleja la opinión de los profesionales o las características del entorno sanitario.

A lo largo de los últimos veinte años, numerosas publicaciones han documentado el uso inapropiado de intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Por ejemplo, algunos estudios mostraron un porcentaje de cirugías de revascularización coronaria realizadas por razones inapropiadas un 16% en el Reino Unido y un 5% en Holanda. A su vez, se ha registrado un porcentaje

de angioplastias coronarias realizadas por razones inapropiadas de un 38% en Suecia y el 22% en España.²

De este análisis surge la necesidad de estandarizar los procesos de atención mediante la implementación de herramientas que resulten confiables. De este modo, los equipos de salud podrán seleccionar las intervenciones más adecuadas para el cuidado de las personas a las que atienden.

Una de estas herramientas es la GPC, que pretende mejorar tanto la efectividad como la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas contribuyendo así, a la reducción de la variabilidad inapropiada o injustificada de la práctica.

4 ¿Qué es una GPC?

Una GPC es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica, cuyo propósito es facilitar al equipo de salud, a los pacientes y a sus cuidadores a tomar decisiones sobre su asistencia sanitaria.

Las GPC pueden englobar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos de determinadas patologías. Su utilización permite seleccionar las alternativas diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica, incidiendo en el nivel asistencial donde la actividad es más frecuente.

Las GPC de alto rigor metodológico son elaboradas por un equipo interdisciplinario y contemplan la participación de pacientes. Su contenido se basa en una revisión sistemática de la evidencia disponible, que es la base de la Medicina Basada en la Evidencia. Pero no siempre las recomendaciones elaboradas para una población pueden ser aplicadas directamente en cualquier otra. Por esta razón, las dos características más importantes que debe tener una GPC son: 1) la mejor evidencia científica disponible y 2) la adaptación al contexto local.

Gráfico 2. Principales atributos de las GPC.



Con el propósito de disminuir la variabilidad inapropiada de la práctica clínica el Ministerio de Salud de la Nación elabora guías de práctica clínica de alto rigor metodológico que contribuyen a:

- Mejorar la seguridad de las personas.
- Reducir retrasos diagnósticos.
- Evitar la solicitud inadecuada de estudios complementarios.

5 GPC versus otras herramientas para la toma de decisiones

Como se mencionó anteriormente, las GPC son enunciados desarrollados de manera sistemática para asistir al profesional y a la persona con enfermedad crónica acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas.³ Su objetivo es minimizar la variabilidad inadecuada de la práctica y, en consecuencia, mejorar los resultados clínicos obtenidos.

Las GPC son elaboradas por un equipo interdisciplinario conformado por expertos en metodología de la investigación, expertos temáticos y potenciales usuarios, quienes a través de un proceso riguroso, establecen los propósitos y objetivos de la guía, formulan las preguntas clínicas y realizan una búsqueda sistemática de evidencia. Una vez recabada dicha evidencia, se evalúa su calidad, se clasifica en niveles y se selecciona la de mejor calidad (Nivel 1 ó 2) para responder a las preguntas clínicas y formular las recomendaciones. Después se realiza un consenso junto a un panel de expertos que no hubo participado en su elaboración, con el objetivo de revisar y ponderar dichas recomendaciones. Una vez redactada la guía es sometida a una revisión externa.

A modo de ejemplo se presenta la clasificación propuesta por el Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), tomado de su sitio web³, para determinar los niveles de evidencia, donde el nivel 1++ es el de mayor evidencia científica y el nivel 4, el de menor.

Tabla 1. Niveles de evidencia del Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), disponibles en sign.ac.uk

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Revisiones de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
4	Opiniones de expertos

Las GPC constituyen verdaderas herramientas para la mejora de la calidad de atención cuando su elaboración es resultado de:

- **Un equipo interdisciplinario**
- **Rigurosidad metodológica**
- **Independencia editorial**
- **Consenso interno y externo posterior a su elaboración**

Es importante diferenciar una GPC de un consenso. Este último es un documento que surge como producto de un consenso de expertos que es previo a su elaboración. Esto le aporta sesgos, que las GPC suelen salvar cuando cumplen determinados estándares de calidad metodológica.

Ejemplo

ej

Hasta hace poco más de un año no había evidencia suficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de cáncer de próstata con la determinación del Antígeno Prostático Específico. Sin embargo, muchas sociedades científicas recomendaban su utilización, mientras que otras, lo cuestionaban.

En ese contexto, sería probable que, de reunirse un grupo de especialistas en urología, y se pusiese de acuerdo en recomendar el rastreo, a continuación buscaría evidencia, seleccionaría la más conveniente para respaldar su postura, y, como consecuencia, determinaría recomendar su práctica.

En tanto, de reunirse un grupo de médicos de familia, sería probable que se pusiese de

acuerdo en no recomendar el rastreo. A continuación, buscaría evidencia, seleccionaría la más conveniente para respaldar su postura, y, como consecuencia, determinaría no recomendar su práctica.

Este acuerdo a priori, demuestra que los consensos, aún aquellos basados en evidencias, se elaboran en base a la opinión de expertos: evidencia nivel 4 (la de menor evidencia de acuerdo a la clasificación del SIGN).

A diferencia de las GPC, cuyo proceso de elaboración sistemático y riguroso determina que sus recomendaciones sean de **alto** grado de evidencia y fuerza de recomendación. (Nivel de evidencia 1 ó 2)

En la siguiente tabla se resumen las principales diferencias entre ambos tipos de documento.

Tabla 2. Diferencias entre la GPC y el consenso.

GPC	Consenso
Ámbito más general	Ámbito más específico-local
Flexibilidad clínica	Rigidez de aplicación
Basados en evidencia científica	No necesariamente basados en evidencia
Metodología sistemática	Grupos de expertos
Elaborada por equipo interdisciplinario	No suele estar elaborada por un equipo interdisciplinario
Propósitos y objetivos definidos	Indefinición en la elaboración
Consenso a posteriori	Consenso a priori
Nivel de evidencia 1-2	Nivel de evidencia 4

Para pensar



¿Utiliza guías de práctica clínica en su práctica asistencial? ¿Se implementan de manera sistemática en su jurisdicción? ¿Cuáles?

6 Calidad de una GPC: el instrumento AGREE

Las GPC son beneficiosas si la calidad con la que fueron realizadas es buena. Una guía de mala calidad puede estar sesgada, voluntaria o involuntariamente, hacia una recomendación que puede ser incluso perjudicial. Por eso, para obtener un resultado exitoso de la aplicación de sus recomendaciones, las guías requieren haber sido elaboradas mediante un proceso metodológico riguroso. Así, de acuerdo al rigor de su elaboración, la calidad de las guías disponibles puede ser extremadamente variable y en ocasiones no satisfacen los estándares mínimos. Entonces, antes de decidir la implementación de una GPC, es imprescindible evaluar su calidad.

El Instrumento AGREE es una herramienta desarrollada para:

- Evaluar la calidad de las guías.
- Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
- Establecer qué información deben contener las mismas y cómo debe ser presentada.

Hacia el final de esta unidad temática se encuentra información detallada sobre la actual versión del Agree II.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró junto a la Academia Nacional de Medicina la *Guía para la adaptación de guías*⁴ un documento basado en la mejor evidencia disponible acerca de cómo debe ser el proceso de elaboración de una GPC utilizando el método de adaptación de guías. Esta guía contiene cada uno de los pasos necesarios para la adaptación de la GPC y ofrece recomendaciones basadas en evidencia y herramientas para cada una de las etapas.

Estos dos instrumentos: AGREE y la *Guía para la adaptación de guías*, rigen el proceso metodológico de elaboración de las GPC que desarrolla la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación.

7 Implementación de la GPC

Como ya se mencionó, las GPC constituyen verdaderas herramientas de mejora de la calidad asistencial. Su simple elaboración y difusión no garantiza la aplicación de sus recomendaciones.

La implementación de una GPC supone la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a trasladar sus recomendaciones a la práctica para alcanzar el objetivo con el que fueron elaboradas.

Este proceso incluye el diseño de múltiples intervenciones cuyos objetivos son:

- **Aumentar el conocimiento para que el equipo de salud y las personas estén informados respecto de las recomendaciones de la GPC.**
- **Cambiar actitudes, de modo que los integrantes del equipo de salud se convenzan que las recomendaciones propuestas permiten mejorar los estándares de atención.**
- **Cambiar los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica, aplicando las recomendaciones de la GPC, teniendo en cuenta además las preferencias de las personas que los consultan y el impacto económico y administrativo.**
- **Modificar resultados, es decir, mejorar la calidad de atención y en definitiva la salud de la población con la adopción de las recomendaciones de la GPC.**

8 Apoyo a la toma de decisiones en la atención de personas con enfermedades crónicas

El apoyo a la toma de decisiones constituye uno de los componentes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas. Consiste en la implementación de GPC basadas en evidencia, de modo que tanto los profesionales como las personas y sus familias conozcan y apliquen sus recomendaciones. Requiere contar con un programa de capacitación continua y un sistema de información clínica que ofrezca recordatorios al equipo de salud para la aplicación de las recomendaciones de la guía. Por otra parte, para que las personas y sus familias conozcan y adopten las recomendaciones de las guías, es necesario contar con un dispositivo para el autocuidado que ofrezca educación terapéutica y un diseño del sistema de atención que promueva la adherencia al tratamiento.

De este modo, se observa que el apoyo a la toma de decisiones no funciona de manera autónoma, sino que depende del resto de los componentes del modelo y, a su vez, los condiciona.

Por lo tanto, la inclusión de este dispositivo necesita realizarse dentro del marco de la implementación del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Con el objetivo de favorecer este componente del modelo, el Ministerio de Salud de la Nación elabora e implementa GPC basadas en evidencia para el abordaje de distintas condiciones crónicas. Entre ellas se encuentran:

- La GPC nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/gpc_preencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
- La guía de bolsillo para la estimación del riesgo cardiovascular. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2012-11-27_guia-rcv.pdf
- La GPC de tratamiento a la adicción al tabaco. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/gpc_tratamiento-adiccion-tabaco-2012.pdf

- La GPC de prevención de la enfermedad renal. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/gpc_preencion-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf
- La GPC sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-01_gpc_obesidad-2013.pdf
- La GPC de diagnóstico y tratamiento de la EPOC (en elaboración).

Conjuntamente con su elaboración, se diseña y se lleva adelante una serie de acciones tendientes a trasladar sus recomendaciones a la práctica y facilitar el desarrollo de un dispositivo para la toma de decisiones en los distintos ámbitos. Por ejemplo, con el objetivo de implementar la GPC nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención y la guía de bolsillo para la estimación del riesgo cardiovascular, el Área de Servicios de Salud de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, diseñó y lleva a cabo una estrategia que integra acciones multidimensionales compuestas por:

- Elaboración y diseminación de versiones abreviadas de las GPC.
- Recordatorios
- Intervenciones mediadas por pacientes
- Intervenciones económicas
- Talleres de implementación de GPC en las diferentes jurisdicciones de nuestro país.
- Capacitación a través del Programa Remediar + Redes (módulos TRAPS).
- Capacitación a través del Campus Virtual de la OPS y la plataforma educativa del Programa Sumar.

Versiones abreviadas de las GPC y algoritmos

- Versión breve y versión rápida de la GPC nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
- Afiche para consultorio para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2012-08-21_consultorio-riesgo-cardiovascular.pdf

Recordatorios

Se elaboraron herramientas con recordatorios de las recomendaciones clave de ambas GPC:

- Historia clínica orientada a problemas para la atención ambulatoria del adulto. Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2012-08-21_historia-clinica.pdf
- Planilla de monitoreo para la persona con diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2012-08-21_planilla-monitoreo.pdf

Estas herramientas contienen listados de procedimientos y prácticas asistenciales recomendadas por las GPC (por ejemplo: frecuencia de solicitud de Hb glicosilada, fondo de ojo o toma de tensión arterial), con la opción de registrar las fechas de realización para facilitar los recordatorios.

Intervenciones mediadas por pacientes

Siguiendo el objetivo de implementar las GPC en la práctica diaria así como para promover el automejoramiento de las personas con diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular, se elaboraron:

- Una libreta de cuidados. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2012-08-21_libreta_cuidados-diabetes.pdf
- Un afiche para sala de espera. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000281cnt-afiche_sala-espera_estimacion-rcv.pdf

Intervenciones económicas

El Programa Redes se propone fortalecer el funcionamiento en red de los servicios de salud, a través de proyectos provinciales que incorporan la gestión de enfermedades crónicas, priorizando a la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus tipo 2 (trazadoras). En este marco, transfiere incentivos a las provincias por el cumplimiento de metas acordadas, basadas en las recomendaciones de las GPC nacionales.

Taller de implementación de GPC

Se elaboró un taller de implementación que, a través de la estrategia de multiplicación, pretende acercar los contenidos de las GPC y demás herramientas a los equipos de salud del primer nivel de atención.

A lo largo de la actividad, utilizando diferentes técnicas, se problematiza sobre el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, el enfoque de riesgo cardiovascular global, el uso de GPC como herramienta para la toma de decisiones, los contenidos de las guías, el contexto de aplicación y la identificación de potenciales barreras y facilitadores locales para su implementación.

Para finalizar, a modo de síntesis, una práctica clínica de buena calidad es aquella que aplica las intervenciones más adecuadas para mejorar, conservar o restablecer aquellos aspectos de la salud de la persona que puedan alcanzar estos objetivos, de acuerdo con el nivel de conocimiento científico existente.

Las GPC basadas en evidencia resultan herramientas confiables para que los equipos de salud puedan seleccionar las intervenciones más adecuadas para el cuidado de sus pacientes.

El desarrollo de un dispositivo para la toma de decisiones supone la implementación de GPC para ofrecer estándares de atención de buena calidad.

ANEXO

Evaluación crítica de guías de práctica clínica: El instrumento AGREE

El instrumento AGREE es una herramienta desarrollada para:

- Evaluar la calidad de las guías de práctica clínica.
- Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías de práctica clínica.
- Establecer qué información deben contener las mismas y cómo debe ser presentada dicha información.

Su versión actual, el AGREE II, es genérica y puede aplicarse a guías sobre cualquier área de la enfermedad y sobre cualquier punto del proceso de atención sanitaria, incluyendo promoción de la salud, salud pública, cribado*, diagnóstico, tratamiento o intervenciones. Es adecuado tanto para las guías publicadas en papel como en formato electrónico. Consta de 23 ítems organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global. Dentro de la bibliografía complementaria del módulo encontrará la versión en español de este instrumento.



Cribado: El cribado, rastreo, o screening es la aplicación de una prueba para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona asintomática. Población diana: universo de personas a quien está dirigida la guía y sobre la que se espera se apliquen sus recomendaciones.

Dominio 1

Alcance y objetivo: alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana* (ítems 1-3).

Dominio 2

Participación de los implicados: se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).

Dominio 3

Rigor en la elaboración: hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas (ítems 7-14).

Dominio 4

Claridad de la presentación: tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía (ítems 15-17).

Dominio 5

Aplicabilidad: hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos (ítems 18-21).

Dominio 6

Independencia editorial: garantizar que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).

La evaluación global incluye una puntuación de la calidad general de la guía y sobre si la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica

Cada uno de los ítems del AGREE II y los dos ítems de la evaluación global están graduados mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 «Muy en desacuerdo» hasta el 7 «Muy de acuerdo»). El Manual del Usuario proporciona indicaciones sobre cómo puntuar cada ítem utilizando la escala de puntuación e incluye también 3 secciones adicionales para facilitar aún más la evaluación por parte del usuario. Las secciones incluidas son: Descripción del Manual del Usuario, Dónde Buscar y Cómo Puntuar.

Puntuación 1

La puntuación 1 significa **“Muy en desacuerdo”**. Debe darse si la guía no ofrece ninguna información relevante del ítem o si el concepto se presenta de forma muy vaga.

Puntuación 7

La puntuación 7 significa **“Muy de acuerdo”**. Debe darse si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los criterios y consideraciones definidos en el Manual del Usuario se han alcanzado por completo.

Puntuación entre 2 y 6

La puntuación entre 2 y 6 se asigna cuando la información respecto al ítem no reúne todos los criterios o consideraciones. La puntuación se asignará dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información.

Una vez completa la evaluación a través de todos los ítems, se clasifica a la guía de acuerdo a su calidad en:

- **Muy Recomendada (MR)**
- **Recomendada (R)**
- **No Recomendada (NR)**

MR: el puntaje correspondiente al dominio “rigor en la elaboración” debe ser mayor a 60%, siendo esta una condición excluyente. Además, en 4 o más dominios debe tener un puntaje estandarizado > al 60%. Las puntuaciones de los dominios restantes no podrán ser menores a 30%.

R: el puntaje correspondiente al dominio “rigor en la elaboración” debe estar entre 30 % y 60%, siendo esta una condición excluyente. Además, en 4 o más dominios debe tener un puntaje estandarizado > al 30%.

NR: toda guía cuyo puntaje en el dominio “rigor en la elaboración” es menor a 30% será clasificada como NR, independientemente del puntaje de los demás dominios. O la GPC cuyo puntaje estandarizado es < 30% en 4 o más de los 6 dominios del AGREE.



Ejercicios

A. Marque la/s opción/es correcta/s para cada una de las preguntas

1. El componente de apoyo a la toma de decisiones del modelo...

- ☐ a) facilita a las autoridades a tomar decisiones sobre la implementación del modelo.
- ☐ b) no incluye la implementación de guías de práctica clínica.
- ☐ c) pone a disposición tanto del equipo de salud como de los pacientes y su familia, el conocimiento sobre aquellas intervenciones que han mostrado ser efectivas para controlar la enfermedad y preservar la calidad de vida.
- ☐ d) funciona de manera independiente de los demás componentes del modelo.

2. La variabilidad inapropiada de la práctica...

- ☐ a) es aquella variabilidad que no puede justificarse por la evidencia científica ni la epidemiología del problema de salud.
- ☐ b) no existe porque la variabilidad de la práctica siempre es apropiada.
- ☐ c) se reduce con la implementación de guías de práctica clínica.

3. Una guía de práctica clínica...

- ☐ a) es un conjunto de recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica.
- ☐ b) su propósito es facilitar al equipo de salud, a pacientes y a sus cuidadores a tomar decisiones sobre su asistencia sanitaria.
- ☐ c) su utilización permite seleccionar las alternativas diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.
- ☐ d) se elabora en base a la opinión de expertos en el tema.
- ☐ e) se piensa a sí misma como un eslabón del sistema de salud.

4. Un protocolo o consenso...

- ☐ a) es producto de un consenso de expertos, previo a su elaboración.
- ☐ b) suele estar elaborado por un equipo interdisciplinario.
- ☐ c) nunca se basa en evidencia.
- ☐ d) siempre se basa en evidencia.
- ☐ e) a y c son correctas

5. El instrumento AGREE...

- ☐ a) es una herramienta desarrollada para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica.
- ☐ b) proporciona una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
- ☐ c) establece qué información deben contener las guías y cómo debe ser presentada esa información.
- ☐ d) puede aplicarse a guías sobre cualquier área de la enfermedad.
- ☐ e) a) y d) son correctas
- ☐ f) Todas son correctas

6) Teniendo en cuenta su calidad, una guía de práctica clínica es muy recomendada cuando:

- ☐ a) el puntaje correspondiente al dominio rigor en la elaboración es mayor a 60%, 4 o más dominios tienen un puntaje mayor al 60% y los dominios restantes tienen un puntaje de 30% o más.
- ☐ b) tiene más de 4 dominios con un puntaje mayor al 60% y ninguno es inferior al 30%, sin importar qué dominio sea.
- ☐ c) tiene más de 4 dominios con un puntaje mayor al 60%, ninguno es inferior al 30% y tiene menos de 5 años de elaborada.
- ☐ d) el puntaje correspondiente al dominio RIGOR en la elaboración es mayor a 60% y el resto mayor al 30%.

7) La implementación de una GPC...

- ☐ a) consiste en su distribución masiva.
- ☐ b) supone la puesta en marcha de un proceso para trasladar sus recomendaciones a la práctica.
- ☐ c) pretende aumentar el conocimiento, de modo que el equipo de salud y los pacientes conozcan las recomendaciones de la GPC.
- ☐ d) se propone cambiar hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica.

B. Para familiarizarse con el uso de las GPC, se propone el siguiente ejercicio. Luego de la lectura del caso clínico, se solicita responder las preguntas según la propia experiencia, criterio o conocimiento

Caso clínico: Martín de 48 años, presenta como antecedentes IMC de 32 e HTA en tratamiento con hidroclorotiazida. Fuma 5 cigarrillos por día. Su TA es de 120/70 mm Hg. Usted le solicitó un laboratorio que muestra los siguientes resultados:

LDL 134, HDL 41, Col total 239, función renal normal, Glucemia 127

1. ¿Qué estudio se solicita inicialmente para saber si Martín presenta diabetes?

A partir de los resultados, le diagnostican diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)

2. ¿Qué riesgo cardiovascular se estima que presenta Martín? Elija una opción

- ☐ a) Bajo
- ☐ b) Moderado
- ☐ c) Alto
- ☐ d) Muy alto

3. ¿Qué medicamento se indicaría como primera elección para el tratamiento de la DMT2?

4. ¿Con qué frecuencia se le indicaría realizar el fondo de ojo?

5. ¿Qué método se utilizaría para hacer rastreo de neuropatía diabética? Elija una opción

- ☐ a) Ecodoppler arterial de MMII
- ☐ b) Diapasón
- ☐ c) Palpación de los pulsos tibiales posteriores.
- ☐ d) Test del monofilamento

6. ¿Qué estudios solicitaría para detectar precozmente enfermedad renal?**C. Leer la siguiente situación y responder según la propia experiencia, criterio o conocimiento:****1. Durante la consulta, Martín manifiesta estar decidido a dejar de fumar. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas se aplicarían? Elija una opción**

- ☐ a) Medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina
- ☐ b) Realizar bioinformación o biofeedback
- ☐ c) Intervención breve
- ☐ d) Benzodiazepinas

D. Luego de responder las preguntas de acuerdo al criterio personal, utilizar la guía de prevención cardiovascular, la GPC de DMT2 (ver sección 1, páginas 9 y 10, y sección 6, páginas 27 y 28), la GPC de Prevención de la Enfermedad Renal (pág. 35) y la GPC de tratamiento de la adicción al tabaco (pág 17-21) y comparar sus respuestas con las recomendaciones allí elaboradas. Una vez realizada esta comparación, responda:

1. ¿Las respuestas coinciden con las recomendaciones de la GPC?**2. En el centro de salud, el equipo de salud, ¿utiliza estas recomendaciones para la atención de las personas?****3. ¿Puede nombrar dos fortalezas o aspectos positivos y dos debilidades o dificultades para poder aplicar estas recomendaciones en su práctica diaria habitual?**

Respuestas

A. 1. c) 2. a) y c) 3. a) 4. a) 5. f) 6. a) 7. b), c) y d) 8. a), c), d) y e)
 B. 1. Verdadero 2. Verdadero 3. Verdadero 4. Verdadero
 C. e)
 E. Las respuestas las encontrará en la comparación con las GPC. La reflexión sobre sus propias respuestas en comparación con las GPC.

Unidad temática 6
Apoyo al automanejo

6

Unidad temática 6

Apoyo al automanejo

Lic. María Emilia Barrionuevo

Lic. María Elisa Padrones

1.	Objetivos	95
2.	Introducción	95
3.	Adherencia al tratamiento	95
	3.1 Adherencia versus cumplimiento	95
4.	Automanejo	96
	4.1 Apoyo al automanejo	97
	4.2 Diferencias entre la educación tradicional y la educación en el automanejo	98
	4.3 Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)	100
	4.3.1 ¿Cómo ponerlos en práctica?	100
	4.3.1.1 Descripción de las 5 "A"	101
	4.3.1.2 La entrevista motivacional	102
5.	Rol de las instituciones de salud	104
	5.1 Algunas acciones para planificar un dispositivo para el automanejo	104
	Ejercicios	106

1 Objetivos

- Promover el desarrollo de las habilidades y estrategias que necesita el personal de salud para contener, ayudar y facilitar la adherencia* al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas.
- Proveer herramientas conceptuales sobre el manejo de la consulta.
- Conocer y aplicar las estrategias que favorecen el automanejo en el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Desarrollar competencias para planificar un dispositivo para el automanejo en su institución.

El término adherencia refiere a la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud.



2 Introducción

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y la hipertensión arterial, requieren de tratamientos de larga duración y, por lo tanto, las personas que las padecen necesitan aprender a convivir con un conjunto de síntomas y situaciones nuevas referidas al cuidado de su persona. Dichos tratamientos abarcan desde la alimentación a la actividad física, en acuerdo con el equipo de salud. Estos cambios implican a su vez modificaciones en la vida cotidiana y en las relaciones familiares. Para que este proceso pueda llevarse a cabo de manera eficaz, es importante tener en cuenta dos fenómenos relacionados: la adherencia al tratamiento y el automanejo.

3 Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. En lo que respecta a estas enfermedades se ha descrito que, luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30% y el 80% de las personas dejaba de tomar la medicación. Mucho más baja aún es la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida.

Importante

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública¹ debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios².

3.1 Adherencia *versus* cumplimiento

Tradicionalmente se ha utilizado el término cumplimiento para definir el grado en el que una persona sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido cuestionado, pues conllevaría un rol pasivo de la persona respecto de su tratamiento, limitándola a tomar el medicamento y a seguir las indicaciones tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término incumplimiento culpabiliza a la persona, que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas.

En la actualidad se prefiere el término adherencia, definido como la habilidad de una persona para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud. Esta definición de adherencia resalta tanto la participación activa de la persona como la responsabilidad del médico y el resto del equipo de salud, para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.^{3,4}

En el abordaje de las personas con enfermedades crónicas es preciso incluir el componente farmacológico así como los estilos de vida y la aceptación de un proceso que si bien a veces es silencioso, termina por influir a mediano o largo plazo en las condiciones de vida de las personas y su contexto inmediato. Las consecuencias del no tratamiento en las enfermedades crónicas producen complicaciones tanto a nivel físico como emocional. Las personas comienzan a experimentar limitaciones que afectan su vida laboral, familiar y social. Se crea así un círculo de estados anímicos estresantes que al mismo tiempo inciden en su enfermedad.

En la unidad temática 3, se sugiere pensar acerca de los hábitos y reflexionar respecto de la posibilidad de modificarlos. En caso de realizar una modificación de la conducta: ¿cómo lo hizo? ¿Qué facilitó el cambio? ¿Qué dificultó el mismo? ¿Logró hacerlo y mantenerlo en el tiempo? Es importante ponerse en el lugar del otro para comprender lo difícil que resulta y disponer así de más herramientas a la hora de ayudar a otros.

A continuación se presentan algunos de los aspectos básicos que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia:^{5,6}

– **Individualizar** la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas de la persona en cada caso, ya que el origen de la falta de adherencia es multifactorial y no hay una intervención específica que pueda ser recomendable en todos los casos. Además, al momento de acordar los cambios que sería deseable que se realicen, es importante tener en cuenta los aspectos de la vida cotidiana de la persona, con quién vive, cuál es su trabajo, qué posibilidades económicas posee, su contexto cultural, qué creencias rigen su vida, entre otras consideraciones.

– **Fortalecer** la relación con la persona, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen, y poder asumirlas como suyas.

– **Trabajar** en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico. En varios estudios en los que se ha logrado mejorar la adherencia, las intervenciones eran lideradas por otros profesionales sanitarios (enfermeras, farmacéuticos).⁷ En este sentido, la participación del personal de enfermería es especialmente relevante, ya que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias culturales o individuales de cada persona.⁸

4 Automanejo

En el 2002, la OMS reconoció que el automanejo era la piedra angular en la atención a personas con enfermedades crónicas. Automanejo se refiere al rol central de la persona en el manejo de su propia salud. No existe una definición universalmente aceptada sobre automanejo; en cambio, se usan varios términos, algunos de ellos con significados similares dependiendo del contexto en que aparecen.

Los términos más usados en el ámbito del automanejo son:

- Preparación o entrenamiento para el automanejo
- Empoderamiento de las personas
- Autocuidados

El término automanejo indica la participación de la persona en el tratamiento o la educación sobre su enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Estas consideraciones son especialmente importantes ya que el sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a sus pacientes, ni éstos están dispuestos a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud.

De acuerdo a varias definiciones, las acciones de automanejo podrían agruparse en:

- a) participar en la educación o tratamiento;
- b) prepararse para manejar día a día su propia condición de salud;
- c) practicar un comportamiento específico;
- d) tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional.

El empoderamiento también es un concepto útil, directamente relacionado al de automanejo. Se lo define como el proceso a través del cual un sujeto o un grupo gana poder y acceso a recursos para manejar su propia vida. Robbin, afirma que el empoderamiento es efectivo si las personas adquieren las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas. Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes, pero pueden usar estrategias que los ayuden a alcanzarlo.

El empoderamiento es una colaboración centrada en la persona donde ésta y el profesional tienen igual importancia. Según Funnel, “un paciente empoderado es aquel que tiene el conocimiento, las habilidades, las actitudes y la conciencia necesaria para influenciar su propio comportamiento y el de otros para mejorar la calidad de vida. El rol del paciente incluye estar bien informado a la hora de tomar decisiones para alcanzar objetivos terapéuticos y superar barreras. El automanejo es una estrategia de empoderamiento”.

Por ejemplo, ante una situación de hipoglucemia, una persona empoderada sabe cómo manejarse porque conoce acerca de esta complicación, o al salir a comer afuera sabe qué opciones elegir para mantener hábitos alimentarios saludables.

4.1 Apoyo al automanejo

El “apoyo al automanejo” se define como la “provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de las personas y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas”.⁹

El apoyo eficaz al automanejo ayuda a las personas y sus familias a hacer frente a posibles situaciones que pudieran generarse a causa de la afección crónica y, además, a reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y las discapacidades. Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre las personas y el equipo de salud para definir y establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas sobre la marcha. El apoyo al automanejo subraya la fundamental importancia del papel de la persona en el manejo de su salud y puede brindarse de varias formas: a) individualmente, en el contexto de una consulta clínica común; b) mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud; c) en un formato grupal de acciones comunitarias, o d) a distancia mediante un teléfono (fijo o móvil) o a través de vehículos innovadores (sitios web, correo electrónico, mensajes de texto y redes sociales).

En la modalidad virtual, se encuentra disponible el Curso Latinoamericano en Línea de Apoyo

al Automanejo en Diabetes¹⁰, dirigido a profesionales de la salud de diferentes disciplinas que se encuentren involucrados en la atención y manejo de las personas que viven con diabetes en Latinoamérica.

En muchos casos, la organización de la atención de salud puede establecer recursos externos y comunitarios para prestar apoyo constante al automanejo de las personas, tema que se aborda en la próxima unidad temática.

Tanto los profesionales de la salud como las personas que los consultan confunden con frecuencia la educación en torno a las enfermedades con el apoyo al automanejo. Datos probatorios indican que la educación que solo informe respecto de las enfermedades es insuficiente por sí sola para producir resultados positivos en materia de salud. Parece esencial recurrir a actividades más amplias de capacitación que brinden herramientas más amplias e inclusivas. Además, la eficacia del programa también parece estar relacionada con la cantidad y la calidad de tiempo del contacto entre el equipo de salud y la persona, así como las posibilidades de seguimiento y apoyo permanentes.

Para pensar



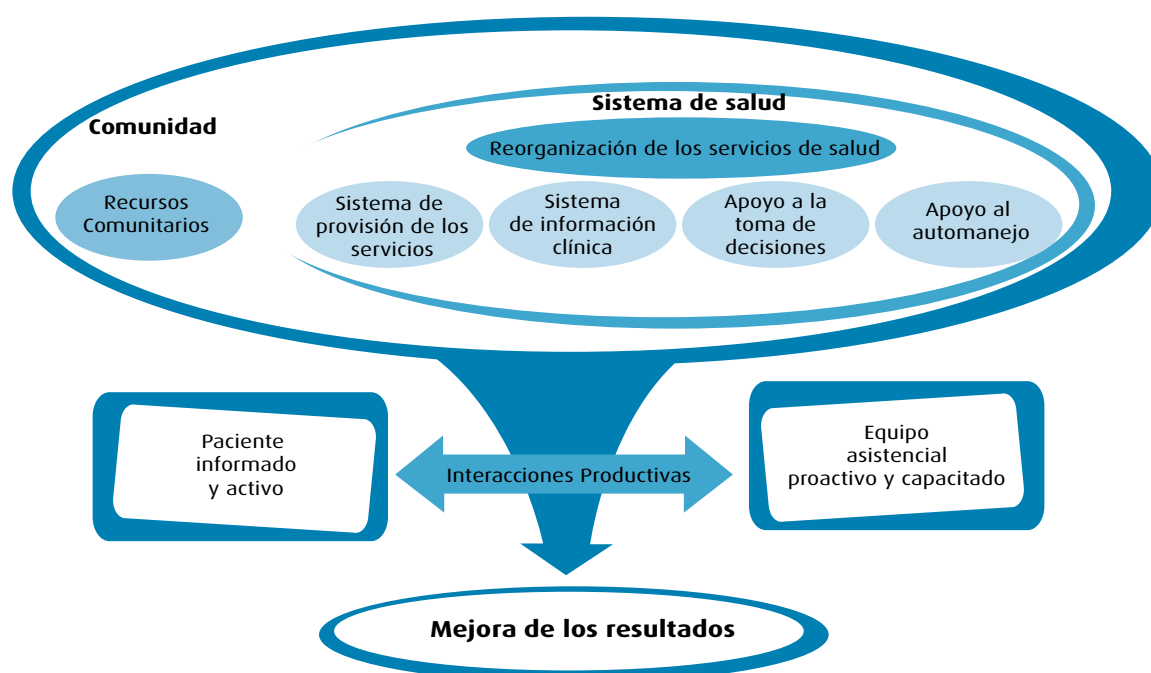
¿En los servicios de salud locales donde usted trabaja ¿se realizan talleres, cursos o alguna actividad orientada al apoyo al automanejo?
¿Por qué la educación en el automanejo no se ha convertido en una práctica generalizada y sistemática en todos los servicios asistenciales que tratan a personas con enfermedades crónicas?

4.2 Diferencias entre la educación tradicional y la educación para el automanejo

EDUCACIÓN TRADICIONAL	EDUCACIÓN EN EL AUTOMANEJO
Proporciona información y enseña habilidades técnicas relacionadas con la enfermedad.	Enseña sobre cómo actuar sobre los problemas.
Las problemáticas abordadas son definidas por el profesional y relacionadas con una enfermedad específica.	Las temáticas abordadas son consensuadas y focalizadas en problemas identificados por el paciente.
Es específica a la enfermedad y ofrece información y destrezas técnicas relacionadas con la misma.	Proporciona habilidades para resolver problemas que son relevantes para las consecuencias de las enfermedades crónicas en general.
Basada en la teoría subyacente de que los conocimientos específicos sobre la enfermedad crean el cambio de comportamiento, lo cual, a su vez, produce mejores resultados.	Se basa en la teoría de que una mayor confianza del paciente en su capacidad para hacer cambios que le mejoren la vida optimizan los resultados clínicos.
El educador es el profesional de salud.	Los “educadores” pueden ser profesionales de la salud, pares que son líderes, la comunidad en general, u otras personas con enfermedades crónicas.

El apoyo para el automanejo se centra en la importancia que la persona comprenda el rol que juega para controlar su enfermedad y la responsabilidad de mantenerse en buenas condiciones. Por lo tanto, para que ésto suceda, la función de aquellos que le brindan atención debe ser suministrar información básica acerca del padecimiento, estimular y guiar el desarrollo de habilidades para que se auto controle, y promover el involucramiento de todos los miembros

del equipo de atención, la familia, los amigos y la comunidad para que las personas se sientan acompañadas en este proceso de automanejo.



El equipo de salud se encuentra en una posición ideal para motivar y asistir a las personas a hacer modificaciones de comportamiento para favorecer hábitos de vida saludables. Quienes padecen enfermedades crónicas tienen contactos periódicos con los equipos de atención primaria. Las intervenciones para cambiar el comportamiento requieren ser repetidas muchas veces para que tengan algún efecto. Según Podl, la continuidad de los cuidados ofrece una buena oportunidad para mantener la motivación, evaluar el progreso, proveer retroalimentación y ajustar los planes de cambio de comportamiento.

Las personas que padecen enfermedades crónicas necesitan ayuda con el manejo diario del tratamiento y del comportamiento. Además, en muchos casos, necesitan aprender a vivir con las limitaciones propias de la enfermedad y manejar el dolor. La aparición de condiciones crónicas requiere de un ajuste en las actividades y funciones que se realizan a diario. Las personas necesitan reconocer los signos de alarma y saber cómo actuar ante los mismos, así como cuándo y dónde deben buscar ayuda. Para que esto suceda, es necesario que puedan mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud.

En el caso de las enfermedades crónicas, los familiares pueden ser considerados como proveedores de cuidados, ya que las personas que las padecen pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud. La educación sistemática y el apoyo al automanejo brindado por los proveedores de salud les permite a las personas con enfermedades crónicas, adquirir la capacidad para automanejar su condición y prevenir complicaciones en la medida que sea posible.

La relación médico-paciente se constituye en un pilar fundamental del tratamiento. Es de gran importancia integrar a la persona como un participante activo en el proceso de cambio. La manera en que se prescribe es tan valiosa como el tratamiento mismo; el objetivo es enseñar a sostenerlo en el tiempo, las recaídas pueden ser tomadas como una oportunidad más de aprendizaje. Las personas necesitan encontrar sus propias soluciones y motivaciones, y hacerse responsables de su salud; los profesionales de la salud deben darles el poder, el conocimiento y la confianza para hacerlo. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia y en el automanejo.¹²

La habilidad del equipo de salud para obtener la confianza de la persona para discutir sus creencias y lograr la toma de decisiones compartidas ha sido señalada como un factor fundamental en la mejoría de la adherencia y otros resultados de salud positivos. Este proceso es conocido como activación del paciente y es el resultado final de la combinación de elementos identificados en el modelo de atención a personas con enfermedades crónicas.

4.3 Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)

Evaluación individualizada

La evaluación individualizada no sólo incluye la tradicional historia de la enfermedad y el examen físico, sino también un análisis de las creencias personales concernientes a su enfermedad y su manejo, como así también a sus posibilidades económicas y a otras características de su contexto.

Establecimiento de objetivos en forma colaborativa

El manejo de las enfermedades crónicas requiere de la participación activa de la persona en su propio cuidado, de modo que es esencial que se involucre en la toma de decisiones y en el establecimiento de objetivos terapéuticos.

Desarrollo de habilidades

La persona con frecuencia requiere de nuevas habilidades relacionadas al comportamiento para manejar su problema de salud y alcanzar sus metas.

Seguimiento y apoyo proactivo

El seguimiento y apoyo proactivo se anticipa a las necesidades y no se basa en una interacción reactiva (como la que caracteriza la atención aguda). En la unidad temática de Sistemas de Información, se observa que para esto es necesario un proceso continuo de nominalización porque una vez que la persona se va de la consulta o es dada de alta, en muchos casos no regresa y no recibe ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva, ni monitorización remota ni ningún apoyo para la gestión de su enfermedad.

Acceso a recursos de la vida diaria

Los recursos comunitarios como, por ejemplo, los servicios de salud que se ofrecen a domicilio, y los grupos de apoyo, son importantes para la vida diaria de las personas afectadas por condiciones crónicas.

Continuidad de los cuidados

La atención debe ser planeada. Las interacciones entre las personas con ECNT y los diferentes niveles de atención son más efectivas cuando son planificadas.

4.3.1 ¿Cómo ponerlos en práctica?

Los Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM) pueden ser puestos en práctica usando diferentes estrategias terapéuticas. Entre las más prometedoras se encuentran el Modelo de las 5 "A" y la Entrevista Motivacional.

El Modelo de las 5 "A": averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle, tomado y adaptado de las intervenciones para el abandono del tabaco es una de las estrategias más efectiva.

Se lo pone cada vez más en práctica, a través de pacientes experimentados, para apoyar de

distintas formas el automanejo de otras personas. Sin embargo, es preciso seguir investigando para determinar las maneras en que las personas con experiencias propias pueden complementar las funciones de los trabajadores de atención de salud en forma más efectiva.

El objetivo final de las 5 “A” es acordar con la persona un plan de acción personalizado mutuamente aceptable.

Para usar el modelo de las 5 “A” se recomienda:

- Usar todas las “A” en cada visita.
- Usar preguntas abiertas para que la persona pueda expresarse libremente.
- Entregar una copia escrita del plan de acción. En el mismo, se tendrá en cuenta el grado de alfabetización de la persona, y en caso de que no sepa leer, se dispondrán de otros recursos gráficos, como dibujos o imágenes fácilmente identificables. Esta situación requiere sutileza por parte del profesional. [Algunas ideas para facilitar la comunicación:](#) para recordar los horarios de las tomas, se puede poner un sol y una luna en caso de ser a la mañana y a la noche, o hacer el dibujo de las verduras que puede comer y de las que no, etc.
- Compartir los detalles del plan con otros miembros del equipo de atención.

4.3.1.1 Descripción de las 5 “A”

1. Averiguar sobre aquellas conductas que afectan la elección de objetivos o de métodos para modificarlas. Una buena evaluación individual ayuda a identificar las características para conformar un plan personalizado, por ejemplo, preferencias, contraindicaciones, etc. Así mismo colabora en la constitución de grupos de personas para ciertas intervenciones, a la vez que permite, la recolección de datos para ser utilizados más tarde en la evaluación. La evaluación sistemática es la base para el cambio de comportamiento.

2. aconsejar acciones claras, específicas y personalizadas sobre el cambio de comportamiento. Exponer los riesgos y beneficios potenciales. Vincular los consejos a las experiencias pasadas o a la situación familiar o social de la persona. Utilizar frases como “*Creo que mi deber, es decirle...*” en vez de frases como “*Usted debe...*” permitiendo mayor autonomía a la persona.

3. Acordar el cumplimiento de objetivos apropiados en colaboración con la persona, basados en sus intereses y la disposición al cambio. El rol central en la toma de acuerdos y selección de objetivos para cambios de comportamiento recae en el paciente y no en el proveedor de salud. Las decisiones sobre el tratamiento deben ser tomadas en conjunto para tener mayores posibilidades de éxito. La participación de la persona en las decisiones promueve la selección de comportamientos de acuerdo a sus expectativas y a sus valores.

4. Ayudar a la persona mediante técnicas de cambio de su comportamiento (auto-ayuda o consejería) a alcanzar los objetivos establecidos a través de la adquisición de habilidades, de confianza y de apoyo social/ambiental, en coordinación con el tratamiento médico si fuera necesario (por ejemplo, fármaco-terapia para la adicción al tabaco, dispositivos de contracepción, etc.).

A través de la asistencia, el proveedor de atención ofrece mayor apoyo para superar las barreras para el cambio de comportamiento, a la vez que incrementa, la motivación y las destrezas de autoayuda para un cambio exitoso.

En este paso se puede evaluar la necesidad de mayor apoyo especializado para lograr ciertos cambios. Los contactos repetidos del profesional con la persona, generalmente, tienen mayor impacto en el cambio de comportamiento que el contacto mínimo.

En este paso existe la oportunidad para desarrollar habilidades para:

- Resolver problemas (por ejemplo, manejo de tentaciones).
- Manejo del estrés o de las emociones.
- Alimentación saludable, actividad física.
- Manejo de la enfermedad.

5. Arreglar contactos de seguimiento (en persona, por teléfono o por correo electrónico) para tener la posibilidad de brindar ayuda continua y ajustar el tratamiento. Referir a la persona a otros servicios para tratamientos más especializados o intensivos si fuera necesario. En la atención de la enfermedad crónica es importante revisar y actualizar los planes de cambio de comportamiento. Esto puede ser alcanzado repitiendo el proceso de las primeras A teniendo en cuenta el esfuerzo de la persona, su experiencia y su perspectiva actual. Contar con un equipo interdisciplinario que acompañe a la persona y a su familia facilita el cumplimiento de los objetivos del seguimiento.

4.3.1.2 La entrevista motivacional

Otro recurso para el apoyo al automanejo es la Entrevista Motivacional (EM).

Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.

En la entrevista motivacional, el profesional de la salud no asume un rol autoritario. Se debe evitar el mensaje implícito que reza: *“Soy un experto y voy a decirle qué es lo que lo que tiene que hacer”*.

La responsabilidad para el cambio se deja en manos de la persona. Se busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global de la EM consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de su interior más que imponerse desde fuera.

Entre los principios generales de la entrevista motivacional, se encuentran:

1. Expresar empatía

Mediante una escucha reflexiva y adecuada, se intenta comprender los sentimientos y las perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar. Es importante hacer notar aquí que la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación.

Es posible aceptar y comprender la perspectiva de la persona pero aún así no estar de acuerdo con ella. Una actitud de aceptación no debe inhibir al profesional sanitario a discrepar con el punto de vista del paciente. Asimismo que la persona acepte una indicación del profesional, tampoco implica que acuerde o la acepte, por lo que llevarla a cabo será muy difícil. La actitud crucial es una escucha respetuosa con el deseo de comprender sus puntos de vista. Paradójicamente, este tipo de aceptación de las personas tal y como son parece liberarlas para cambiar, mientras que una no aceptación insistente *“Usted no está bien, tiene que cambiar”* puede hacer que las personas sigan como están. Esta actitud de aceptación y de respeto también construye una relación terapéutica de trabajo, y fomenta la responsabilidad y la autoestima del paciente, condiciones importantes para el cambio.

2. Crear discrepancia

La motivación para el cambio se crea cuando las personas perciben una discrepancia entre su conducta actual y sus objetivos más importantes. Uno de los objetivos de la entrevista motivacional es crear una discrepancia; hacer uso de ella, aumentarla, y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente. Las estrategias de la entrevista motivacional buscan lograr eso en la persona, más que centrarse principalmente en las motivaciones externas.

El enfoque general consiste en hacer que sea la persona la que brinde las razones que tiene para cambiar. Las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras les dicen. Cuando la entrevista motivacional se aplica adecuadamente, la persona verbaliza por sí misma sus preocupaciones, por ejemplo: *“Este problema es más serio de lo que yo creía”* y refiere la intención de cambiar *“Tengo que hacer algo con esto”*. A veces la aceptación de la necesidad de un cambio en el estilo de vida puede requerir de varias visitas. No es en un encuentro que se podrá hacer que la persona tome conciencia de su enfermedad y comience con los cambios. Es preferible que sean pequeños cambios progresivos y firmes que empezar todo junto con altísimas posibilidades de abandonar lo iniciado al poco tiempo.

3. Evitar la discusión

El tercer principio de la entrevista motivacional es evitar la discusión y las confrontaciones. La situación menos deseable, desde este punto de vista, es la del profesional de la salud que discute con la persona con el fin de convencerla que tiene un problema y que necesita cambiar, mientras ésta se defiende con un punto de vista opuesto.

La discusión directa tiende a provocar una reacción por parte de las personas, es decir, provoca que se afirmen en su libertad para hacer lo que les viene en gana. Defender con fuerza una posición, por ejemplo: *“Usted tiene un problema y debe cambiar”*, provocará una oposición y una actitud defensiva por parte de la persona.

4. Darle un giro a la resistencia

En la entrevista motivacional, el profesional sanitario también genera preguntas o problemas a la persona. Su trabajo no es el de proporcionar soluciones para todo. Actuando de esa manera, de hecho, se consigue que la persona abandone todas las ideas semejantes a: *“Sí, pero...”*. Se considera que el paciente es una persona capacitada, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas.

Darle un giro a la resistencia, por lo tanto, incluye el hecho de implicarla de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas.

5. Fomentar la autoeficacia

La autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica, y es un elemento clave en la motivación para el cambio.

Un objetivo general de la entrevista motivacional es aumentar las percepciones de las personas sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos e implementar sus propios recursos para lograr los cambios.

Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad subjetiva. La persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella. La entrevista motivacional no fomenta la esperanza de que el profesional sanitario cambiará al paciente. *“Yo te cambiaré”* no es un mensaje adecuado, más apropiado sería *“Si lo deseas, te ayudaré a que puedas cambiar”*.¹³

Hay estudios que demuestran que cualquier profesional sanitario con una formación adecuada (por ejemplo, un médico, una enfermera, un psicólogo o un nutricionista) puede aplicar con éxito la EM a sus pacientes.¹⁴ Miller y Rollnick¹⁵ reconocen que la mayoría de los profesionales de la salud aprenden acerca de la entrevista motivacional de forma autodidacta o en talleres intensivos de una o dos horas, y afirman que, aunque este método clínico es sencillo, no es fácil llegar a dominarlo, sino que se necesita una práctica continua y el estímulo de guías para facilitar tanto la aplicación de la técnica como la comodidad a la hora de aplicarla.

5 Rol de las instituciones de salud

La implementación de un modelo de apoyo al automanejo en el sistema de salud exige que tanto las personas como el personal de salud realicen actividades de atención en salud en forma conjunta.

Las actitudes y prácticas del equipo de salud son las que abren estos espacios para la comunidad en la atención de salud. En este sentido, Aguirre-Huacuja señala que es necesario delimitar y articular el desempeño de cada uno de los integrantes del equipo de salud en acciones concertadas para tal fin. El sustento filosófico que fundamenta la participación de los usuarios en la atención de salud es la convicción del equipo prestador de servicios de que toda persona tiene capacidades y el derecho para decidir y actuar en beneficio de su salud. Aunque esta postura es ideal para todo profesional y técnico de la salud, no todas las profesiones la promueven. Así, según Paterson, se observa que en la práctica los médicos son los que tienen mayores dificultades en reconocer dichas capacidades.

Lange y colaboradores, consideran el desarrollo de capacidades de automanejo de la salud como responsabilidad de las instituciones, lo cual exige una reorganización institucional que favorezca la atención de la salud con énfasis en el automanejo. Esto incluye contar con presupuesto específico para este fin, personal profesional capacitado que transmita en su actuar la filosofía del automanejo a los usuarios y al personal nuevo que se incorpora. Requiere además el desarrollo de tecnologías educativas apropiadas para alcanzar este objetivo, entendiendo que los métodos hasta ahora utilizados no han sido todo lo efectivos que se espera. Existen experiencias valiosas que demuestran la efectividad de metodologías de enseñanza/aprendizaje en la modificación de conductas nocivas.¹⁵

5.1 Algunas acciones para planificar un dispositivo para el automanejo

- **Desarrollar** iniciativas asociadas a la formación de pacientes y programas específicos de paciente activo, donde personas formadas previamente formen a otras con la misma patología y les ayuden a convivir con su enfermedad y a participar en las decisiones médicas.
- **Favorecer** la introducción de nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios, para ir interiorizando la cultura del paciente activo, a todos los niveles y especialmente en la enfermería. Con esto se persigue la capacitación y el cambio cultural en los profesionales que hagan posible la transformación profunda del sistema sanitario.
- **Constituir** una escuela de pacientes para facilitar información, conocimientos y habilidades, que permitan conocer y manejar mejor la enfermedad como así también prevenir algunas de sus complicaciones.
- **Promover** la participación de la persona en prestaciones tradicionalmente realizadas por el personal de salud. En estas experiencias, el acento está puesto en la capacitación de la persona en procedimientos y habilidades específicas requeridas para el automanejo de su salud o

frente a una situación de enfermedad. Esto implica que realicen algunos procedimientos en la consulta de salud que, tradicionalmente, son realizados por el personal. Así, se aprovecha esta instancia como una oportunidad de educación para el automanejo.

- **Capacitar** a los familiares para el cuidado en el domicilio. Esta categoría es similar a la anterior; su principal diferencia es que son programas orientados a la capacitación de un familiar u otro cuidador informal. Esta actividad es realizada por el personal de salud ya sea en el domicilio, en el hospital o en el centro de salud. Son estrategias dirigidas a mejorar la situación de salud y la calidad de vida de la persona dependiente de cuidados especiales.

Ejercicios

A. Marque la/s opción/es correcta/s para cada una de las preguntas

1. Se define adherencia al tratamiento como:

- ☐ a) el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las prescripciones médicas.
- ☐ b) el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el equipo de salud y el paciente.
- ☐ c) el grado en que el paciente cumple las recomendaciones prescriptas por el equipo de salud.

2. La educación en el automanejo...

- ☐ a) consiste en que el educador le brinde al paciente información relacionada a su enfermedad.
- ☐ b) proporciona habilidades para que el paciente pueda identificar y actuar sobre los problemas.
- ☐ c) brinda al paciente una mayor confianza para el manejo de su salud.

3. Indique entre las siguientes respuestas la que corresponde al significado de las 5 A

- ☐ a) acuerde, averigüe, ayude, arregle y aconseje
- ☐ b) averigüe, aprenda, ayude, arregle y aconseje
- ☐ c) ayude, aprenda, asista, averigüe y acuerde

4. Indique entre las siguientes respuestas la que corresponda a una definición de entrevista motivacional

- ☐ a) Es una entrevista que solo puede hacer el médico.
- ☐ b) Es un recurso para el automanejo que no crea discrepancia entre el paciente y el médico.
- ☐ c) Es un recurso para el automanejo que puede utilizar cualquier persona del equipo de salud con una formación adecuada.

5. Para implementar un modelo de apoyo al automanejo en el sistema de salud se requiere:

- ☐ a) convicción del equipo de salud de que toda persona tiene capacidades y derecho de decidir y actuar en beneficio de su salud.
- ☐ b) participación de los usuarios en la atención de la salud.
- ☐ c) que tanto el paciente como el personal de salud realicen actividades en forma conjunta.
- ☐ d) presupuesto específico y tecnologías educativas apropiadas.

6. Indique entre las siguientes opciones cuáles son las correctas en referencia al automanejo

- ☐ a) Incluye los siguientes términos para su definición: preparación o entrenamiento para el automanejo, empoderamiento de los pacientes, autocuidado.
- ☐ b) Requiere de un proceso de colaboración efectiva entre el paciente y el equipo de salud para proveer al paciente la información y la destreza necesaria para manejar su condición o enfermedad incluyendo los ámbitos biológico, emocional, psicológico y social.
- ☐ c) Se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia salud.


B. Para pensar y reflexionar

1. ¿Qué estrategias/acciones se pueden realizar para favorecer el automanejo de la persona y la adherencia al tratamiento?

2. Para los trabajadores de centros de salud:

a) ¿Qué estrategias se pueden implementar para cambiar la cultura del centro y promover el apoyo al automanejo?

b) ¿Cómo se pueden organizar los datos para apoyar el automanejo?



c) ¿Cómo el apoyo al automanejo puede actuar en coordinación a las guías o protocolos basadas en evidencias?



Respuestas

1. b) 2. a) 3. c) 4. a) 5. c) 6. a) 7. b) 8. c) 9. a) 10. b) 11. c) 12. a) 13. b) 14. c) 15. a) 16. b) 17. c) 18. a) 19. b) 20. c)

Unidad temática 7
Recursos comunitarios

7

Unidad temática 7

Recursos comunitarios

Lic. María Silvina Sosa

Lic. Luciana Zarza

1. Objetivos	111
2. Principales modelos de atención de enfermedades crónicas	111
2.1 Perfil de la atención innovadora para las condiciones crónicas (AICC)	113
3. Definición de comunidad	114
4. El rol de la comunidad en el abordaje de las enfermedades crónicas	114
5. Acciones posibles	115
5.1 ¿Cómo se puede ampliar el círculo de apoyo social?	116
6. Experiencias comunitarias	120
7. ¿A quiénes puede apoyar la comunidad?	122
8. ¿Cómo puede apoyar la comunidad a las personas con enfermedades crónicas?	123
9. Participación, coordinación, integración	124
10. Acciones del Ministerio de Salud de la Nación para promover la participación de la comunidad en la promoción de la salud	125
10.1 Recomendaciones	125
Ejercicios	127

1 Objetivos

- Reconocer el rol de la comunidad en los distintos modelos de atención de enfermedades crónicas y su importancia.
- Presentar y reflexionar respecto de las definiciones de promoción de la salud y comunidad.
- Reflexionar respecto a las posibles intervenciones de la comunidad en el abordaje de las enfermedades crónicas.

2 Principales modelos de atención de personas con enfermedades crónicas

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas ha tenido algunas modificaciones a lo largo del tiempo en las que sus componentes fueron tomando distinta relevancia. Uno de los más importantes y que más cambios ha ido presentando es el componente recursos comunitarios.

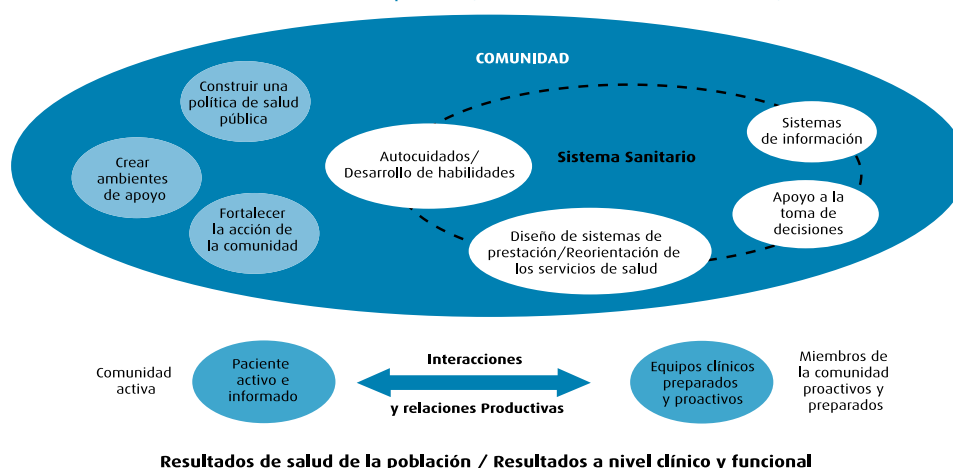
En el “Modelo de Atención a Crónicos” desarrollado por Edward Wagner y colaboradores (Gráfico 1) en 1998 (considerado el primer modelo de atención específico para personas con enfermedades crónicas), el componente comunidad es parte y se visibiliza compartiendo un espacio diferenciado al de sistema de salud, tal como se observa en el siguiente gráfico.¹

Gráfico 1. Modelo de atención de crónicos de Edward Wagner.



Años después, en la propuesta del “Modelo de la Atención a Crónicos Expandido”, el gobierno de British Columbia en Canadá amplía la aplicación del modelo al ámbito comunitario y fortalece las actividades de prevención y promoción de la salud. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Modelo de la atención de crónicos expandido, Gobierno de British Columbia, Canadá.



Esta nueva configuración trata de integrar el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas con la promoción de la salud de base comunitaria, demostrando una clara asociación entre el sistema de salud y la comunidad. Esta acción está dirigida a ampliar el ámbito de la práctica clínica hacia tres niveles: la mejora de los resultados para los individuos, las comunidades y la población.

A partir de este modelo ampliado, los cuatro círculos centrales ahora comparten la frontera entre el sistema de salud y la comunidad. Esto significa que se busca una mayor integración de estos cuatro elementos a nivel interno (sistema de salud) y a nivel externo (la comunidad).

Toda la ampliación que se incluye a partir de este modelo está íntimamente relacionada con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que es la primera promulgación internacional en este campo y fue promovida por la OMS en la 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Canadá en 1986.

En la Carta de Ottawa se presenta la siguiente definición:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”

Las tres estrategias básicas para la promoción de la salud según la Carta de Ottawa son: *“la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad”*.

Además, se hace referencia a cinco áreas fundamentales de acción:

- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación del sistema de salud
- Construcción de una política pública saludable
- Creación de un entorno propicio
- Refuerzo de la acción comunitaria

Como puede observarse, la Carta de Ottawa supera la concepción de la salud como un estado abstracto para pasar a considerarla como una fuente, un recurso cotidiano que posibilita que las personas lleven una vida individual, social y económicamente productiva.

“Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (...) la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá del modelo bio-médico y considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculada con ella”.¹

En los lineamientos de la Declaración de Yakarta para la promoción de la salud hacia el siglo XXI (documento final de la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: *Nuevos actores para una nueva era. Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI*, OMS, Indonesia, 1997) además de ratificar y sumar evidencia sobre los puntos señalados anteriormente, se sostiene que:

“los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces [...] La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La alfabetización sanitaria y el aprendizaje sanitario fomentan la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades.” (OMS, 1998)

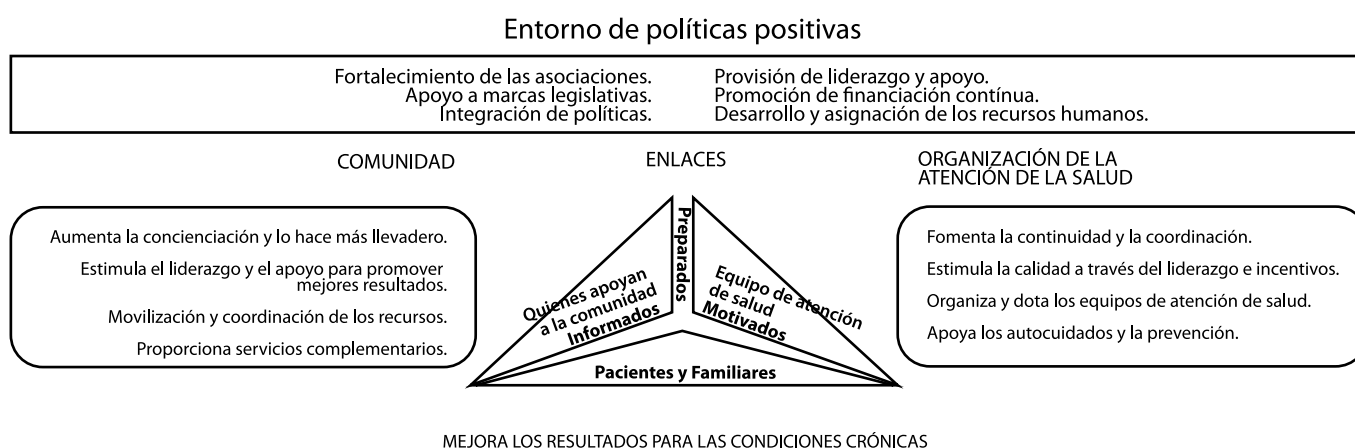
2.1 Perfil de la atención innovadora para las condiciones crónicas (AICC)

Dentro de las adaptaciones del modelo de atención a personas con enfermedades crónicas, y continuando con el recorrido histórico, el modelo más popular a nivel global es el propuesto por la OMS en 2002, denominado “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas (AICC)” (Gráfico 3). Este modelo añade al MAPEC una óptica de políticas de salud. Un aspecto clave del mismo es su énfasis en optimizar el uso de los recursos de los servicios de salud disponibles en un contexto geográfico-poblacional concreto.

Las ideas fuertes del modelo “Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas (AICC)” son:

- Toma de decisiones basada en la evidencia
- Enfoque de salud poblacional
- Foco en la prevención
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- Flexibilidad/adaptabilidad
- Integración, como núcleo duro y central del modelo

Gráfico 3: Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas (AICC) propuesto por la OMS, 2002.



Al focalizar en el componente comunidad, se puede afirmar que, desde este enfoque, la organización de salud sigue siendo esencial y la comunidad asume protagonismo.

Además, el sistema de salud y la comunidad se visibilizan íntimamente relacionados. Se entiende, entonces, que todos los mecanismos que se puedan generar desde el sistema de salud para ir conformando una población activa en el cuidado de su salud posibilitará una mejor calidad de vida para las personas con enfermedades crónicas.

3 Definición de comunidad

Existen diversas definiciones que aluden a la comunidad y en cada una de ellas se puede apreciar determinados marcos teóricos y enfoques de trabajo, por lo cual, el concepto de comunidad no es unívoco y lineal.

Algunas conceptualizaciones se limitan a definir a la comunidad como un ámbito meramente geográfico en el que habitan distintos sujetos. Otras incluyen aspectos institucionales, organizacionales, culturales, identitarios y simbólicos.

En muchas sociedades, en especial en los países desarrollados, los sujetos no pertenecen a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos.

También la psicóloga comunitaria Maritza Montero define un nivel de abordaje posible al concebir la comunidad como “un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, [...] que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrolladas y empleando recursos para lograr sus fines.”²

“Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar) que en su relación genera un sentido de pertenencia e identidad social tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social.”³

La reciprocidad, el encuentro entre personas, la intersubjetividad, son elementos considerados en la conceptualización de la comunidad. “La comunidad implica una situación de intersubjetividad en la cual se comparte un mismo campo de experiencia, una comprensión compartida de aquella experiencia, un juicio hecho que es común a todos y en el cual se afirma que aquella comprensión compartida es verdadera, un juicio acerca de los valores que es común a todos.”⁴

Todas estas definiciones tienen como elementos en común:

- el territorio geográfico;
- la población que en él habita;
- interacción social y relaciones;
- sentimientos o conciencia de pertenencia;
- cierta problemática común y recursos/servicio.

4 El rol de la comunidad en el abordaje de las enfermedades crónicas

En la XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, la participación comunitaria fue definida como “el proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto a su salud y a la de la comunidad, así como la capacidad de pensar conciente y constructivamente en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población” (en OPS-Seminario-Taller internacional sobre APS: a 25 años de Alma Ata, OPS, 2003).

Además, es fundamental establecer sistemas de apoyo al automanejo en el abordaje de enfermedades crónicas. El Instituto de Atención Centrada en el Paciente y la Familia⁵ de Irlanda, describe el apoyo al automanejo como “la educación y los recursos que se ofrecen a las personas con enfermedades crónicas para apoyarlas en la generación de confianza y competencia para controlar sus enfermedades. Los equipos de salud colaboran con los

pacientes y sus familias para tomar decisiones sobre su atención". Es importante notar que el protagonismo está puesto del lado de las personas con enfermedades crónicas y sus familias, de aquí que la participación de la comunidad sea un eje clave.

Otro aspecto a considerar es la necesidad de establecer alrededor de las personas un círculo de recursos: sistemas de apoyo social, cuidadores de la familia dispuestos a ayudar, grupos de apoyo y otras personas de importancia.

Se ha demostrado que sin un sistema de apoyo sólido muchas personas no logran controlar su enfermedad de forma efectiva.

Un medio de apoyo eficaz es el establecimiento de grupos de apoyo de personas afines al paciente. Estos grupos potencian a los pacientes, les brindan contacto con otras personas con la misma enfermedad y un ámbito en el que se sienten cómodos para conversar sobre cualquier aspecto de su progreso. Esto también es muy útil para los integrantes de la familia (Salud Mental y Enfermedades Crónicas, Federación Mundial de la Salud Mental, 2010).

Es fundamental movilizar los recursos comunitarios para apoyar la satisfacción de las necesidades de las personas que participan en programas comunitarios. Las organizaciones de salud pueden formar alianzas con organizaciones comunitarias.

5 Acciones posibles

Acompañar a las personas en la exploración de los recursos de su comunidad, es fundamental.

Para pensar

¿Existen grupos de apoyo que acompañen a las personas en el tratamiento de su enfermedad? La mayoría de los periódicos locales, estaciones de radio y televisión publican un calendario de eventos de recursos comunitarios. Los pacientes, ¿conocen cuáles actividades ofrecen los hospitales, servicios sociales o el centro de salud que puedan servirles de ayuda?



Se considera que las relaciones son "de apoyo" cuando tienen un carácter positivo con mínimos conflictos y tensiones. Las diferencias de opinión son naturales en cualquier relación pero en las de apoyo puede haber desacuerdos de vez en cuando. Sin embargo, más allá de éstos últimos, son vínculos en los que predomina el afecto y el sostén.

El apoyo social* puede provenir de relaciones con una diversidad de personas tales como integrantes de la familia, amigos, cónyuges, novios, colegas, miembros de grupos religiosos (u otros grupos espirituales), compañeros de clase, profesionales de salud, entre otros.

El término "apoyo social" se refiere a la posibilidad de construir relaciones que traigan satisfacción, enriquecimiento y sean valiosas para la persona.



Los sistemas de apoyo social varían según la cultura y, a su vez, cada una tiene su propia concepción de la salud. De aquí, que el intercambio de saberes entre el equipo de salud y la comunidad facilite el abordaje de las enfermedades crónicas.

Es importante considerar que las personas tienen sus propias opiniones sobre lo que constituye una relación de apoyo y, a menudo, están interesadas en aumentar su apoyo social y mejorar sus relaciones con los demás. En este sentido, se pueden utilizar dos estrategias generales:

- Aumentar el número de personas con quienes está en contacto.
- Mejorar la calidad de sus relaciones con las personas con quienes está en contacto regularmente.

En muchos casos, la combinación de ambas estrategias es la mejor opción. Tal como se viene desarrollando, las instituciones de salud, aunque pertenecientes a una comunidad determinada, tienen un rol específico, técnico, en el abordaje de las enfermedades de su población.

A la hora de tratar con personas con enfermedades crónicas es importante que el equipo de salud tenga las siguientes consideraciones:

- Tratar con respeto (saludar, agradecer, no levantar la voz).
- Ponerse en el lugar del otro (hacer un esfuerzo por entender su punto de vista).
- Brindar los datos por escrito: cuándo, quién, dónde.
- Buscar códigos y un lenguaje común (con especial atención a las personas con culturas o costumbres diferentes a las propias).
- Repetir las ideas principales que se desean transmitir.
- Repreguntar para asegurarse de que se responde a la real necesidad de quien consulta.
- Incluir, no expulsar: derivar al centro adecuado cuando el tema de consulta no lo toma el • centro de salud (hay situaciones en que la respuesta adecuada a esa primera consulta será la única oportunidad de recibir ayuda).
- Tener en cuenta que no todas las personas saben leer y escribir.
- Observar los rostros de los interlocutores, ya que permite interpretar si comprenden o no el mensaje que se transmite.
- Fundamentar cuando algo no se puede resolver.
- Mirar a los ojos al hablar.

5.1 ¿Cómo se puede ampliar el círculo de apoyo social?

Se puede conocer gente en cualquier lugar. Aquello que ayuda es estar siempre alerta a la posibilidad de conocer a alguien, sin importar dónde se encuentre. Pero aunque es posible conocer gente en distintos lugares, existen ciertos sitios donde ello puede resultar más fácil. Suelen tratarse de lugares públicos donde las personas se reúnen naturalmente para recreación, para disfrutar de sus intereses o hacer negocios. Algunos ejemplos:

- Organizaciones comunitarias como bibliotecas o asociaciones cívicas
- Escuelas o clases
- Grupos de apoyo
- Lugar de trabajo
- Lugares donde se reúne la gente para actividades religiosas o espirituales
- Centros de reunión para personas afines
- Parques
- Museos

- Grupos de interés como los que tienen que ver con política, pasatiempos, deportes, recreación
- Librerías, cafeterías
- Programas de voluntariado

En la Argentina existen varias asociaciones de personas que padecen alguna enfermedad determinada, por ejemplo la Liga Argentina de Protección al Diabético (LAPDI) y la Federación Argentina de Diabetes (FAD).

Liga Argentina de Protección al Diabético (LAPDI)

Desde la primera mitad del siglo XX, la diabetología argentina se destacó por la labor de grandes hombres, tanto en el campo de la investigación científica como en el área de la medicina clínica y asistencial. Bajo el cobijo de estos maestros, la Argentina marcó rumbos en América Latina y anticipó etapas de la actividad científica y social que llevaron a la creación de la Sociedad Argentina de Diabetes dedicada al quehacer científico, y años más tarde a la Liga Argentina de Protección al Diabético, primera institución civil, no científica de ayuda a las personas con diabetes en el país.

Así es como el 8 de diciembre de 1964 con la finalidad de impulsar la lucha contra la diabetes, divulgar conocimientos y prestar apoyo a las personas con diabetes, comienza la fructífera labor de LAPDI. Creada a instancias del Dr. Pedro Landabure, y en particular de la mano del ingeniero Don Luis Bartolomé Perazzo y del doctor Pedro J. Vernocchi, su quehacer ha llegado hasta nuestros días. Destacados diabetólogos integraron su Comisión Directiva prestigiando e insertando a la institución en el concierto de la diabetología mundial. Desde su fundación LAPDI se afilió a la Federación Internacional de Diabetes (IDF), fue firmante de la Declaración de las Américas para la Diabetes (DOTA) y representada ante la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Todos ámbitos internacionales de excelencia. A nivel nacional participa del Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) conformando la Comisión Nacional Asesora Permanente de Diabetes del Ministerio de Salud de la Nación. LAPDI ha sido declarada de Interés Sanitario por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2009.

La misión de LAPDI es el trabajo voluntario y solidario para promover la Educación y Prevención de las complicaciones en las personas con diabetes a fin de que puedan alcanzar una mejor calidad de vida, plena y feliz. Así como también estimular un estilo de vida saludable que disminuya el riesgo de la diabetes en la población y sus altos costos humanos, sociales y económicos.

La visión de LAPDI es participar a nivel nacional e internacional en la planificación y desarrollo de políticas que permitan que las personas con diabetes puedan alcanzar una vida saludable con el pleno desarrollo de sus capacidades, ejerciendo sus derechos a la salud, a la educación y al trabajo sin discriminaciones hasta el día en que la cura definitiva de la enfermedad sea una realidad accesible para todos.

El trabajo de LAPDI se fundamenta en los valores del respeto por la vida, del servicio al prójimo, del trabajo humilde y en armonía con otras instituciones, en pos de lograr que los derechos inalienables a la salud y a la educación se cumplan en todas las personas, en forma equitativa y solidaria.

Liga Argentina de Protección al Diabético (LAPDI)

NUESTRO TRABAJO

ASISTENCIA MÉDICA

Atención médica de excelencia a cargo de profesionales de reconocido prestigio en su especialidad. Coordinados por un director médico, conforman un equipo interdisciplinario que aborda al paciente desde una mirada integral y humana contemplando lo más avanzado en el tratamiento.

La eficiencia en la administración de recursos optimiza la disponibilidad de turnos en sus consultorios propios.

PREVENCIÓN

La diabetes es una enfermedad que puede pasar desapercibida. Una de cada dos personas desconoce padecerla. Esto motiva las campañas de información y detección precoz que LAPDI realiza anualmente en la comunidad. Unida a estas acciones organiza una nutrida agenda de actividades para educar a las personas con diabetes en el manejo del tratamiento para prevenir las complicaciones en las que deriva el mal control de la enfermedad. En este marco, contamos con cientos de campañas de detección de factores de riesgo, como así también de estudios de diagnóstico de complicaciones como el fondo de ojos para la detección de retinopatía diabética entre otros.

Asimismo, hoy está demostrado que la diabetes tipo 2 puede prevenirse en la mayoría de los casos con cambios en el estilo de vida. En este sentido LAPDI promueve en la comunidad estrategias de prevención de la diabetes conjuntamente con entidades de salud, de educación, empresas y autoridades gubernamentales tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas con la incorporación de hábitos saludables en la alimentación y la actividad física.

EDUCACIÓN

Estamos convencidos que la educación para la salud es un derecho. Por eso permanentemente se desarrollan actividades gratuitas para personas con diabetes tales como cursos, conferencias, talleres, jornadas de convivencia, relacionadas con la educación diabetológica como herramienta elemental para controlar la enfermedad, mantenerse saludable y disfrutar una vida social plena.

Por otra parte, reconociendo que el equipo de salud es un aliado en el tratamiento de una enfermedad crónica desarrollamos cursos de capacitación para miembros del equipo sanitario como enfermeros, podólogos, agentes multiplicadores, promotores de salud, profesionales, para entrenarlos en la metodología para la detección precoz, el adecuado tratamiento, y la educación de la persona con diabetes.

El derecho a la educación y a la salud es uno de los bastiones de lucha permanente de LAPDI.

La persona con diabetes está protegida legalmente en el acceso al tratamiento, y contra la discriminación en todos los ámbitos. LAPDI asesora, reclama y acciona por el cumplimiento de las leyes, y en defensa de sus plenos derechos.

COMUNICACIÓN Y PRENSA

La información y la educación son puntos clave para toma de conciencia y en consecuencia la prevención del desarrollo de diabetes y las complicaciones en las personas que la padecen. Con ese fin LAPDI se asume como referente y fuente de información actualizada a nivel nacional e internacional. Tanto su equipo de profesionales como los miembros de la Comisión Directiva y voluntarios, son consultados por los medios de comunicación siendo éstas oportunidades para difundir la problemática desde los distintos aspectos médico-científico, sanitario, económico, social, legal y testimoniales de esta enfermedad declarada epidemia de la vida moderna.

LAPDI tiene su propia publicación oficial, LA GACETA DEL DIABÉTICO editada ininterrumpidamente desde 1966. Esta revista de distribución gratuita es la primera en su tipo del país y miembro del Comité Internacional de Revistas de Diabetes y de la Asociación de la Prensa Técnica Argentina.

Campañas de Concientización sobre la epidemia de diabetes en el mundo

Como miembro de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), LAPDI lidera desde 1991, las celebraciones del Día Mundial de la Diabetes en la Argentina. Con la Resolución 61/225 de la ONU el 14 de noviembre ha sido incorporado al calendario global siendo la campaña de concientización sobre diabetes más importante del mundo. Su propósito es dar a conocer las causas, síntomas, el tratamiento y las complicaciones de esta enfermedad y alertar no solo a la comunidad sino también a las autoridades sanitarias sobre sus altos costos humanos, sociales y económicos.

Sello de Calidad LAPDI para productos alimenticios

LAPDI como un recurso genuino para la generación de recursos otorga el sello de recomendación que avala la calidad y aptitud de prestigiosas marcas de productos alimenticios.

FAD: Federación Argentina de Diabetes

Fundación: el 20 de noviembre de 1972

- Personería jurídica: N° 1.522.937 otorgada el 28 de diciembre de 1990
- Registro en el Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CENOC) N° 7398.

La FAD es una entidad civil sin fines de lucro, es una ONG que agrupa a Asociaciones con una misma finalidad: EDUCAR AL PACIENTE CON DIABETES, PREVENIR COMPLICACIONES AGUDAS Y CRÓNICAS, OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA.

Para lograr el fin que se propone, la FAD ofrece a los directivos de sus asociaciones miembro, información y actualización en el tratamiento médico y jurídico, asesoramiento pedagógico-didáctico (en educación científica) y administrativo para la protección de la persona con diabetes.

El accionar de la FAD se extiende a toda la sociedad al ofrecer tanto eventos educativos y científicos como encuentros nacionales de personas con diabetes y familiares en forma de congresos, simposios, cursos de capacitación, conferencias, talleres y campamentos. La FAD demuestra y enseña en forma práctica cómo se puede vivir en plenitud con diabetes.

Es la voz de las personas con Diabetes Mellitus (DM). La representante oficial de todas las asociaciones de ayuda, protección y educación de esas personas. FINALIDAD: "La búsqueda de un ser humano transformado" desde su protagonismo como paciente, quién será autónomo en sus decisiones por la adquisición de los conocimientos por medio del estudio, del ejercicio o de la experiencia. Podrá así modificar actitudes, hábitos y conductas que conduzcan a la prevención de las complicaciones y lograr con ello una vida plena.

6 Experiencias comunitarias

A continuación se comentan algunas experiencias comunitarias de abordaje de personas con enfermedades crónicas.

Grupo de ayuda Mutua del Municipio de Moreno. Provincia de Buenos Aires.

Participantes

1. La comunidad en general (prioritariamente población vulnerable ante los factores de riesgo cardiovascular, los cuales representan la causa de muerte y morbilidad más prevalente en la población adulta). Incidencia de la DMT=9.8 % de la población, HTA: 15 % de la población, obesidad (aprox.)= 30% de la comunidad.
2. Un referente del centro de salud que, mensualmente, recibe capacitación continua por el programa de diabetes (cuidado de los pies, alimentación saludable, cuidado de los ojos, la importancia de los controles clínicos).
3. Un representante de la Secretaría de Deportes que garantizaba la actividad física no sólo como hábito saludable sino como parte del tratamiento de la patología y de los factores de riesgo cardiovascular.

Historia de los Grupos de Ayuda Mutua en Moreno

Hace más de 12 años que la estrategia de grupos de ayuda mutua comenzó en el territorio de Moreno. Desde el 2007, a través del Programa de Diabetes, tomamos este modelo y lo transformamos en política pública garantizando el sostén de los mismos en todo el territorio. Ese mismo año, un profesor de educación física comenzó a dar clases en forma voluntaria en el CIC Sanguinetti, y en poco tiempo se consiguió que esto también formara parte de la política del área y que desde la Secretaría de Deportes se articulara con el programa y se dio inicio a un trabajo conjunto que duro hasta Diciembre de 2011. El abordaje consistió en la realización de actividad física en cada unidad sanitaria con grupo de ayuda mutua, actividades recreativas los fines de semana, natación en el Club Los Indios y colonia de verano.

Desde el programa, trabajamos el abordaje de la Diabetes considerando que el tratamiento se sostiene en 4 pilares fundamentales: controles médicos, actividad física, correcta alimentación y educación para la salud (grupos de ayuda mutua). De aquí la gran importancia que tuvo y tiene el aporte que desde deportes se hace al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y a la adherencia al tratamiento de una patología crónica como es la Diabetes. La actividad física mejora el estado de ánimo, reduce los niveles de colesterol, glucemia e hipertensión y disminuye el consumo de fármacos que las personas requieren en su tratamiento.

El deporte es una actividad atractiva para la comunidad y la coordinación entre deportes y salud es esencial para lograr políticas públicas globales.

Información suministrada por la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno. Pcia. de Buenos Aires. (Marzo 2013).

Escuela de pacientes de Andalucía

Quiénes Somos

Formamos parte de la Escuela de Pacientes todas las personas que hacemos posible su funcionamiento: pacientes, personas cuidadoras, familiares, asociaciones y ciudadanía en general que participa en sus actividades formativas (para aprender y enseñar las mejores formas de cuidar y cuidarse).

Contamos, además, con grupos de expertos y expertas profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía para la elaboración de los contenidos de cada una de las enfermedades que se tratan.

La Escuela de Pacientes está financiada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y se coordina a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública (www.easp.es).

Material obtenido de www.escueladepacientes.es/ui/nuestra_escuela.aspx (consultado en abril 2013). Videos: www.escueladepacientes.es/descargas/video/spot.wmv (consultado en abril 2013).

Proyecto de intervención "Hábitos saludables": hacia la conformación de un equipo interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención. CeSAC N°7 (Área Programática Hospital Santojanni).

En el año 2002, en el CeSAC N°7 (Área Programática Hospital Santojanni), ubicado en el Barrio Piedrabuena de Villa Lugano, el servicio de Enfermería comenzó a organizar caminatas para la comunidad con el objetivo de promocionar hábitos saludables y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. A partir del año 2007 se integran a la actividad profesionales de los servicios de Nutrición, Medicina General y las residencias de Enfermería General y Educación para la Salud. El presente trabajo da cuenta del proceso de construcción de un proyecto de intervención en el primer nivel de atención, analizando principalmente las características del trabajo de un equipo interdisciplinario así como la importancia que adquiere la comunidad en la consolidación del proyecto.

El material completo está disponible en: www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/rieps08.pdf

La Iniciativa Diabetes de la Fundación Robert Wood Johnson

La Iniciativa Diabetes de la Fundación Robert Wood Johnson es una iniciativa contra la Diabetes que cuenta con el apoyo de la Fundación Robert Wood Johnson. Es una iniciativa a nivel nacional en Estados Unidos formada por dos programas nacionales que abordan el auto manejo de la diabetes (Advancing Diabetes Self Management) y la Creación de Apoyos Comunitarios para el Cuidado de la Diabetes (Building Community Supports for Diabetes Care). Los dos programas apoyan 14 proyectos de demostración en todo el país.

Uno de los Proyectos que apoyan es el de CAMPESINOS SIN FRONTERAS en Arizona en donde las Promotoras de Salud prevén apoyo y educación en la temática de diabetes a trabajadores rurales y sus familias.

Material completo disponible en: www.diabetesinitiative.org

7 ¿A quiénes puede apoyar la comunidad?

Para trabajar en promoción de la salud es primordial conformar redes de articulación con otros sectores, fundamentalmente, las organizaciones sociales y comunitarias (como comedores, sociedades de fomento, centros culturales, organizaciones religiosas) que permiten la inclusión de sectores habitualmente más alejados de los centros de salud.

Para encarar este desafío, la metodología de trabajo en red es fundamental. El mismo consiste en una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas con el fin de desarrollar “acciones comunes, con finalidades compartidas y mantenimiento de la identidad de los participantes”.

La metáfora de “la red” refleja un conjunto de relaciones que no tiene un principio ni un final, no es lineal, las relaciones van en todas direcciones, con múltiples recorridos. Una red social es algo vivo y dinámico, va transformándose de acuerdo a la forma que los actores que la conforman lo decidan. A medida que se desarrollan las acciones se genera una nueva configuración y se arman alianzas y trabajo conjunto para temas puntuales.

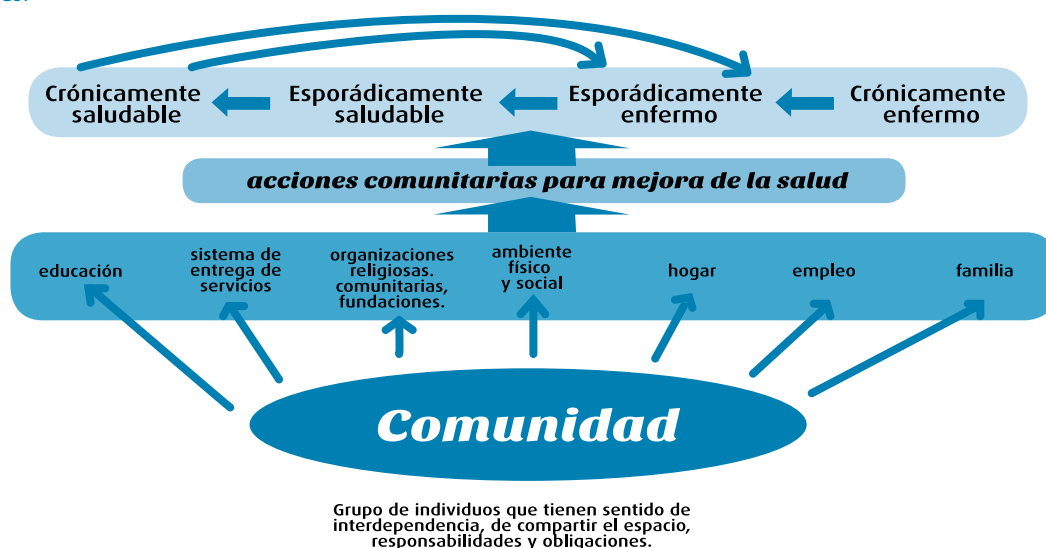
Generalmente, las redes comienzan a conformarse con vínculos interpersonales: una conversación con alguna persona para solicitar ayuda, una reunión para organizar una actividad conjunta con otra institución o un pedido de información sobre una temática específica bastan para comenzar a tejer la red.

Consolidar y sostener una red requiere tiempo. No se construye de la noche a la mañana, ni tampoco se mantiene por sí misma. El trabajo en red puede demandar en primera instancia más dedicación, pero si se logra armar equipos de trabajo aceitados pueden llevarse adelante mejoras en la funcionalidad de los centros de salud.

Tal como podemos visualizar en el Gráfico 4, existen recursos que pueden promover la salud y apoyar a aquellas personas o grupos que pueden estar transitando alguno de estos momentos:

- Quienes están crónicamente bien
- Quienes están esporádicamente bien
- Quienes están esporádicamente enfermos
- Quienes están crónicamente enfermos

Gráfico 4. Recursos comunitarios para la promoción de la salud y el apoyo a las personas con enfermedades crónicas.



Existen distintos tipos de redes para pensar estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas:

Redes personales y familiares: está comprobado que la red familiar y de amistades, estable y confiable, ayuda a prevenir y a protegerse de enfermedades. Por eso, es importante conocer los vínculos personales que tiene cada persona y no tratarla de manera aislada y descontextualizada. Es muy importante incluir esta información en la historia clínica, preguntar sobre los vínculos familiares, de amistad, laborales, comunitarios o de servicio social.

Entonces, el trabajo en red permite:

- **Visualizar los problemas con los que se trabaja de manera integral contextualizando los diagnósticos y las acciones a seguir.**
- **Llegar a sectores de la población que generalmente no acceden a políticas sociales.**
- **Utilizar los canales de difusión y articulación que otros miembros de la red tienen ya conformados (por ejemplo, radios comunitarias, publicaciones locales).**
- **Potenciar la utilización del espacio público como las plazas, los salones comunitarios para desarrollar acciones de promoción de la salud.**
- **Promover contactos, actividades y proyectos con otros centros de salud u hospitales.**
- **Fortalecer los lazos con otras instituciones no necesariamente de salud, como ONG, fundaciones, etc.**

Redes comunitarias: la relación con las organizaciones sociales y comunitarias del barrio donde está inserto el hospital o los CAP es fundamental a la hora de establecer la red. Esta vinculación favorece la recopilación de información sobre la población que se atiende y el intercambio de recursos con los que se cuenta para abordar distintas problemáticas.

Redes institucionales: se vinculan con los lazos que se entablan entre los miembros del equipo de salud de un centro, como también la relación que se construye con otros centros sanitarios. La formulación de proyectos institucionales que incluyan la participación de todos los miembros del equipo favorece la construcción de una red sólida. Asimismo, la conformación de la red sirve para llevar adelante proyectos con otras instituciones de salud con el fin de encarar un trabajo coordinado para entender a la población, aunando esfuerzos y así evitar multiplicaciones de tareas.

Redes intersectoriales: se establecen entre lo local, lo regional y lo nacional; así como también entre áreas pública, privada y no gubernamental. Todo establecimiento de salud está inserto en un espacio determinado (ya sea un paraje, un barrio, un municipio, una provincia, etc.) pero su accionar se relaciona con otros niveles de atención: se realizan derivaciones a un hospital regional para casos de mayor complejidad, por ejemplo. El trabajo en red entre los distintos sectores permitirá un trabajo articulado y coordinado para que la persona reciba una atención integral.

8 ¿Cómo puede apoyar la comunidad a las personas con enfermedades crónicas?

Es fundamental que el equipo de salud reconozca y aproveche espacios en los barrios y las localidades para realizar estrategias de comunicación, sensibilización, prevención y promoción de la salud en relación a las enfermedades crónicas.

Es importante que los equipos de salud identifiquen recursos con los que cuentan en su comunidad que puedan dar apoyo a la atención de personas con enfermedades crónicas.

El barrio es un escenario natural y espontáneo donde se desarrollan cotidiana e ininterrumpidamente actividades múltiples y diversas. En estos espacios es donde el equipo de salud puede salir a desarrollar su rol profesional analizando, diagnosticando e interviniendo para planificar y diseñar estrategias de vinculación comunitaria para la prevención y promoción de la salud.

Cuando hablamos de actores sociales en el espacio local nos referimos a:

- Vecinos/as
- Colectivos (grupos, organizaciones de base, gremios, asambleas, junta de vecinos)
- Instituciones (la municipalidad, la parroquia, las escuelas)

Es importante conocerlos: quiénes son, cuáles son sus intereses, qué actividades realizan en el barrio, dónde se reúnen, y aprovechar estos espacios comunitarios para ofrecer a las personas con enfermedades crónicas que se acerquen a participar en ellos y, además, entablar institucionalmente vínculos para organizar acciones conjuntas de promoción.

Ejemplos de acciones que se pueden realizar intersectorialmente son:

- **Promover mejores políticas y recursos para prevenir y atender las enfermedades crónicas.**
- **Aprovechar y movilizar los recursos de la comunidad.**
- **Promover la participación de las personas con enfermedades crónicas en programas comunitarios efectivos.**
- **Promover alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones.**
- **Establecer vínculos entre establecimientos de salud y comunidades.**

9 Participación, coordinación, integración

La relación entre la comunidad y los establecimientos de salud (en lo que nos atañe, respecto de la atención a personas con enfermedades crónicas) puede analizarse como un continuo según los niveles de integración que existan.

Visto desde los sistemas de salud, los niveles de integración intrasistema y con la comunidad pueden analizarse desde el enfoque de atención integrada. El equipo de salud necesita tener un vínculo estrecho con su entorno, con la comunidad.

La Declaración de Alma Ata subraya que todas las personas deben tener acceso a una Atención Primaria de la Salud y a participar en ella. Existe un amplio campo para la promoción de la salud tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal del primer nivel de atención y los individuos de su comunidad. Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de Atención Primaria de la Salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en las políticas y programas que afectan a la salud de la comunidad. Las acciones

de puertas hacia fuera del hospital, del CAP o del centro de salud son un punto clave. Hay que aprovechar todas las oportunidades de vínculos y relaciones que ofrece la comunidad: la plaza, el barrio, otras organizaciones, las redes, los medios de comunicación.

Una mayor y mejor accesibilidad al sistema de salud puede ser pensada como un puente que se construye entre el equipo de salud y la comunidad.

10 Acciones del Ministerio de Salud de la Nación para promover la participación de la comunidad en la promoción de la salud

Como parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Plan Nacional de Argentina Saludable en el ámbito de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Este plan está dirigido a combatir con intervención de base poblacional los principales factores de riesgo para estas enfermedades, como ser la actividad física baja, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco. Esto se realiza a través de tres líneas de acción prioritarias:

1. Promoción de estilos de vida saludable
2. Promoción de la regulación/acuerdos de la oferta de productos y servicios
3. Promoción de entornos saludables

En el marco de estas acciones, a continuación se presentan algunos ejemplos:

- Si se practica actividad física moderada en la vida diaria y en forma programada se puede mejorar de manera significativa la salud en todos sus aspectos, el bienestar y la calidad de vida.
- La actividad física regular se define como el ejercicio dinámico que hace intervenir a grandes grupos musculares durante al menos 30 minutos en el día, todos los días de la semana con una intensidad moderada. Esta es una de las formas más sencillas de mejorar la salud y mantenerse sano. Tiene la facultad de prevenir y controlar ciertas enfermedades. La actividad física aumenta la energía y ayuda a reducir el estrés, las concentraciones altas de colesterol y la tensión arterial. También, disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, especialmente el de colon.

10.1 Recomendaciones

A continuación se presentan algunas de las recomendaciones que, el Ministerio de Salud de la Nación, sugiere para la prevención de enfermedades crónicas. Todo el material completo se encuentra disponible en su sitio web msal.gov.ar:

- Caminar como mínimo 30 minutos diarios (seguidos o fraccionados a lo largo del día).
- Antes de iniciar y al terminar la actividad elongar para evitar lesiones y dolores musculares.
- Realizar ejercicios de estiramiento y relajación regularmente (stretching, yoga, tai chi, etc.).
- Realizar actividad física como actividades recreativas con movimiento, baile, gimnasia, gimnasia con aparatos, deportes recreativos, etc.
- Realizar pausas activas en el trabajo (en los minutos de descanso: salir a caminar, hacer ejercicios localizados o de flexibilidad, etc.).
- Adaptar la intensidad al ritmo personal (aumentando la actividad de manera progresiva).
- Moverse cada vez que pueda (al bajar del transporte unas cuadas antes del destino; utilizar las escaleras, etc.).
- Realizar los quehaceres domésticos (barrer, llevar a pasear el perro, lavar el auto, cortar el césped, etc.).

Todos los años se realiza la Campaña 100.000 Corazones para un Cambio Saludable que organiza el Ministerio de Salud de la Nación junto con la Federación Argentina de Cardiología y la Fundación Bioquímica Argentina.

La campaña promueve hábitos saludables con el objetivo de reducir las 100.000 muertes por año que las enfermedades cardiovasculares causan en la Argentina. Esta campaña, que se desarrolla durante el mes de noviembre de cada año, y ya lleva seis ediciones, se apoya sobre tres ejes que intentan promover la salud de la población: la actividad física, los ambientes 100% libres de humo de tabaco y la alimentación saludable.

Uno de los temas centrales es la obesidad que según los organismos internacionales como OMS y OPS se perfila como la epidemia del siglo XXI.

Esta lucha que tiene gran envergadura necesita de la participación de todos y es por ello que para la Campaña se convoca a todas las instituciones que se encuentren comprometidas con la salud de la población a participar activamente con actividades y acciones de promoción de la salud en torno a la problemática de la obesidad y el sobrepeso.

A continuación se presentan una serie de sugerencias de actividades y acciones de promoción que puede realizar cada institución y que no agota las múltiples posibilidades disponibles: caminatas, baile, maratones, bicicleteadas, concursos en las escuelas, talleres de cocina saludable, charlas a la comunidad, medición de factores de riesgo, peso, talla y cálculo de Índice de masa corporal, otras actividades físicas recreativas.

También en el sitio web del Ministerio de Salud se puede acceder, entre otros, a los siguientes documentos: *Guía de tabaco: Manual de escuelas libres de Humo de tabaco*; *Manual de Actividad Física*; *Campaña Menos Sal, más vida: Manual de promoción de la Salud*.

En síntesis, la comunidad es más amplia, diversa y compleja que el entorno inmediato. Se pueden utilizar distintas modalidades de vínculos entre comunidad y atención de personas con enfermedades crónicas en el continuo de la atención integrada. Cada estrategia o modalidad variará de acuerdo a las particularidades de la comunidad y de los servicios de salud.

Para integrar a la comunidad y que la misma sea parte activa en el abordaje de las enfermedades crónicas necesitamos:

- Deseo y voluntad de hacerlo
- Planificación

La planificación es la posibilidad de intervenir, decidir y actuar sobre una realidad, un problema o una situación para producir un cambio hacia otra situación deseada.

No basta la existencia de programas de salud bien diseñados, con presupuestos suficientes y con recursos humanos capacitados, para ser exitosos.

La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad. Representa la aceptación de que las personas y las comunidades pueden involucrarse activamente en el proceso salud-enfermedad-atención, desde la detección de las necesidades y la elaboración de propuestas, hasta la ejecución y evaluación. Pero también representa la convicción de que esta participación redituará en beneficios para el propio sistema de salud y para las personas con enfermedades crónicas y sus familias.

Ejercicios

A. Indique si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas

- ☐ 1. En el modelo de atención de enfermedades crónicas expandido se amplía la aplicación del modelo al ámbito comunitario y se fortalece las actividades de prevención y promoción de la salud.
- ☐ 2. El modelo de atención de enfermedades crónicas expandido integra el modelo de cuidados anterior con la promoción de la salud.
- ☐ 3. En el modelo "Perfil de la atención innovadora para las condiciones crónicas (AICC)" se añade al modelo de atención de cuidados crónicos una óptica comunitaria. Un aspecto clave del mismo es su énfasis en optimizar el uso de los recursos de la comunidad disponibles en un contexto geográfico-poblacional concreto.
- ☐ 4. Las conceptualizaciones teóricas que surgen en torno a pensar qué es una comunidad coinciden en que su característica más importante es que sus integrantes comparten un espacio geográfico definido.
- ☐ 5. Se ha demostrado que sin un sistema de apoyo sólido, muchas personas no logran controlar su enfermedad de forma efectiva, lo que lleva a resultados más negativos, deterioro de la salud integral y a hospitalizaciones que le cuestan más dinero al paciente y al sistema.
- ☐ 6. Para mejorar las relaciones de apoyo se puede implementar alguna de las siguientes estrategias:
 - Aumentar el número de personas con las que se está en contacto.
 - Mejorar la calidad de las relaciones con las personas con las que está en contacto regularmente.
 - Estas estrategias no son combinables.
- ☐ 7. Para trabajar en la promoción de la salud es primordial conformar redes de articulación con otros sectores, fundamentalmente, las organizaciones sociales y comunitarias.
- ☐ 8. La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad.

B. Indique la opción incorrecta

La ampliación que se incluye a partir del modelo de atención a crónicos expandido está íntimamente relacionada con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Esta Declaración hace referencia a cinco áreas fundamentales de acción

- ☐ a) Desarrollo de habilidades personales
- ☐ b) Reorientación de los servicios de salud
- ☐ c) Construcción de una política pública
- ☐ d) Referencia y contrareferencia
- ☐ e) Refuerzo de la acción comunitaria

C. Para pensar y reflexionar

1) Es fundamental acompañar a las personas en la exploración de los recursos de su comunidad. ¿Cómo cree usted que podría, desde su rol, colaborar en esta acción?

2) Si conoce o tuvo contacto con asociaciones de pacientes en su jurisdicción, descríbalas y explíquelas. En caso contrario, ¿cómo podría lograr algún acercamiento?

Respuestas

A. 1. Verdadero 2. Verdadero 3. Verdadero 4. Falso 5. Verdadero 6. Falso 7. Verdadero 8. 1. a) Verdadero

Bibliografía

A logo consisting of a white lowercase letter 'b' centered within a dark blue rounded square. The square is positioned on the right side of the page, overlapping the vertical line that separates the two background colors.

Unidad temática 1

Barr V y col. The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly. Vol 7. N° 1. 2003
Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud, Washington, D.C.: OPS, 2012

Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17794&Itemid

Wagner, E. Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach. Journal on Quality Improvement Vol 27 N°2 Feb 2001

Unidad temática 4

CDEMS. Chronic Disease Electronic Management System. User Guide. <http://www.hsc.wvu.edu/som/cmed/ohsr/downloads.htm>

Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, Shoai RS, Perrin R, Chaney E, Young AS. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. Journal of the American Medical Informatics Association, 2007, 14(2):156-63. Using computerized registries in chronic disease care. California Healthcare Foundation, 2004. Available from: <http://www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=21718>.

Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD000259. Chronic disease registries: a product review. California Healthcare Foundation, 2004. Available from: <http://www.chcf.org/topics/chronicdisease/index.cfm?itemID=102741>.

Skinner A, Fraser-Maginn R, Mueller KJ. Chronic Disease Management Systems (Registries) in Rural Health Care. RUPRI Rural Policy Brief, 2006, 11(1): 1-8. Available from: http://krhop.net/documents/RUPRI_policy_brief5-06.pdf.

Kemple AM, Hartwick N, Sitaker MH, Harmon JJ, Clark K, Norman J. Exploring the feasibility of combining chronic disease patient registry data to monitor the status of diabetes care. Prev Chronic Dis. 2008;5(4):A124. Epub 2008 Sep 15.

Pollard C, Bailey KA, Pettit T, Baus A, Swim M, Hendryx M. Electronic patient registries improve diabetes care and clinical outcomes in rural community health centers. J Rural Health. 2009;25(1):77-84. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121585395/PDF>

Start Gliklich RE, Dreyer NA, eds. Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide. (Prepared by Outcome DEClDE Center [Outcome Sciences, Inc. dba Outcome] under Contract No. HHS A290200500351 TO1.) AHRQ Publication No. 07-EHC001-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.

Parte de la presente unidad temática se basa en el curso EVIDENCE BASED CHRONIC ILLNESS CARE, de la Miller School of Medicine de University of Miami.

Unidad temática 5

Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation II. Agree II instrument. The AGREE Next Steps Consortium. May 2009. Disponible en <http://www.agreetrust.org>

Gagliardino et al. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(5), 2001

Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad

para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02

Lázaro y de Mercado P. Evaluación de Tecnología Médica. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Madrid, 2008.

Macchia A, Evaluación de barreras para la implementación de la Guía de Prevención Cardiovascular de la OMS en Argentina. Primer informe de avance. Ministerio de Salud de la Nación.

Martínez Sagasta, C, comp. Estandarización de los Procesos Asistenciales. Calidad en la gestión clínica. 1rs edición. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. 2007

Ministerio de Salud de la Nación. Taller de Implementación de Guías de Práctica Clínica de DMT2 y RCVG. Guía para Capacitadores: Documento de trabajo. Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/igpc_manual-para-capacitador.pdf

Unidad temática 6

Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J.M. (Eds). (2004). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press

Aguirre-Huacuja, E. (1994) La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Salud Pública de México, 36; 210-213.

Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Selfmanagement of chronic disease by older adults. A review and questions for older adults. Journal of Aging and Health, 3, 3-27.

Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M.B., Johnson, P.D., Taylor-Moon, D., & White, N.H. (1991). Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. Diabetes Educator, 17, 37-41.

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No:CD000011. DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub3.

Lange, I.; Campos, C.; Urrutia, M.; Chodowiecki, C.; Cantwell, M.; Herrera, L.M. (1989) Atención de Salud con Énfasis en Autocuidado. Revista EPAS 4(4); 10-15.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica S.A, 1999.

Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural & Cognitive Psychotherapy. 2009; 37(2):129-140.

Orueta Sánchez, R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005; 29:40-48.

Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28: 113-120.

Paterson, B. (2001). Myth of Empowerment in Chronic Illness. Journal of Advanced Nursing, 34; 574-81

Podl TR, Goodwin MA, Kikano GE, Stange KC. Direct observation of exercise counseling in community family practice. Am J Prev Med 1999; 17:207-10.

Robbins, S.P., Chatterjee, P., & Canda, E.R. (1998). Contemporary human behaviour theory: A critical perspective for social work. Boston: Allyn & Bacon.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005; 55(513):305-312.

Thoesen CM, Newton K. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Phys 2005; 72:1503-10.

Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>

Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas.

Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2006; 13(8). Disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>

Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente Medicina (B. Aires) v.64 n.6 Buenos Aires nov. /dic. 2004

Unidad temática 7

Citas

- (1) Carta de Ottawa, 1986 www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf
- (2) Kornblit, A. L. et al. (2011). "Prevención del Consumo Problemático de Drogas" <http://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/5-promocion-de-la-salud-en-las-escuelas1.pdf>
- (3), pp. 377-389. Lanús, Provincia de Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús.

Consulta

ARDILA, S. y GALENDE, E. (2011): "El concepto de comunidad en salud mental comunitaria", en Revista Salud Mental y Comunidad, Año 1 N° 1. Argentina, Ediciones de la UNLa. Baptist Church South Florida. Homestead Hospital: diabetes services.

Barr, V et al. The Expanded Chronic Care Model. HOSPITAL QUARTERLY Vol. 7 N°. 1 • 2003 http://www.primaryhealthcarebc.ca/phc/resource_eccm.html

CASTELLANOS, P. (1994): "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población". Conferencia presentada al IV Taller Latinoamericano de Medicina Social, Caracas.

Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

Di Leo, P. (2009). "La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas", en Salud Colectiva, Vol. 5. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/731/73111844006.pdf>

Federación Mundial de salud Mental "La salud mental y las enfermedades físicas crónicas" la necesidad de atención constante e integrada (2010) Disponible en: www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY%202010%20FINAL%20COPY_Spanish.pdf

Fulton TR, Penney BC, Taft A. Exploring a chronic care model in a regional healthcare contest. Health Manage Forum 2001;6:6-24.

HMacinko JH, Hde Oliveira VBH, HTurci MAH, HGuanais FCH, HBonolo PFH, HLima-Costa MFH. <http://www.baptisthealth.net/en/facilities/homestead-hospital/Pages/Diabetes-Services.aspx> <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/carmen-info.htm> <http://xnet.kp.org/newscenter/aboutkp/fastfacts.html>

J E Epping-Jordan, S D Pruitt, R Bengoa, E H Wagner Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004;13:299-305.

Kendall J, Knapp M. The Third Sector and Welfare State Modernization: inputs, activities and comparative performance. Civil Society Working Paper 14, December 2000.

Lewis R, Hunt P, Carson D. Social enterprise and community based care. The King's Fund, UK, 2006

LO BIONDO, G. (1999): "Algunos elementos del aporte de Bernard Lonergan a la política", en SCANONNE, J y SANTUC, V. (Comp.), Lo político en América Latina, Buenos Aires, Bonum, págs. 281-302.

MONTERO, M. (1994): Psicología Social Comunitaria, teoría, método y experiencia, México, Ediciones Universidad de Guadalajara. (1998): "La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social" en Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones, España, Síntesis. (2003): "El fortalecimiento en la comunidad" en Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad, Buenos Aires, Paidós. (2004): "El quehacer comunitario" en Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos, Buenos Aires, Paidós.

- OMS – Glosario de promoción de la salud: www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- OMS. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio. Organización Mundial de la Salud, 2002, ISBN: 9241590173.
- OMS. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio. Organización Mundial de la Salud, 2002, ISBN: 9241590173 org/online/foundation/home/programs/education/peersforprogress.html
- Organización Panamericana de la Salud. Red CARMEN.
- Organización Panamericana de la Salud/ OPS. Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf>
- The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *HA J Public Health*.H 2011; 101(10):1963-70.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:64-78.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McColloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:63-80.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Pract* 1998;1:2-4.
- Wagner EH. More than a case manager. *Ann Intern Med* 1998; 129:654-6.

Referencias

Unidad temática 1

1. Rediseño del gráfico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, 2012

Unidad temática 2

1. Organización Panamericana de la Salud: "Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas". Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. Nº 4. Washington. 2010.
2. Goodwin, N, et al. Managing health services. Open University Press, 2006
3. Menéndez, EL. El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y Alternativas hacia una Fundamentación Teórica del Modelo de Autoatención en Salud. *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, Número 3, 1984
4. Consejo internacional de enfermeras, Federación farmacéutica internacional, Federación odontológica mundial, Asociación médica mundial, Federación internacional de hospitales, Confederación mundial de fisioterapia. Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. p 11. 2008
5. Organización Mundial de la Salud. The world health report 2000 – health systems: improving performance, WHO, Geneva, p. 61. 2000
6. Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial*. 1991; 6(1):1-6
7. Langley GJ, et al. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organisational Performance. 1992
8. Perman G, et al. Mortality in an elderly type 2 diabetic patients' cohort who attended a self-management educational workshop. *Prim Care Diabetes*. 2011 Oct;5(3):175-84.
9. Organización Mundial de la Salud. Accedido el 24/01/2014. URL: http://www.who.int/topics/health_systems/es/
10. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=20&pageid=3141>. Último acceso junio 2014

11. Ministerio de Salud de la Nación: "Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Modulo III: Redes. 2010. Disponible en: <http://remediar.gov.ar/pampa.avnam.net/files/ModuloRedesCapitalHumano.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud: "Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas". Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. N° 4. Washington. 2010
13. Rovere, M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. 1999.
14. Programa Nacional de Redes de Salud. SERVICIOS DE SALUD EN RED y fortalecimiento de la APS en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2012

Unidad temática 4

1. Lippeveld T., et al. Design and Implementation of Health Information Systems. 2000. Geneva: WHO
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía para la Nominalización, Clasificación y Seguimiento de Personas con Riesgo Cardiovascular Global. 2011
3. Sistema Único de Registro. Dirección de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2012
4. Horn RV. Statistical indicators for the economic and social sciences. Cambridge University Press, Hong Kong, 1993

Unidad temática 5

1. Gagliardino et al. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 10 (5), 2001
2. Lázaro y de Mercado P. Evaluación de Tecnología Médica. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Madrid, 2008
3. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>. Último acceso mayo 2014.
4. Disponible en http://msal.gov.ar/pngcam/pdf/GUIA_ADAPTACION.pdf. Último acceso mayo 2014.
5. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Clinical Practice Guidelines. Guidelines for clinical practice: from development to use / Committee on Clinical Practice Guidelines. Division of Health Care Services, Institute of Medicine; Marilyn J. Field and Kathleen N. Lohr, eds. June, 1992

Unidad temática 6

1. Cifras de nuestro país aportadas por un estudio de carga de enfermedad conducido por el Programa FESP (Funciones Esenciales de Salud Pública) del Ministerio de Salud de la Nación, realizado en el 2008 indican que las ECNT son responsables del 39% de los años potenciales de vida perdidos (APVP)
2. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003
3. Palop Larrea V, Martinez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004;28:113-120
4. Idem 3.
5. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2006;13(8). Disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
6. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
7. Orueta Sánchez, R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005;29:40- 48

8. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.:CD000011. DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub3
9. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2006;13(8). Disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
10. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=20&pageid=3141>. Último acceso junio 2014
11. Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J.M. (Eds). (2004). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press
12. Thoesen CM, Newton K. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Phys
13. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente Medicina
14. Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J.M. (Eds). (2004). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press
15. Thoesen CM, Newton K. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Phys
16. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Enero 2006

Unidad temática 7

1. Kornblit et. al., 2011
2. Montero, 1998
3. Montero, 2004
4. Lo Biondo, 1999
5. Institute for Patient and Family Centered Care, Disponible en <http://www.ipfcc.org/advance/topics/pc-selfmgmt.html>. Último acceso mayo 2014.
6. Información suministrada por la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno. Pcia. de Buenos Aires. Marzo 2013.

Laspiur, Sebastián
Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :
Ministerio de Salud de la Nación, 2014.
140 p. : il. ; 29x21 cm.

ISBN 978-950-38-0184-0

1. Enfermedad Crónica. I. Título
CDD 616.044

Fecha de catalogación: 03/06/2014