

Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:

Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:

Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas

Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:

Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Se publica también en inglés (2013) con el título:
Innovative Care for Chronic Conditions : Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic
Noncommunicable Diseases in the Americas
ISBN 978-92-75-11738-5

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Enfermedad Crónica. 2. Calidad de la Atención – acceso & evaluación. 3. Innovación. 4. Américas. I. Título.

ISBN 978-92-75-31738-9

(Clasificación NLM: WT500 DA1)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El área AD/NMH/ND, (cronic@paho.org) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento fue preparado por Alberto Barceló, JoAnne Epping-Jordan, Pedro Orduñez, Silvana Luciani, Irene Agurto, y Renato Tasca. La preparación de este documento también ha contado con las contribuciones de Claudia Pescetto, Rubén Suárez, Victor Valdivia, Anand Parekh, Rafael Bengoa y Michael Parchman.

Diseño y diagramación: Sandra Serbiano, Buenos Aires, Argentina

Créditos de las fotos: OMS: Página 8. OPS/OMS: Páginas 10, 12, 14, 17, 18, 21, 70, 74, 83, 86. Shutterstock.com: Páginas 22, 28, 36, 42, 58, 72,76, 80. Depositphotos.com: Páginas 48, 54, 64, Cubierta. Photl.com: Página 51.

Tabla de contenidos

Resumen ejecutivo.....	11
Antecedentes.....	13
Introducción.....	15
LOS RETOS.....	17
MUERTE PREMATURA Y DISCAPACIDAD.....	17
DIFICULTADES ECONÓMICAS.....	17
ATENCIÓN DE MALA CALIDAD.....	18
El Modelo de Cuidados Crónicos.....	23
INTERACCIONES PRODUCTIVAS.....	24
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	26
Apoyo al automanejo.....	29
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	34
Diseño del sistema de atención.....	37
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	40
Apoyo a la toma de decisiones.....	43
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	46
Sistema de información clínica.....	49
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	52
Organización de atención a la salud.....	55
EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....	57

Recursos y políticas comunitarias	59
EXPERIENCIAS INNOVADORAS	61
Mas allá del Modelo de Cuidados Crónicos	65
IMPLICACIONES DE LAS POLÍTICAS	65
INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS	66
FINANCIAMIENTO	69
LEGISLACIÓN	70
RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA	72
ALIANZAS	74
LIDERAZGO Y ABOGACÍA	75
Un método para la introducción de cambios.....	77
Implementación y mejora de la atención a las ECNT en las Américas.....	81
MAPA DE CUIDADOS CRÓNICOS: EXPERIENCIAS INNOVADORAS	82
Conclusiones	87
Recomendaciones	90
Lista de abreviaturas.....	92
Referencias.....	94
Anexo 1: colaboradores.....	102



**DR MARGARET CHAN,
DIRECTOR GENERAL, WHO**

“ La cobertura universal
[de los cuidados médicos] es
la única medida que por sí sola
puede mejorar poderosamente
la equidad social.”

Alocución de Apertura de la Directora General de la
Organización Mundial de la Salud en la 64ª Sesión del
Comité Regional de la OMS para las Américas
Dra. Margaret Chan
17 de septiembre del 2012
Washington, D.C.



“ Trabajaré para mejorar la capacidad de esta Organización [OPS] de trabajar a la par de nuestros Estados Miembros para desarrollar sistemas y servicios de salud y fomentar modelos de atención que promuevan el acceso universal. ”

Cambio en salud, salud para el cambio
Discurso de toma de posesión de la Dra. Carissa F. Etienne como
Directora de la Organización Panamericana de la Salud
31 de enero del 2013
Washington, D.C.

Resumen ejecutivo

La atención a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tales como las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un problema global. Las investigaciones demuestran que la gran mayoría de las personas con ECNT no reciben la atención adecuada. El presente informe describe un modelo de atención de salud que podría propiciar un manejo integrado de las ECNT en el contexto de la atención primaria de salud (APS) y proporciona una guía práctica para los administradores de programas de salud, los formuladores de políticas públicas y los actores involucrados en cómo planificar y prestar servicios de alta calidad para las personas con ECNT o con sus factores de riesgo. También se discuten las implicaciones claves de una gestión integrada a nivel de políticas públicas, entre ellas, aspectos financieros y legislativos de la atención y la formación de recursos humanos. El informe contiene una lista de ejemplos de intervenciones efectivas para cada componente del Modelo de Cuidados Crónicos. Además, se muestran a través de todo el documento ejemplos no publicados de trabajos realizados en los países con base en las buenas prácticas aplicadas a la atención de pacientes crónicos. El documento concluye que el Modelo de Cuidados Crónicos debe ser implementado en su totalidad, ya que sus componentes tienen efectos sinérgicos, donde el todo es mayor que la suma de sus partes. Las reformas de las políticas y el acceso universal a la atención son elementos fundamentales que conducen a mejores resultados y reducen las disparidades en la atención de las enfermedades crónicas. Es fundamental lograr que la atención crónica basada en la APS quede integrada a los servicios y programas existentes. Las enfermedades crónicas no deben considerarse en forma aislada, sino como una parte del estado de salud del individuo, que puede ser susceptible a sufrir múltiples riesgos de salud. Un sistema de atención centrado en el paciente beneficia a todos los usuarios, independientemente de su estado de salud o si su condición es transmisible o no transmisible. Un sistema de atención basado en el Modelo de Cuidados Crónicos significa una mejor atención para todos, no sólo para las personas con enfermedades crónicas. La atención primaria tiene un papel fundamental que debe desempeñarse como centro de coordinación, pero debe complementarse por los centros de atención más especializados e intensivos, tales como laboratorios de diagnóstico, clínicas de atención especializada, hospitales y centros de rehabilitación. Finalmente las diez recomendaciones para el mejoramiento en la calidad de la atención de las condiciones crónicas son:

1. Implementar el Modelo de Cuidados Crónicos en su totalidad.
2. Garantizar un enfoque centrado en el paciente.
3. Crear políticas multisectoriales (o revisar las ya existentes) para el manejo de las ECNT, entre ellas el acceso universal a la atención y el alineamiento de los sistemas de pago en apoyo a las mejores prácticas.
4. Crear sistemas de información clínica (o mejorar los ya existentes) entre ellos el monitoreo, la evaluación y las estrategias de mejora de calidad, como partes integrales del sistema de salud.
5. Introducir el apoyo sistemático al automanejo del paciente.
6. Orientar la atención hacia el cuidado preventivo y poblacional, reforzado por estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria.
7. Cambiar (o mantener) las estructuras del sistema de salud para apoyar mejor el manejo y control de las ECNT.
8. Crear redes de cuidados liderados por la APS que apoyen la atención continua.
9. Reorientar los servicios de salud mediante la creación de una cultura de cuidados crónicos, incluyendo atención proactiva basada en evidencias y estrategias de mejora de calidad.
10. Reorganizar al personal de atención en equipos multidisciplinarios garantizando la capacitación continuada en manejo de ECNT.



Participantes en el grupo de trabajo Organización y Prestación de Atención de Alta Calidad a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en las Américas

Al frente: Tomo Kanda, Elisa Prieto, Lisbeth Rodriguez, Sonia Angel, Tamu Davidson-Sadler
Detrás: Frederico Guanais, Micheline Meiners, Rafael Bengoa, Anand Parekh, Alberto Barceló,
Renato Tasca, Sandra Delon, Maria Cristina Escobar, JoAnne Epping-Jordan, Sebastian Laspiur,
Silvana Luciani, Anselm Hennis, Pedro Orduñez

*13-14 de Diciembre del 2012
Washington DC*

Antecedentes

El presente informe describe un modelo de atención médica que podría ofrecer una gestión integrada de las ENT dentro del marco de la atención primaria de salud (APS), y proporciona una guía práctica para los administradores de programas de salud, formuladores de políticas públicas y actores sobre cómo planificar y prestar servicios de alta calidad para las personas con ECNT o sus factores de riesgo. También se analizan las implicaciones claves de una gestión integrada a nivel de políticas públicas, tales como los aspectos financieros y legislativos de la atención y la formación de recursos humanos. Se someten a análisis las implicaciones de este tipo de atención para los sistemas de salud, así como los pacientes y las comunidades. Las recomendaciones y sugerencias se hacen con base a evidencias y experiencias prácticas. Este informe no constituye una revisión exhaustiva de los modelos de manejo integrado de las ECNT y no intenta captar toda la amplitud de experiencias en todos los países de la región. Muchas personas contribuyeron con ejemplos que se muestra a lo largo del documento. La lista completa de participantes se encuentra en el Anexo 1.

Para la identificación de intervenciones efectivas se conformó el grupo de trabajo **Organización y Prestación de Atención de Alta Calidad a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en las Américas** los días 13 y 14 de diciembre del 2012 en Washington DC, con la participación de 20 expertos y funcionarios de la salud de 10 países. Durante los dos días, los participantes examinaron diversos aspectos del Modelo de Cuidados Crónicos, la evidencia específica para las intervenciones y una serie de recomendaciones generales. La lista completa de los participantes se presenta en el Anexo 1. Como resultado del grupo de trabajo, para cada componente del Modelo de Cuidados Crónicos, se incorpora al presente informe una lista de ejemplos de intervenciones basados en evidencias, como parte de las secciones denominadas **Ejemplos de intervenciones efectivas**. Estas intervenciones basadas en evidencia provienen de artículos que se identificaron en una revisión rápida de la literatura utilizando PubMed y las bases de datos Cochrane. La revisión inicial abarcó más de 200 artículos, mientras que un total de 37 artículos de alta calidad (principalmente revisiones sistemáticas) se incluyeron en la lista. Las intervenciones identificadas con base a la evidencia deben considerarse con cuidado, ya que tal vez requieran ser adaptadas puesto que las intervenciones originales pueden haberse desarrollado en entornos y contextos sociales y económicos diferentes. Los detalles acerca de la búsqueda de la literatura y el grupo de trabajo se pueden obtener de los autores.

Este informe se divide en diez secciones principales:

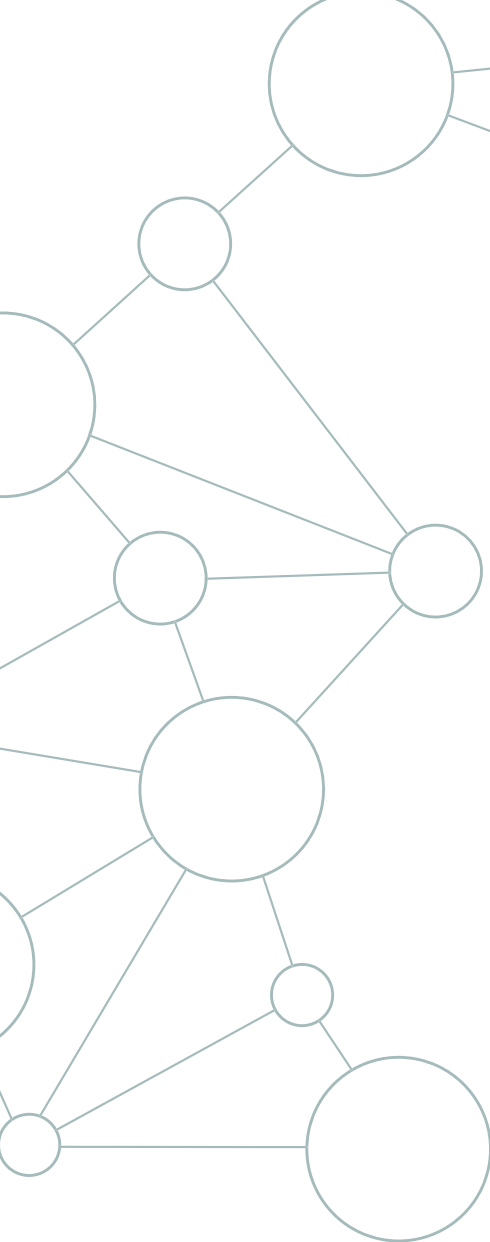
1. **Resumen ejecutivo.** Esta sección presenta un resumen de los temas tratados en este documento.
2. **Desafíos.** Esta sección describe el desfase existente entre la carga de las ECNT (un perfil epidemiológico que cambia con rapidez y el impacto económico cada vez mayor) y las formas anticuadas en las que la mayoría de los sistemas de salud se organizan para gestionar y prestar atención a estas condiciones.
3. **Modelo de atención.** Esta sección resume los enfoques y modelos que pueden ayudar a informar y organizar los esfuerzos para mejorar la atención de salud para la prevención eficaz y gestión de las ECNT.
4. **Implicaciones políticas.** En la mayor parte de la Región de las Américas, un entorno político positivo que apoya el cuidado integrado de las ECNT puede ayudar a reducir la carga de las mismas.
5. **Método para introducir cambios.** La Serie de Mejoría Rápida (BTS por sus siglas en inglés Breakthrough Series) y los principios subyacentes del mejoramiento de la calidad proporcionan una estructura para lograr mejoras en los sistemas de salud.
6. **Implementación y mejoramiento en la atención a las ECNT en las Américas.** Numerosas iniciativas se han llevado a cabo en la región para mejorar manejo integrado de las ECNT; un conjunto de estudios de casos se exhibe para cada componente del Modelo de Cuidados Crónicos.
7. **Conclusiones.** Esta sección revisa las cuestiones más importantes esbozadas en todo el documento para la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos.
8. **Recomendaciones.** Esta sección identifica las acciones claves para mejorar los resultados en una gama de sistemas de salud. Estas recomendaciones se discutieron en el grupo de trabajo mencionado anteriormente.
9. **Referencias.** Una lista completa de referencias con enlaces a documentos disponibles en línea.
10. **Anexo 1.** Esta sección contiene la lista completa de colaboradores.



Foto: OPS

Introducción

La atención a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entre ellas las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema global. La investigación demuestra que la gran mayoría de las personas con ECNT no reciben la atención adecuada. Del total de las personas afectadas por ECNT sólo se diagnostica alrededor de la mitad y de esos pacientes, sólo la mitad recibe atención médica. Entre la cuarta parte de las personas con ECNT que sí reciben atención, sólo alrededor de la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento clínico. De forma acumulativa, sólo 1 de cada 10 personas con condiciones crónicas es tratado CON ÉXITO. (1) Lo anterior se debe en principio al resultado de una gestión inadecuada, pero también a la falta de acceso a la atención y la existencia de numerosas barreras financieras (2).



Los líderes del campo político y de salud pública reconocen cada vez más la necesidad de tomar medidas urgentes para abordar el problema de las ECNT. Hay acciones internacionales en marcha, tal como se mostró en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), celebrada en Nueva York en septiembre del 2011 (3), y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro en octubre del 2011 (4). En estas reuniones, los líderes mundiales reconocieron que la carga global y la amenaza de las ENT constituyen uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo 21, minando el crecimiento social y económico, y amenazando el logro de los objetivos de desarrollo del milenio. También reconocieron el papel protagónico que deben desempeñar los gobiernos y la responsabilidad de responder adecuadamente a este desafío. Entre otros asuntos, la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de la ONU instó a “promover el acceso a la prevención integral y económica, tratamiento y atención a la gestión integrada de las ENT...”

El manejo integrado de las ECNT está justificada por lo menos por tres razones importantes. En primer lugar, la mayoría de las personas presentan más de un factor de riesgo o enfermedades ya desarrolladas (por ejemplo, hipertensión y obesidad, o hipertensión y diabetes y/o asma) (5). Por lo tanto, tiene sentido tratar sus condiciones dentro de un marco integrado de atención. Otra razón por la que la atención integral es válida es que la mayoría de las ECNT plantean demandas similares a los trabajadores de la salud y sistemas de atención, de tal forma que las maneras análogas de organizar y gestionar la atención de

estas enfermedades son efectivas por igual, sin importar la etiología. En tercer lugar, la mayoría de las ECNT tienen factores de riesgo comunes primarios y secundarios. Por ejemplo, la obesidad es un factor de riesgo importante para la diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, y ciertos tipos de cáncer, así como las enfermedades del corazón pueden ser una complicación a largo plazo de más de una condición crónica, como la diabetes y la hipertensión.

Además del manejo integrado de las ECNT, es también esencial la integración general de este tipo de atención dentro de los servicios de salud. Una persona con una condición crónica debería ser atendida en una forma integral dentro del contexto de otros problemas de salud y programas existentes (por ejemplo, programas integrados para el manejo de ECNT o enfermedades transmisibles, o problemas de salud materno-infantil). Esto tiene sentido porque hay varias asociaciones entre diversas ECNT y las enfermedades transmisibles (por ejemplo, la diabetes y la tuberculosis [TB], infecciones virales y cáncer, incluido el Virus del Papiloma Humano [VPH] y el cáncer cervicouterino, así como la hepatitis B y cáncer del hígado, el SIDA y cáncer, el SIDA y el síndrome metabólico). Las enfermedades crónicas no deben abordarse de forma aislada, sino como una parte del estado de salud de la persona, quien puede ser susceptible a muchos otros riesgos para la salud. Un sistema de atención centrado en el paciente beneficia a todos los pacientes, independientemente de su estado de salud.

La solución óptima para la prevención y gestión efectiva de las ECNT no yace en simplemente ampliar los sistemas “tradicionales” de atención de salud, sino más bien fortalecer y transformar estos sistemas de prestación para proporcionar atención de

salud más eficaz, eficiente y oportuna. La solución no es crear un sistema que sea exclusivo para las ECNT, sino más bien asegurar que el sistema de salud esté totalmente preparado y equipado para proporcionar una atención continua de alta calidad para aquéllos que lo necesitan, es decir la gran mayoría de la población bajo atención médica.

LOS RETOS

La carga global de las ECNT continúa creciendo, tanto a nivel mundial como en la Región de las Américas, exigiendo aún más a los sistemas de salud que de por sí ya están bajo gran presión.

MUERTE PREMATURA Y DISCAPACIDAD

En 2008, las ECNT causaron unos 36 millones de muertes a nivel mundial, lo que representó el 63% de todas las defunciones. Las causas principales fueron las enfermedades cardiovasculares (ECV) (48%), cáncer (21%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (12%) y la diabetes (3%). Las ECNT son una gran preocupación entre la población que envejece, no sólo en las naciones de altos ingresos, sino también en países de bajos ingresos, donde la carga de estas enfermedades está aumentando de forma desproporcionada (6). Los principales factores de riesgo para las ECNT son dietas poco saludables e inactividad física, lo que conduce al sobrepeso y la obesidad, así como el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol. A nivel macro, los

catalizadores de estas condiciones incluyen el crecimiento demográfico, el envejecimiento, la urbanización, la pobreza y la inequidad.

La región de las Américas presenta un patrón similar. Cada año, casi 4 millones de personas en la región mueren a causa de las ECNT, lo cual representa el 76% de todas las defunciones. Más de un tercio de estas muertes son prematuras (antes de los 70 años), y la mayoría son evitables y podrían posponerse. Los factores de riesgo de ECNT más importantes en la región son hipertensión (que afecta entre el 20% y 40% de la población), obesidad (que afecta a un 26% de los adultos, más que cualquier otra región), diabetes (5% - 10% de la población), y el uso de tabaco (aproximadamente el 22% de la población). Sin las medidas adecuadas, se prevé que estos factores contribuirán enormemente al incremento de la carga de enfermedades en las Américas (7).

DIFICULTADES ECONÓMICAS

Las ECNT también representan una carga terrible a los países a nivel macroeconómico. En el 2010, el costo global de las ECV se estimó en US\$ 863 mil millones; se estima que esta cifra aumentará a más de \$US 1 billón para el 2030 – un incremento del 22%. Para el cáncer, los 13,3 millones de nuevos casos reportados en el 2010 se cree que costarán US\$ 290 mil millones, y los costos relacionados con las ECNT se proyectan que lleguen a US\$ 458 mil millones para el año 2030. La diabetes le costó a la economía global casi US\$ 500 mil millones en el 2010 – un costo que se proyecta que aumente a por lo menos US\$ 745 mil



Foto: OPS

millones en el 2030, con los países en desarrollo asumiendo una parte mucho mayor de los fondos desembolsados (8).

Otros datos de la región de las Américas ofrecen resultados similares. El costo actual del tratamiento de la diabetes se estima que es el doble del costo actual del tratamiento del VIH –alcanzando US\$ 10,7 mil millones sólo en Latinoamérica. En el 2010, el gasto en diabetes repre-



Foto: OPS

sentó el 9% del gasto total en salud en Suramérica y Centroamérica y alcanzó el 14% en Norteamérica, incluyendo los países angloparlantes del Caribe y Haití. En Brasil, los investigadores pronostican que la pérdida proyectada del ingreso nacional que se le atribuye a las ECNT, como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), será del 3,21% en el 2015 (8). En Trinidad y Tobago, el costo actual de la hipertensión y la diabetes se estima en un 8% del PIB. En México, bajo el supuesto de que la prevalencia de diabetes e hipertensión continúe elevándose como se predijo, se ha estimado que el gasto nacional de salud tendrá que incrementarse en un 5% - 7% cada año, sólo para satisfacer las necesidades de los recién diagnosticados (9).

ATENCIÓN DE MALA CALIDAD

Muchas personas con ECNT no reciben atención adecuada. Esta falta de atención adecuada se puede atribuir tanto a problemas de acceso como de calidad, y se experimen-

ta con frecuencia en mayor medida entre los subgrupos desfavorecidos de la población (10). Un estudio de adultos con “necesidades de cuidados complejos” efectuado en 11 países, entre ellos Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica, reveló importantes brechas de coordinación (11). Este estudio mostró que en los Estados Unidos, aproximadamente el 40% de los encuestados informaron que no recibieron tratamiento adecuado una vez que la enfermedad crónica se hizo evidente. Por otra parte, de los que recibieron atención, cerca del 20% recibieron cuidados médicos clínicos inapropiados (12).

La calidad de la atención médica para las ECNT en países con bajos y medianos ingresos, es también motivo de preocupación. Estas naciones a menudo luchan contra la complejidad de no tener suficientes recursos, conjugada con el pobre acceso a los servicios necesarios, medicamentos y tecnologías. Al mismo tiempo, muchos de estos países todavía están luchando contra las enfermedades transmisibles, y problemas de salud materno-infantil. Las instalaciones de los centros de salud con frecuencia carecen de insumos para hacer exámenes clave, pruebas de diagnóstico y medicamentos necesarios para proporcionar los cuidados médicos esenciales para las ECNT.

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que alrededor del 90% de los adultos puede requerir algún tipo de acción médica relacionada con ECNT. Se informa que alrededor del 40% de los adultos son casos diagnosticados de ECNT (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad), mientras que el 30% padece estas enfermedades permanece en la comunidad sin ser diagnosticadas un 15% adicional de la población tiene comportamientos que incrementan el riesgo de ECNT, tales como tabaquismo y sedentarismo; y el 5% requiere los servicios de

prevención porque está en la edad de los grupos en riesgo de cáncer de mama, cáncer cervicouterino o de próstata. En general, sólo alrededor del 10% de la población adulta puede considerarse de bajo riesgo para las ECNT, y por lo tanto, no está en aparente necesidad inmediata de ninguna atención crónica (Barceló A, calculado con base en datos de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes, observación sin publicar, 2013).

Otro factor que influye en la calidad de la atención a las condiciones crónicas es la carga de trabajo y la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a todos los necesitados. Las salas de espera y clínicas atestadas de personas pueden ser un entorno común hoy en día en muchos lugares debido al aumento masivo en el número de pacientes que buscan atención médica para las ECNT. El uso racional de los recursos disponibles para la gestión de las ECNT es, por lo tanto, fundamental. Por ejemplo, es necesaria una cantidad adecuada del tiempo del proveedor de salud para que en los encuentros médicos se lleven a cabo eficazmente una gran cantidad de tareas necesarias para la atención crónica, incluyendo la gestión médica y psicológica, el apoyo al automanejo y la recopilación de datos, entre otros.

Las consecuencias de la mala calidad de atención son sustanciales. Desde una perspectiva económica, los costos de la atención médica son excesivos cuando las ECNT son manejadas de forma inadecuada. La ejecución deficiente o la falta de la adopción generalizada de la mejor práctica médica conocida (como por ejemplo la de atención preventiva que ha demostrado ser eficaz) resultan en el desperdicio de recursos. Los desperdicios también se producen cuando los pacientes se pierden en el sistema, debido a una atención fragmentada. La mala calidad de atención resulta en aparición

de complicaciones, reingresos a los hospitales, disminución del estado funcional y aumento de la dependencia, especialmente para aquéllos con ECNT, para quienes la atención médica es esencial (13). Los individuos, familias, organizaciones de atención médica, gobiernos y contribuyentes pagan el precio colectivamente.

La mala calidad de la atención médica también se traduce en resultados clínicos deficientes. Más de la mitad de las personas diagnosticadas con diabetes o hipertensión no llegan a alcanzar los objetivos del tratamiento. La investigación en la población y entornos clínicos llevados a cabo entre 2003 y 2010 mostró que entre aquéllos con hipertensión o diabetes, menos de la mitad tuvieron buenos controles de la presión arterial (14) o de glucemia (15-20), respectivamente. Un estudio sobre la calidad de la atención médica a la diabetes proporcionada por médicos generales del sector privado en nueve países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú y Venezuela) trabajando con un universo de 3.592 cuestionarios de pacientes contestados por médicos, revelaron que el 58% de los pacientes tenían una dieta pobre, el 71% eran sedentarios y el 79% eran obesos o con sobrepeso. Se observó un control glucémico deficiente en el 78% de los pacientes; la proporción de pacientes con hemoglobina glicosilada (A1c) <7,0% fue del 43%, y en el 86% de los pacientes se registraron comorbilidades asociadas a la diabetes tipo 2 (17). Otros estudios indicaron deficiencias similares en la atención médica. A lo largo de la frontera México-Estados Unidos de Norteamérica, muchos hispanos adultos con diabetes no reciben atención médica basada en la evidencia (19). Un estudio en Brasil, reportó que a los pacientes con hipertensión y/o diabetes no se les prescriben medicamentos a niveles suficientes para

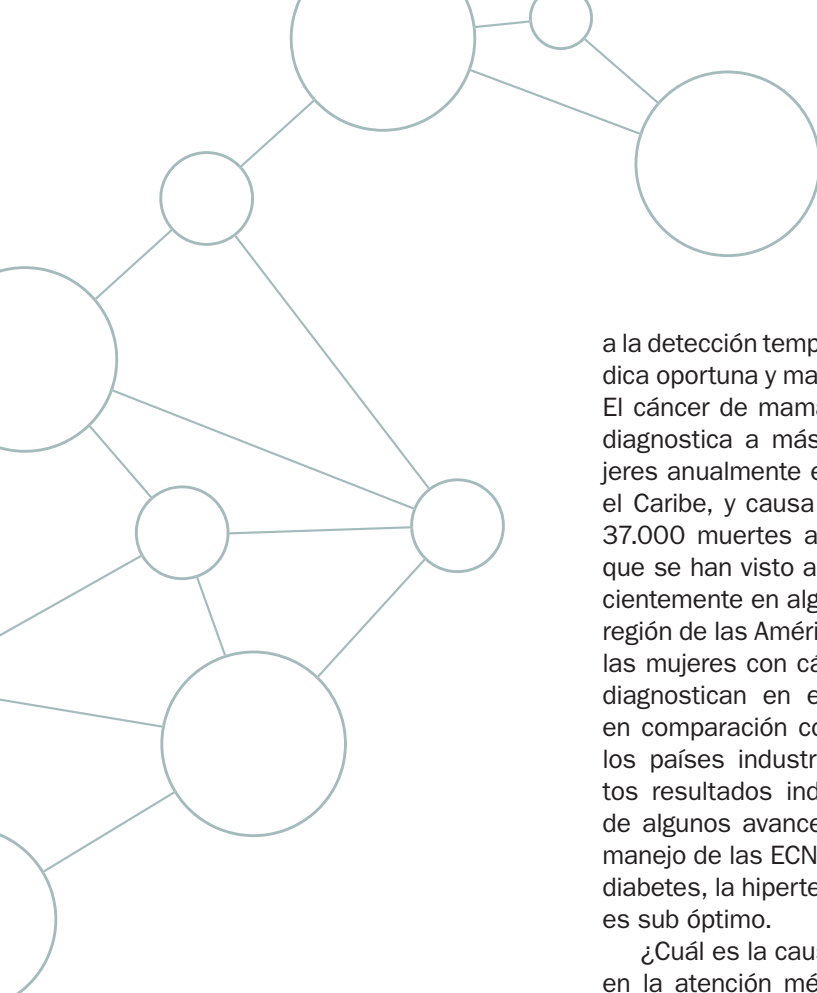
Enfoques estratégicos: La Estrategia Global de la OMS y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las ENT

La Estrategia Global para la Prevención y Control de las ENT de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Plan de Acción correspondiente brindan orientaciones sobre las políticas claves para ayudar a los tomadores de decisiones en la reestructuración de los sistemas y servicios de salud, para hacerle frente a las ECNT, en particular en escenarios donde los recursos son limitados. Las orientaciones para los gobiernos nacionales son las siguientes:

- Utilizar un marco unificador para asegurar que las acciones en todos los niveles y todos los sectores se apoyen mutuamente;
- Emplear estrategias de prevención integrada y de control, centrándose en los factores de riesgo comunes y utilizando un enfoque transversal a las enfermedades específicas;
- Conjugar intervenciones para toda la población a nivel colectivo e individualizado;
- Utilizar una metodología paso a paso, en particular en los países que no cuentan con recursos suficientes para llevar a cabo todas las acciones recomendadas;
- Fortalecer la acción intersectorial en todas las etapas de la formulación y aplicación de las políticas a fin de abordar los determinantes principales de la carga de enfermedades crónicas que se encuentran fuera del sector de la salud;
- Establecer hitos relevantes y explícitos para cada nivel de intervención, con especial énfasis en la reducción de las desigualdades en salud.

La formación de alianzas claves con el sector privado, sociedad civil y organizaciones internacionales también se recomienda como la mejor manera de implementar las políticas públicas.

Fuente: Referencia (26).



controlar estas enfermedades (21). En el sur de Brasil, se reportó que al 58% de los pacientes con ECNT no se les midió el peso, estatura y presión arterial, y no recibieron recomendaciones preventivas (22). Aunque la incidencia del cáncer sigue siendo alta a nivel mundial, las tasas de mortalidad para muchos tipos de cáncer han disminuido en los últimos años en los Estados Unidos de Norteamérica y otros países desarrollados, debido a un mejor tratamiento. Sin embargo, muchos países en desarrollo siguen experimentando tasas muy altas de mortalidad como consecuencia del diagnóstico tardío, la falta de acceso

a la detección temprana, atención médica oportuna y manejo eficiente (23). El cáncer de mama, por ejemplo, se diagnostica a más de 100.000 mujeres anualmente en Latinoamérica y el Caribe, y causa aproximadamente 37.000 muertes al año. A pesar de que se han visto algunas mejoras recientemente en algunos países, en la región de las Américas el 30 - 40% de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en etapas avanzadas, en comparación con sólo el 10% en los países industrializados (24). Estos resultados indican que a pesar de algunos avances en la región, el manejo de las ECNT – en particular la diabetes, la hipertensión y el cáncer – es sub óptimo.

¿Cuál es la causa de este fracaso en la atención médica? En esencia, hay una discordancia entre los problemas de salud más prevalentes (ECNT) y la forma en que los sistemas de salud en muchos países se organizan para hacerles frente. Este desencuentro es de naturaleza histórica y se puede entender mirando retrospectivamente a épocas anteriores, cuando las enfermedades infecciosas y agudas, fueron los problemas de salud más prevalentes. Hoy en día, el perfil epidemiológico ha cambiado considerablemente, pero la organización de la atención médica no (25). Aunque algunos países han adoptado medidas para rediseñar sus sistemas de salud para dar cabida al crecimiento

de la carga de ECNT, la mayoría de los sistemas no ha mantenido el ritmo en el nivel que se necesita para satisfacer las necesidades cambiantes de la población, por lo que persisten brechas en la calidad. Otros países siguen utilizando enfoques que se diseñaron para un conjunto de problemas de salud que aún existen pero que ya no son las principales causas de morbilidad y mortalidad. Mientras que los problemas médicos agudos siempre requerirán de la atención de los proveedores de salud, los enfoques que se orientan hacia las enfermedades agudas son cada vez más inadecuados para hacerle frente a la creciente población de personas con ECNT.

Los atributos necesarios para el manejo óptimo de las ECNT se resumen en la Tabla 1. La atención debe ser integrada a través del tiempo, lugar y las condiciones de salud. Los miembros del equipo de atención médica deben colaborar unos con otros, así como con los pacientes y sus familiares a fin de desarrollar los objetivos del tratamiento, planes e implementación de estrategias centradas en las necesidades, valores y preferencias del paciente. De forma colectiva, el personal de atención médica debe ser capaz de proporcionar la gama completa de servicios de asistencia médica, desde la prevención y rehabilitación clínica hasta los cuidados al fin de la vida.

Como se describe en la siguiente sección, los modelos de atención de salud integrados que van más allá de enfermedades específicas y que colocan al paciente como el objetivo principal, proporcionan una solución viable para introducir una atención eficaz. Trabajar con enfoques basados en la evidencia podría inyectar mayor coherencia y eficacia a los sistemas de atención médica y ofrecer un medio para mejorar la calidad a través de una serie de ECNT.

TABLA 1. Atributos de la asistencia eficaz para las condiciones crónicas

ATENCIÓN ANTICUADA	ATENCIÓN EFICAZ
• Centrada en la enfermedad	• Centrada en el paciente
• Atención especializada/hospitalaria	• Con base en la APS
• Centrada en los pacientes individuales	• Centrada en las necesidades de la población
• Reactiva, actúa según los síntomas	• Proactiva, planificada
• Centrada en el tratamiento	• Centrada en la prevención

Estrategia para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles para 2012-2025

Como complemento de la Estrategia Mundial de la OMS, la Estrategia Regional actualizada y el Plan de Acción para la Prevención y Control de las ENT para los años 2012-2025 (“Plan Regional”), impulsado por la declaración política del 2011 de la HIM de la ONU sobre las ENT, hace énfasis en cuatro objetivos claves:

- (a) Políticas y asociaciones multisectoriales para la prevención y control de ENT: forjar y promover una acción multisectorial con sectores pertinentes del gobierno y de la sociedad, incluyendo la integración en las agendas de desarrollo y económica.
- (b) Factores de riesgo de las ENT y factores de protección: Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores de protección, con énfasis en los niños, adolescentes y poblaciones vulnerables; utilizar estrategias de promoción de la salud con base en evidencias e instrumentos de políticas, como regulación, monitoreo y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
- (c) Respuesta del sistema de salud a las ENT y factores de riesgo: Mejorar la cobertura, acceso equitativo y calidad de la atención a las ENT y a los factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y en el automanejo.
- (d) Vigilancia e investigación de las ENT: Fortalecer la capacidad de país para la vigilancia e investigación de las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes; y utilizar los resultados de esta investigación para apoyar la política basada en la evidencia, así como el desarrollo e implementación del programa.

Fuente: Referencia (27)



Foto: OPS





El Modelo de Cuidados Crónicos



Anivel internacional, se han propuesto e implementado varios modelos organizativos para el manejo de las ECNT. Tal vez el más conocido y más influyente es el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC; ver Figura 1) (28, 29), el cual se centra en la relación de un paciente activado con un equipo de atención médica proactivo y preparado. De acuerdo con el MCC, esto requiere de un sistema de salud apropiadamente organizado y vinculado con los recursos necesarios en la comunidad en general.

FIGURA 1. El Modelo de Cuidados Crónicos



INTERACCIONES PRODUCTIVAS

Todos los elementos del sistema descritos en el MCC se han diseñado para apoyar el desarrollo de una población de pacientes informados y activados, así como de equipos de salud preparados y proactivos. Por el lado del proveedor, la preparación significa tener la destreza, la información y los recursos necesarios para asegurar una gestión clínica efectiva. También significa tener acceso oportuno a los equipos, suministros y medicamentos necesarios para proporcionar la atención basada en la evidencia. La pro-actividad implica la capacidad de anticipar las necesidades de los pacientes, prevenir enfermedades y complicaciones a través de la reducción de los factores de riesgo y planificar la atención de una manera que no dependa de exacerbaciones agudas o síntomas como el detonante único para los encuentros clínicos. En el otro lado de la interacción, los pacientes deben tener la información, educación, motivación y confianza para actuar como elementos participativos de su cuidado y atención.

El papel central de esta asociación entre los proveedores y los pacientes es un cambio sustancial de las formas tradicionales de organización y prestación del cuidado. De acuerdo con el MCC, el manejo de las ECNT es más eficaz cuando los pacientes y los trabajadores de la salud son socios iguales y ambos son expertos en sus propios dominios: Los trabajadores de la salud con respecto al manejo clínico de la enfermedad, y los pacientes con respecto a su experiencia con la enfermedad, sus necesidades y sus preferencias (43). La capacidad de los trabajadores de la salud para evocar y analizar las creencias de los pacientes, y para activar la participación de los pacientes que compartan la toma de decisiones, ha demostrado que mejora la adherencia a los planes de tratamiento y la medicación, así como una serie de otros resultados de la atención (44-46).

Varios países han implementado (adoptado o adaptado) el MCC (30). En el 2002, la OMS elaboró una versión ampliada del modelo, denominada Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC, por sus siglas en inglés), la cual le da un mayor énfasis a la comunidad y a las políticas para mejorar la atención médica a las ECNT (31, 32). A nivel internacional se están utilizando otros modelos similares para guiar la atención a las ECNT (33-35).

El MCC y otros modelos similares enfatizan en la importancia fundamental de la APS y el reconocimiento de que los mejores resultados clínicos se pueden obtener cuando todos los componentes del modelo están interconectados y funcionan de manera coordinada. El éxito de este enfoque se ve confirmado por la evidencia sobre lo que funciona: La investigación hasta la fecha ha demostrado que los cambios multidimensionales tienen los mayores efectos (36-39).

El MCC y los modelos relacionados adoptan principios que son altamente consistentes con los enfoques de la OPS para fortalecer los sistemas de

salud, que están basados en la atención primaria y las redes integradas de servicios de salud. Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS es la respuesta recomendada para la organización de atención médica en torno a la estrategia de la APS. La RISS es responsable de optimizar el estado de salud y los resultados clínicos de una población definida. Éstas son completas ya que los servicios que prestan abarcan todos los niveles de prevención y atención y van coordinadas o integradas entre todos los niveles de atención y escenarios, entre ellos la comunidad. La RISS también tiene como objetivo prestar servicios que son continuos en el tiempo (es decir, prestado durante todo el ciclo de vida de la población), son proactivos y no reactivos. Otros puntos de intersección entre el MCC y la RISS son sus énfasis en: 1) los equipos multidisciplinares, 2) atención centrada en el paciente, y 3) los sistemas de información integrados que vinculan la red con los datos. La relación entre la RISS y el MCC se explora con más detalle en otra publicación de la OPS (40).

Mejoría de los Cuidados Crónicos

Mejoría de los Cuidados Crónicos (ICIC, por sus siglas en inglés) es un programa nacional de la Fundación Robert Wood Johnson dedicada a la idea de que el cuidado de la salud de Estados Unidos de Norteamérica se puede mejorar. El ICIC ha trabajado durante más de una década con socios nacionales para alcanzar la meta de mejorar la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, mejorando los sistemas de salud, especialmente los que atienden a poblaciones de bajos ingresos, renovar su atención a través de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos. Algunas de las herramientas más útiles del ICIC son la Evaluación de los Cuidados Crónicos (ACIC, por sus siglas en inglés) y la Evaluación del Paciente de los Cuidados Crónicos (PACIC, por sus siglas en inglés). El cuestionario ACIC es una herramienta para mejorar la calidad de la atención desarrollado por el ICIC para ayudar a las organizaciones a evaluar las fortalezas y debilidades de las condiciones de la prestación del cuidado de las enfermedades crónicas en seis áreas: Recursos y políticas de la comunidad, apoyo al automanejo, apoyo a la toma de decisiones, diseño del sistema de atención, sistemas de información y la organización de la atención. El contenido del ACIC se deriva de la evidencia de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y se ha demostrado que es sensible a los cambios en el sistema y otras mediciones de intervenciones de mejoría de la calidad de la atención. El ACIC se está utilizando en todo el mundo y se ha traducido a varios idiomas. El PACIC es un cuestionario que mide los elementos específicos relacionados con la aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos, desde el punto de vista del paciente. Cuando se combina con el ACIC, el cuestionario PACIC ofrece las perspectivas tanto del consumidor como del proveedor de los servicios prestados.

Fuentes: Referencia (29, 41-42).

El Instituto para la Mejoría de la Salud

El Instituto para la Mejoría de la Salud (IHI, por sus siglas en inglés), una organización independiente sin fines de lucro con sede en Cambridge, Massachusetts, es un líder innovador en materia de salud y mejoría del cuidado de la salud en todo el mundo. El IHI se dedica a la optimización de los sistemas de atención de la salud, impulsando el triple objetivo de las poblaciones, la realización de la atención centrada en la persona y la familia, y la creación de la capacidad para la mejoría. Los programas de desarrollo profesional del IHI – incluyendo conferencias, seminarios y programas de audio y basados en el Internet – contienen información para todos los niveles de la fuerza de trabajo de la salud, desde los líderes ejecutivos hasta el personal de primera línea. Para la próxima generación de mejoradores, el IHI ofrece cursos en línea y una red internacional de sucursales locales a través de su Escuela Abierta. El IHI ofrece una amplia variedad de contenido gratuito a través de su página web.

Fuente: Instituto para la Mejoría de la Salud (IHI). Para mayor información visitar <http://www.ihl.org>



Canadá: Manejo de Enfermedades Crónicas, Servicios de Salud de Alberta

Esta intervención promueve un enfoque de colaboración e integración de la comunidad con el manejo de enfermedades crónicas. Se enfatiza en la atención enfocada en el paciente y la coordinación a través de la asistencia continua, desde la promoción de la salud y la prevención hasta la detección temprana, así como la atención primaria, secundaria y terciaria. Entre el inicio del estudio y un año de seguimiento, hubo un aumento del 17% en el número de pacientes con diabetes con prueba de A1c (esencial para el control de la diabetes), un aumento del 13% en el número de pacientes con las pruebas de colesterol y triglicéridos, una disminución del 19% de las hospitalizaciones entre los pacientes con EPOC, y una disminución del 41% y el 34% de las hospitalizaciones y visitas de emergencias, respectivamente.

Fuente: Referencia (47).



México: Veracruz, iniciativa para la concientización sobre la diabetes

Se llevó a cabo un proyecto de demostración en cinco centros (con un grupo adicional de cinco centros que prestaban atención habitual y sirvieron como grupo control del estudio). El MCC se implementó para mejorar la calidad de la atención a la diabetes en las ciudades gemelas de Veracruz y Xalapa, México. Las intervenciones específicas contemplaron la capacitación de profesionales en servicio, un programa estructurado para el automanejo sobre la diabetes y el fortalecimiento del sistema de referencia/contra referencia. Las medidas de seguimiento a la intervención mejoraron significativamente en todos los centros de intervención. El porcentaje de personas con un buen control de la glucosa en sangre (A1c <7%) aumentó del 28% previo a la intervención al 39% después de la intervención. Además, el porcentaje de los pacientes que cumplieron con tres o más objetivos de mejoras de calidad aumentó del 16,6% al 69,7%, mientras que estas cifras se reducían del 12,4% al 5,9% en el grupo control. La metodología se enfocó de forma estratégica en el equipo de atención primaria de salud y la participación de las personas que viven con diabetes. Los participantes del equipo de salud introdujeron modificaciones para abordar los problemas de salud que se habían identificado en cuatro áreas del modelo de cuidado crónico (apoyo al automanejo, apoyo a la toma de decisiones, diseño del sistema de atención y sistemas de información). El proyecto se monitoreó completando el cuestionario ACIC al principio y al final de la intervención. El componente que logró la puntuación más alta al final de la intervención fue el apoyo al automanejo. Todos los centros de intervención mejoraron sus puntuaciones ACIC, la mayoría de ellos fueron desde el nivel C al nivel B. El proyecto demostró que un enfoque integrado puede mejorar la calidad de la atención a la diabetes en escenarios de atención primaria de salud.

Fuente: Referencia (48, 49).



Honduras: Honduras lucha contra la diabetes

Honduras Lucha Contra la Diabetes es un proyecto de intervención que se encuentra en curso, que comenzó en el 2012 y se prevé que se implementará durante los próximos tres años con el apoyo de la Fundación Mundial de la Diabetes (WDF, por sus siglas en inglés). Su principal objetivo es garantizar el acceso a un programa extenso de prevención y control de la diabetes en servicios de atención primaria y secundaria en 14 unidades del Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social de Honduras. El proyecto promueve el uso de un grupo de intervenciones basadas en la estrategia Paquete de Intervenciones Esenciales (PEN, por sus siglas en inglés) de la OMS, a la vez que diseña los mecanismos para organizar la atención crónica y refuerza las actividades preventivas a nivel primario. Las actividades de este proyecto incluyen el fortalecimiento de la atención integral mediante la producción y difusión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y la formación profesional. Además, estas actividades se combinarán con actividades comunitarias que promueven la alimentación sana, la actividad física y la prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol. El Pasaporte de Cuidados Crónicos se utiliza para fomentar la colaboración entre el paciente y el profesional de la salud. Se espera que tras el éxito de las actividades implementadas en las 14 áreas de demostración, el proyecto se amplíe a una estrategia nacional que se traducirá en mejoras de la calidad de la atención integrada, así como una reducción en la carga de la diabetes y de otras enfermedades crónicas en Honduras.

Fuente: Montoya R, OPS de Honduras (comunicación personal).



República Dominicana: Programa para la Prevención y el Control de Enfermedades Crónicas (PRONCEC).

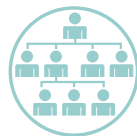
El propósito de este proyecto de colaboración, que se encuentra en curso, es mejorar, de manera continua, la calidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas. PRONCEC se basa en la aplicación del MCC y la metodología BTS. Cinco provincias situadas en las fronteras de República Dominicana y Haití participan en el PRONCEC. Estas provincias fronterizas son poblaciones marginadas, con una prevalencia elevada de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, la región alberga una población pobre y con una alta concentración de desplazados haitianos. El proyecto se inició con la evaluación de los servicios prestados por las Unidades Nacionales de Atención Primaria (UNAP) en las provincias participantes. La evaluación incluyó visitas del equipo de intervención, la realización del cuestionario ACIC, así como una revisión de historias clínicas. Las brechas en la atención crónica fueron evidentes a través de los centros evaluados. Se desarrolló un plan de intervención de acuerdo con los resultados de la evaluación, en colaboración con las autoridades y los proveedores de salud. El plan incluyó la formación de equipos multidisciplinares en la gestión clínica integrada de las ECNT, así como en apoyo al automanejo. Otras medidas que se incluyeron fueron el fortalecimiento del sistema de referencia - contra referencia y el aumento de capacidad del segundo nivel de atención para proporcionar servicios especializados, integrados y de alta calidad. El seguimiento de PRONCEC se realiza a través de evaluaciones periódicas y sesiones de aprendizaje.

Fuente: Estepan T, Ministerio de Salud, República Dominicana (comunicación personal, 2013)





Apoyo al automanejo

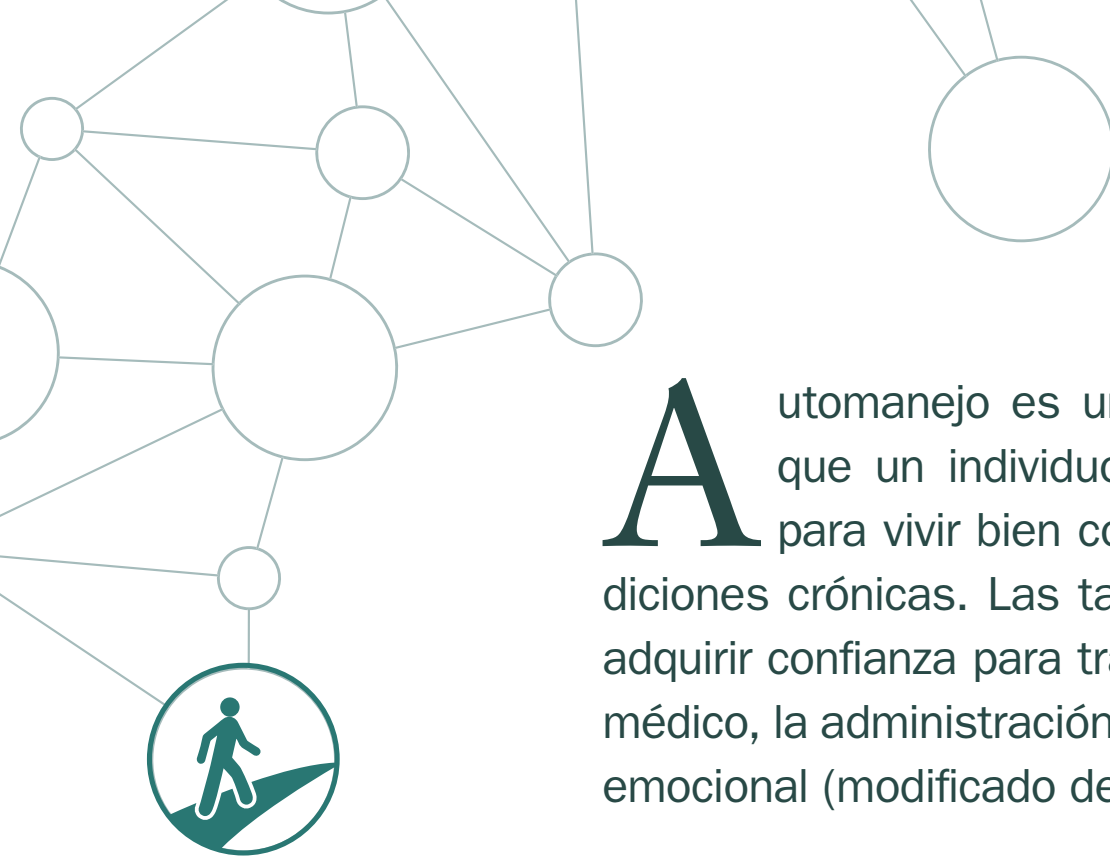


ACCIONES CLAVES PARA EL APOYO AL AUTOMANEJO

- Asegurar la participación del paciente en el proceso de atención;
- Promover el uso de educadores laicos y de pares;
- Utilizar las visitas grupales;
- Desarrollar habilidades de auto-control en los pacientes (por ejemplo, el manejo de la salud, del rol y de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas);
- Promover las habilidades de comunicación del paciente (especialmente con respecto a las interacciones con los profesionales de la salud y en general con el sistema de salud);
- Negociar los objetivos de tratamiento con el paciente para modificar comportamientos de salud específicos y hacer cambios moderados en especial aquellos que representan desafíos para el paciente;
- Estimular el auto-monitoreo del paciente (seguimiento de conductas);
- Promover modificaciones del medio ambiente (la creación de un contexto para maximizar el éxito);
- Asegurar la auto-recompensa (refuerzo del comportamiento del individuo con recompensas inmediatas, personales y deseables);
- Organizar el apoyo social (obtener el apoyo de los demás);
- Utilizar el enfoque de las 5 A durante los encuentros clínicos de rutina.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Apoyo grupal al automanejo para personas con diabetes tipo 2 (50)
- ✓ Auto-monitoreo de la presión arterial especialmente como complemento del tratamiento (51)
- ✓ Intervención educativa para pacientes sobre el manejo del dolor por cáncer junto al tratamiento con analgésicos (52)
- ✓ Intervención educativa para el paciente, utilizando las 5 A para reducir el tabaquismo, consumo nocivo de alcohol y control del peso (53)
- ✓ Capacitación para mejor control de la glucosa en sangre y los hábitos alimenticios de las personas con diabetes tipo 2 (54)
- ✓ Educador laico dirigiendo los programas de automanejo para personas con enfermedades crónicas, incluidas artritis, diabetes, asma, EPOC, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares (55-57)
- ✓ Apoyo al automanejo que involucra un plan de acción por escrito, auto-monitoreo y examen médico regular para adultos con asma (58)
- ✓ Apoyo al automanejo para personas con insuficiencia cardíaca para reducir los reingresos hospitalarios (59)
- ✓ Intervenciones orientadas al paciente, tales como las que se enfocan en la educación o la adherencia al tratamiento (60)



Automanejo es un grupo de tareas que un individuo debe emprender para vivir bien con una o más condiciones crónicas. Las tareas se refieren a adquirir confianza para tratar con el manejo médico, la administración del rol y el manejo emocional (modificado de la referencia 61).

El apoyo al automanejo se define como el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de un personal de la salud, a fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluidos la evaluación regular del progreso y de los problemas, el establecimiento de metas y el apoyo a la solución de problemas (61).

El apoyo al automanejo es un elemento clave de la MCC porque todas las ECNT requieren de la participación activa de los pacientes en la promoción de la salud y la prevención del surgimiento y desarrollo de enfermedades crónicas, así como de sus complicaciones. Las actividades típicas del automanejo incluyen el estilo de vida saludable, la prevención de las complicaciones, la adherencia al plan de tratamiento y la medicación, la vigilancia de los síntomas en casa y los indicadores de enfermedad. Otras funciones esenciales del automanejo incluyen reconocer y actuar ante alertas, cambios o empeoramiento de los síntomas; la toma de decisiones adecuadas en relación a cuándo buscar ayuda profesional, comunicarse e interactuar de manera adecuada y productiva con los trabajadores de la

salud y en general con el sistema de salud (62). Las principales investigaciones han demostrado que el apoyo al automanejo es un elemento importante en la mejoría de los resultados de salud para las ECNT (36, 43, 63). Una investigación encontró que 19 de 20 estudios que incluyeron el componente de automanejo mejoraron con efectividad la atención al paciente (37).

En el marco conceptual del MCC (ver Figura 1), el apoyo al automanejo se coloca en toda la comunidad y el sistema de salud, lo que refleja el hecho de que se puede proporcionar en una variedad de lugares y formatos diferentes.

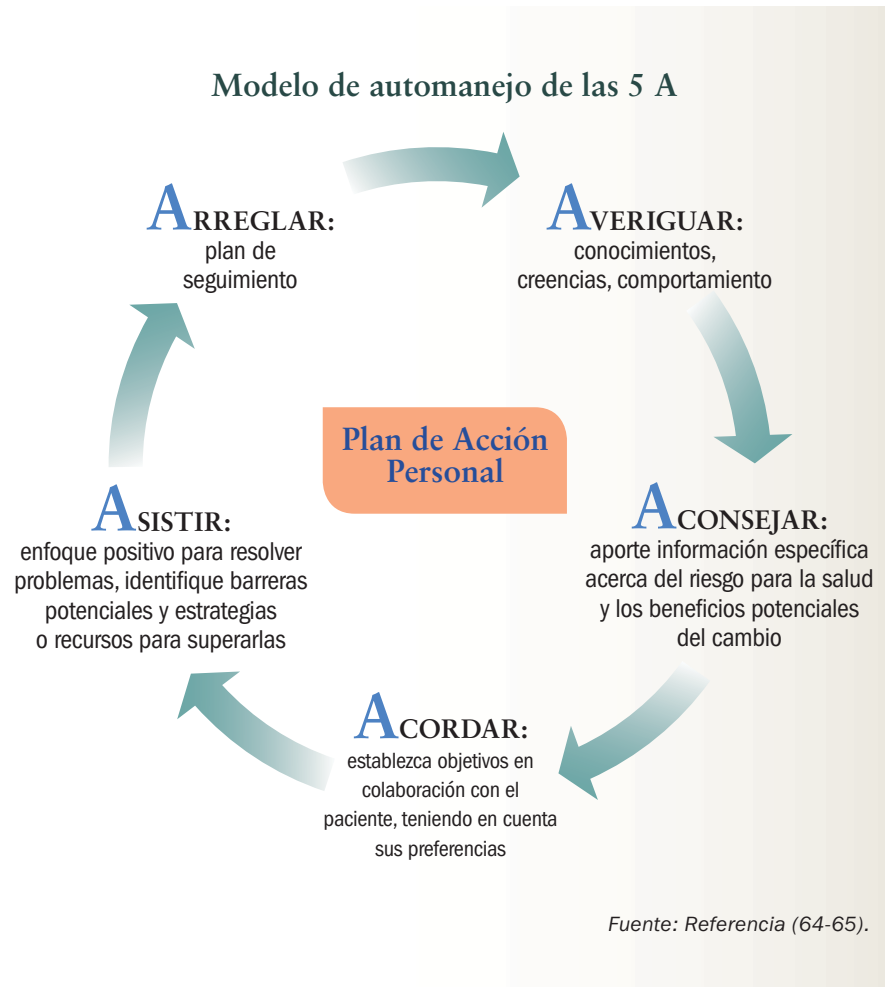
Las visitas clínicas de rutina proporcionan excelentes oportunidades para construir y reforzar las capacidades de automanejo. Alternativamente, el apoyo al automanejo se puede dar durante las sesiones grupales dirigidas por trabajadores de la salud, o en grupos dirigidos por líderes laicos en los centros de atención médica o lugares de reunión de la comunidad. Los programas de automanejo basados en teléfonos móviles e Internet también son modalidades muy prometedoras.

Dentro del sistema formal de atención médica, el modelo de las

“5 A (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Asistir y Arreglar)” (64-65) (ver Figura 2) se puede utilizar para desarrollar planes de automanejo para los pacientes. Este modelo es una serie de cinco pasos interrelacionados e iterativos (averiguar, asesorar, acordar, asistir y arreglar). Una ventaja importante del enfoque de las 5 A es que es fácil de entender, recordar y utilizar. También sirve como un enfoque flexible que se puede aplicar en el curso de los encuentros clínicos de rutina (es decir, no es una intervención independiente de automanejo, sino más bien un enfoque diseñado para ser integrado en la práctica profesional de rutina).

La secuencia de las 5 A comienza con una evaluación (averiguar) destinada a obtener información actualizada sobre la condición del paciente con respecto a los múltiples comportamientos de salud. Conjugando el perfil de riesgo del paciente con la información sobre el comportamiento, historial de la familia, creencias personales y cualquier otro dato disponible, el profesional de la salud entonces proporciona consejos claros, específicos y personalizados para cambiar una o más conductas. Es importante que esta asesoría se preste de forma interactiva por la cual incluya un diálogo de lo que el paciente piensa y siente acerca de la asesoría y recomendaciones del profesional de la salud. Un proceso de colaboración en la definición de metas (de acuerdo con el plan mutuamente negociado, alcanzable y específico), entonces se le da seguimiento. La planificación debe incluir asistencia con la solución de problemas, identificación de posibles obstáculos o desafíos para lograr los objetivos previamente identificados y la generación de soluciones para su-

FIGURA 2. El modelo de automanejo de las 5 A



perarlos. Al final la “A” (de “Arreglar”) se refiere a la creación de apoyo de seguimiento y asistencia. Si bien este aspecto del modelo de cambio de comportamiento se omite con frecuencia, éste es esencial para el éxito a largo plazo.

Los formatos de apoyo de la autogestión independiente, tales como las visitas de grupos dirigidos por trabajadores de la salud y programas de automanejo dirigidos por compañeros se pueden utilizar para complementar el enfoque de las 5 A.



Los grupos liderados por trabajadores de la salud suelen convocar a pacientes con problemas de salud similares que se reúnen con un miembro o con equipos de salud. Los formatos varían, pero en general, les permiten a los pacientes obtener apoyo emocional de otros pacientes y aprender mutuamente de sus experiencias, a la vez que reciben educación formal y capacitación técnica del personal de salud. Las visitas de grupo ofrecen muchas ventajas sobre las visitas tradicionales con trabajadores de la salud (66). Ellos hacen más eficiente el uso del tiempo limitado de los trabajadores de salud; les permite el suministro de información más detallada; les facilita el apoyo mutuo de los pacientes que enfrentan desafíos similares de automanejo; y les facilita la participación de las familias y otros profesionales de la salud.

Algunos programas utilizan pares (en lugar de trabajadores de la salud), como educadores y formadores. Se cree que los pares son especialmente eficaces como líderes porque sirven como modelos a seguir para los participantes. Muchos programas dirigidos por pares en todo el mundo se inspiran en los principios y el formato del Programa de Automanejo de Enfermedades Crónicas (CDSMP, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Stanford (67). El CDSMP se administra en sesiones de 2.5 horas, una vez a la semana, durante seis semanas. El programa incluye la capacitación

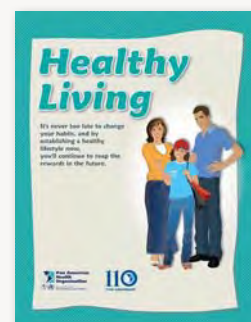
en el manejo de síntomas cognitivos y métodos para el manejo de las emociones negativas (por ejemplo, la ira, el miedo, la depresión y la frustración) y la discusión de temas tales como los medicamentos, la dieta y la fatiga. Los líderes laicos enseñan los cursos en una manera interactiva diseñada para mejorar la confianza de los participantes en su capacidad para ejecutar tareas específicas de cuidado personal. El objetivo no es proporcionar el contenido específico de la enfermedad, sino más bien utilizar ejercicios interactivos para desarrollar habilidades de auto-eficacia y otras habilidades que ayudarán a los participantes a manejar mejor sus enfermedades crónicas y vivir un estilo de vida activo. Un elemento esencial es el intercambio y el debate entre los participantes y con los líderes pares. El CDSMP ha demostrado ser eficaz (55) y ha incorporado recientemente un programa de formación en línea. Del mismo modo, en el Reino Unido, el Programa del Paciente Experto es una iniciativa de la automanejo dirigido por laicos capacitados con experiencia en condiciones crónicas. El programa está diseñado para permitir a los participantes desarrollar habilidades del cuidado personal (68). Una evaluación realizada encontró que el programa es eficaz para mejorar la auto-eficacia y los niveles de energía de los pacientes con condiciones crónicas, con probabilidad de ser efectivo en función de los costos (56).

La Región de las Américas: El Pasaporte de Cuidados Crónicos

El Pasaporte de Cuidados Crónicos es una tarjeta para ser portada por el paciente que padecen ECNT, tales como la diabetes, hipertensión y las EPOC. Este pasaporte incluye información sobre prevención en materia de nutrición, actividad física y hábitos tóxicos, así como medidas preventivas para el cáncer cervicouterino, de mama y de próstata. También contiene un plan de comidas resumidas con una lista de intercambio de alimentos. El plan de cuidados que se muestra en la página central del pasaporte detalla una lista completa de pruebas de laboratorio, exámenes de salud y temas de educación respecto al automanejo para las enfermedades crónicas principales (es decir, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad). El plan de cuidados enumera una serie de normas clínicas tomadas de directrices y protocolos internacionales basadas en la evidencia para todas las pruebas de laboratorio y exámenes enumeradas, incluyendo la evaluación de riesgo cardiovascular total. El pasaporte tiene espacios para el establecimiento de metas con los pacientes y registro de los resultados obtenidos durante las diferentes visitas del paciente. Fue diseñado para el primer nivel, pero puede utilizarse o adaptarse a otros entornos. El pasaporte es uno de los productos de la colaboración técnica de la OPS con los distintos Estados Miembros y se acompaña de dos materiales adicionales: un folleto para el proveedor de salud y otro para el paciente.

En mayo del 2012, los proyectos demostrativos ya se habían establecido en 13 países en toda la región. El pasaporte se aplica en Antigua, Anguila, Argentina, Belice, Chile, República Dominicana, Granada, Honduras, Jamaica, Paraguay, Santa Lucía, Surinam, y Trinidad y Tobago.

Fuente: Referencia (69).





El Caribe: Mejoría de la calidad de cuidados crónicos en el Caribe (Antigua, Anguila, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Surinam y Trinidad y Tobago)

El MCC se está aplicando en 10 países del Caribe (142 centros de atención que atienden a más de 40.000 pacientes). El objetivo del Proyecto de Mejoría de la Calidad de Cuidados a la Diabetes del Caribe es fortalecer la capacidad de los sistemas de salud y las competencias de la fuerza de trabajo para gestión integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. El proyecto promueve la gestión integrada de las enfermedades crónicas con un enfoque preventivo, basado en la equidad, participación del individuo y su familia, y la comunidad. La evaluación de este proyecto de demostración incluyó a 1.060 pacientes con diabetes, utilizando el pasaporte de cuidados crónicos en el primer nivel de atención en ocho países. Los resultados preliminares son prometedores. Cuando se comparó el inicio con las medidas de seguimiento se reveló una importante disminución en el promedio de HbA1c (8,3% a 7,6%). También hubo un aumento sustancial en la proporción de pacientes con prácticas preventivas, como el asesoramiento nutricional (12% a 52%), examen de los pies (28% a 68%), o examen de ojos (21% a 61%). En general, la proporción de pacientes que cumplieron tres o más de los indicadores de calidad de cuidados, aumentó del 33% al 57%.

Fuente: Referencia (70).



Chile: Programa del automanejo a distancia ATAS en Santiago

La prevalencia de diabetes en Chile aumentó del 4,2% al 9,2% entre el 2005 y el 2010. La creciente demanda por una mejor atención para las personas con diabetes tipo 2 y las necesidades de mejorar la eficacia del sistema de salud, impulsó a un grupo de investigadores de la Universidad Católica de Chile a crear un servicio de automanejo mediante el uso de teléfonos celulares. Un programa de asesoramiento telefónico llamado ATAS (Apoyo Tecnológico para el Automanejo de la Salud) se añadió a la atención habitual para las personas con diabetes tipo 2 en una zona de bajos ingresos de Santiago de Chile. El modelo ATAS promovió la participación activa de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones relacionadas con la salud y fomentó el contacto permanente entre los pacientes y el equipo de salud. Después de 15 meses de intervención, los resultados indicaron que los pacientes que recibieron la intervención (n = 300) mantuvieron estable el nivel glucémico, medido por A1c antes y después de la intervención, mientras que en los pacientes que recibieron sólo la atención habitual (n = 306) se registró un aumento del 1,2% durante el mismo período. Se encontraron otros resultados positivos, al comparar el grupo que recibió la intervención con sus pares que recibieron sólo la atención habitual, que fueron: Un aumento en la asistencia de citas médicas, una reducción en el número de visitas a la sala de emergencia, un aumento en la auto-eficacia y un aumento en la satisfacción del cliente.

Fuente: Referencia (71).



México: Unidades de Especialidades Médicas

En respuesta a la actual epidemia de ENT y obesidad, el gobierno de México creó las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) en 2008. Las UNEMES son clínicas que brindan atención primaria integrada con un enfoque innovador a las personas con obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular, y son financiadas por un seguro popular, que ofrecen atención integral extensa a las personas de bajos ingresos (que no están cubiertas por ningún otro programa) en México. La iniciativa UNEMES es una aplicación del Modelo de Atención a la Salud (MIDAS). Las UNEMES proporcionan atención basada en la evidencia que integra múltiples especialidades. Las UNEMES proveen servicios preventivos enfocados en el paciente con énfasis en la adherencia al tratamiento, comportamiento nutricional y actividad física para los individuos y sus familiares. Los servicios de las UNEMES incluyen la detección y el manejo integrado del sobrepeso, la diabetes y el riesgo cardiovascular, asesoramiento nutricional, diagnóstico de obesidad y sobrepeso en niños y adolescentes, diagnóstico de diabetes gestacional, y detección y manejo de complicaciones de la diabetes y de la hipertensión. El personal de las UNEMES incluye médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, así como personal de tecnología de la información. Los miembros del equipo de UNEMES están capacitados para seguir un protocolo de normas nacionales para el manejo de las ENT.

Fuente: Referencia (72).

Centroamérica: Intervención de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI)



La intervención CAMDI fue un proyecto de colaboración para el mejoramiento de la calidad de la atención a la diabetes con participación de 10 centros de salud y 4 hospitales de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Durante esta intervención que duró 18 meses, los equipos de salud seleccionaron sus propios objetivos y actividades, y participaron en tres sesiones de aprendizaje con expertos nacionales e internacionales. Las actividades de la intervención CAMDI incluyeron la revisión de las normas y protocolos nacionales para el manejo de la diabetes, capacitación sobre la diabetes y educación del cuidado de los pies, así como la implementación de los clubes de diabetes. Un total de 1.290 pacientes participaron en la intervención. La evaluación de 240 pacientes escogidos al azar indicó una reducción de la media de A1c desde el inicio al final de la intervención del 9,2% al 8,6%. Los resultados indicaron mejoras asombrosas en indicadores de proceso, al comparar el inicio con las medidas de seguimiento la proporción de pacientes con exámenes de la vista aumentó del 14% al 52%, la proporción de paciente con exámenes de los pies aumentó del 21% al 96% y la proporción de pacientes que recibieron educación sobre la diabetes aumentó del 19% al 69%. Las intervenciones demostraron que la calidad del cuidado de la diabetes se puede mejorar cuando los equipos de la salud dedican tiempo adicional a la capacitación en cuidados clínicos y en la educación del paciente.

Fuente: Barceló A, Organización Panamericana de la Salud (comunicación personal 2012)





Diseño del sistema de atención



ACCIONES CLAVES PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

- Organizar la atención alrededor de la Atención Primaria (APS);
- Definir funciones y distribuir tareas entre los miembros del equipo;
- Asegurar una atención proactiva y el seguimiento regular;
- Usar clasificación o estratificación del riesgo;
- Asegurar manejo de casos o un coordinador de atención para pacientes con enfermedades complejas;
- Brindar una atención que los pacientes comprendan y que se ajuste a su entorno cultural;
- Desarrollar redes para la prestación de servicios integrados de salud.

EJEMPLO DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Auditoría y retroalimentación de expedientes clínicos (73)
- ✓ Asignar a un proveedor clínico a funciones de automanejo, apoyo en la toma de decisiones y diseño del sistema de atención (74)
- ✓ Implementar plan de seguimiento personalizado y estructurado después de dar de alta a los pacientes (75)
- ✓ Directrices y formularios para la remisión (76)
- ✓ Avisar regularmente a los pacientes sobre las citas médicas (77)
- ✓ Programas para mejorar el manejo de los cuidados crónicos enfocado a la diabetes (78)
- ✓ Programa de enfermeras que contactan frecuentemente a los pacientes (60)



Existen pocas probabilidades de éxito si se elevan las expectativas sobre los sistemas de salud sin antes llevar a cabo cambios específicos. El sistema mismo debe modificarse en cuanto al diseño de la atención, lo cual es otro componente del Modelo de Cuidados Crónicos.

El mejoramiento de la salud en pacientes con ECNT demanda cambiar los sistemas esencialmente reactivos (o que responden principalmente cuando la persona está enferma) por sistema proactivos y enfocados en mantener a la persona lo más saludable posible. Las probabilidades de lograr interacciones más productivas son mayores cuando se planifican con anticipación las consultas u otro tipo de interacciones y con la programación de visitas regulares de seguimiento.

Otro componente crucial para la atención efectiva de las ECNT son los equipos multidisciplinarios, los cuales pueden incluir la convergencia de una amplia gama de profesionales de la salud. La evidencia indica que el personal no médico puede funcionar con la misma eficacia que los médicos en un contexto donde cuenten con apoyo (79-80).

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) brindan un buen enfoque para el rediseño de la atención a las ECNT. Estas redes hacen énfasis en la importancia de una APS multidisciplinaria que cubra a toda la población, que sirva como puerta de entrada al sistema y que integre y coordine la atención en salud en to-

dos los niveles, además de satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de la población (40).

Los pacientes con condiciones y/o necesidades de atención más complejas con frecuencia se benefician de los servicios de manejo clínico de casos por parte de gerentes de enfermería y trabajadores sociales, quienes brindan estrecho seguimiento y ayudan a mejorar el cumplimiento del paciente con el tratamiento indicado (81 - 82). El manejo de casos con frecuencia es brindado por un coordinador de atención. Éste es responsable de identificar las metas de salud de un individuo y coordinar los servicios y proveedores para el cumplimiento de las mismas. El coordinador de atención puede ser un gerente de enfermería, un trabajador social, un trabajador comunitario en salud o una persona no profesional (83). El manejo de casos por parte de una persona que no sea trabajador del sistema de salud también ha demostrado su efectividad al producir resultados positivos en personas con enfermedades crónicas (63, 84).

La Pirámide de Riesgo de Kaiser Permanente (85) (ver Figura 3) se ha utilizado en muchos países

para ayudar a clasificar pacientes con ECNT y proporcionar niveles de atención diferentes en dependencia de las necesidades. En este modelo, la atención se divide en tres niveles diferentes. El nivel 1, que comprende alrededor de 70%-80% de la población clínica, incluye apoyo al automanejo, el cual ayuda de forma colaborativa a los pacientes y los que los atienden, a desarrollar conocimientos, habilidades y confianza para cuidar de sí mismos de manera eficaz. El nivel 2 está diseñado para pacientes que necesitan un contacto regular con el equipo multidisciplinario para garantizar un manejo eficaz (alrededor del 15%-20% de la población clínica). El manejo de tratamiento específico para las enfermedades le brinda a las personas, con una sola necesidad compleja o con múltiples condiciones, servicios especializados ágiles por medio de equipos multidisciplinarios, protocolos y rutas de tratamiento específicos para sus condiciones. El nivel 3 está dirigido a las personas que requieren un apoyo más intensivo. Este es el nivel más alto de atención. El cuidado de los pacientes del nivel 3 utiliza un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención, la coordinación y para la atención conjunta de las áreas de salud y social.

La Pirámide de Riesgo de Kaiser Permanente se ha modificado para hacer frente a cuestiones como la prevención a nivel de toda la población, el mejoramiento y la promoción de la salud (ver Figura 4). Un nivel adicional en la parte inferior de la pirámide está dirigido a abordar las desigualdades entre aquellas personas con alto riesgo de ECNT. Se denomina nivel cero y es pertinente para los servicios de salud, por lo que se recomienda la prevención primaria en el entorno clínico (86).

FIGURA 3. La pirámide Kaiser permanente de riesgos.



FIGURA 4. La pirámide Kaiser permanente de riesgos modificada.





Estados Unidos: Concentrando esfuerzos en las personas con condiciones crónicas múltiples

Tomando en cuenta los problemas de prevalencia, costo y calidad de vida que afectan a los ciudadanos de los Estados Unidos con Condiciones Crónicas Múltiples (CCM), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS por sus siglas en inglés), en conjunto con otros actores externos, desarrolló un Marco Estratégico sobre CCM (www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf). Este marco brinda una hoja de ruta para coordinar y guiar los esfuerzos nacionales dirigidos a mejorar la salud de los individuos con CCM.

Este marco estratégico (divulgado entre el público en diciembre de 2010) está diseñado para abordar los retos de CCM en todo el espectro de grupos poblacionales por medio de cuatro metas principales:

1. Fomento de la atención y cambios en el sistema de salud pública para mejorar la salud de las personas con CCM;
2. Maximizar el uso del automanejo y otros servicios con demostrada efectividad por parte de los individuos con CCM;
3. Brindar mejores herramientas e información a los proveedores del sistema público de salud y de los servicios sociales que atienden a las personas con CCM;
4. Facilitar la investigación para llenar los vacíos de conocimiento sobre los individuos con CCM, al igual que las intervenciones y sistemas que los beneficien.

Dentro de cada una de las cuatro metas, el marco estratégico para las CCM especifica objetivos y estrategias múltiples. Las estrategias están diseñadas para orientar las acciones que pueden ser ejecutadas por los proveedores de servicios clínicos y sociales, los profesionales de la salud pública y el público en general para prevenir y reducir la carga de las CCM. Desde la publicación del marco, las agencias del DHHS y las contrapartes externas han trabajado para alinear sus respectivos programas, actividades e iniciativas en apoyo a las metas, objetivos y estrategias del mismo. Más de 100 iniciativas de este tipo están actualmente en marcha. Entre los ejemplos del impacto del marco se incluyen numerosas becas para investigación, lo mismo que proyectos demostrativos dirigidos a mejorar la atención a la población con CCM; el marco para la medición de la calidad de la atención en salud de las personas con CCM; y las más de 100.000 personas que han recibido apoyo para el automanejo a través de este programa, que se basa en el Programa de Automanejo para Múltiples Enfermedades Crónicas (CDSMP por sus siglas en inglés).

Fuente: Referencia (87), y Parekh A, DHHS, Estados Unidos de América (comunicación personal, 2012).



Chile: Evaluación del manejo de casos por enfermería en pacientes con hipertensión y diabetes.

En la actualidad en Chile se realiza una investigación para evaluar la eficacia de la gestión de casos por enfermería en pacientes con hipertensión y diabetes. La intervención basada en la atención primaria es un enfoque estandarizado para la planificación del tratamiento, la coordinación de casos y el seguimiento continuo de los pacientes. Los equipos de atención en salud, dirigidos por una enfermera, se guían por procedimientos estructurados para la atención. La información clínica se procesa a través de un sistema de información automatizado. La clínica donde se lleva a cabo esta intervención, el Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado (CESFAM) es miembro de la Red de Centros de Salud Familiar Ancora, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y cuenta con una población de estudio de 2.000 pacientes. Los servicios de esta clínica se comparan con los de otras dos clínicas que brindan atención convencional (el Centro de Salud Familiar “Malaquías Concha” en La Granja, y el Centro de Salud Familiar “Trinidad” en La Florida). Las tres clínicas cuentan con una población conjunta de estudio de cerca de 4.000 pacientes. Cada clínica tiene cerca de 80 trabajadores de salud. Los resultados del estudio aún no están disponibles.

Fuente: Poblete Arrué F, Pontificia Universidad Católica de Chile (comunicación personal, 2011).





Brasil: Red HiperDia Minas

En 2009, el Gobierno del Estado de Minas Gerais, en Brasil, inició la implementación de una red de prioridad para las personas con hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica. Más de 4.000 Equipos Familiares de Salud participaron en esta iniciativa, los que funcionaban en 13 centros especializados de 15 regiones de salud, dando cobertura a más de 2 millones de habitantes. La red promueve el uso de directrices y protocolos basados en evidencia, así como un enfoque de estratificación del riesgo. Estos centros están diseñados para brindar atención a los pacientes clasificados bajo la categoría de casos de alta complejidad. La creación de esta red representa una inversión gubernamental de más de US\$ 15 millones. Los centros brindan atención continua proactiva y planificada, así como programas de educación continua presencial y a distancia. El análisis preliminar de un centro de salud especializado (Santo Antonio do Monte) con más de 700 pacientes remitidos por los Equipos de Salud Familiar en varios municipios, mostró que la mayoría de las personas con hipertensión arterial (87%) o diabetes (71%) cumplieron con los objetivos de tratamiento médico después de tres visitas. Ninguno de los pacientes tratados requirió hospitalización durante el período de un año, lo que indica un ahorro potencial de los costos de salud.

Fuente: Alves, AC. Secretaria de Salud de Minas Gerais, Brasil (comunicación personal, 2012)



Estados Unidos: Mejoría en el manejo de las enfermedades crónicas en pequeñas clínicas de atención primaria en el sur de Texas

En el otoño de 2007, 40 pequeñas clínicas de atención primaria en la región del sur de Texas, Estados Unidos, participaron en un proyecto de cinco años diseñado para mejorar los resultados en la atención a la diabetes por medio de una mejor implementación de los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos. A cada clínica se le asignó un “asesor de práctica” que hizo una evaluación en cada sitio y luego trabajó con un equipo en la clínica para hacer cambios dirigidos a mejorar la atención a la diabetes. Los asesores de práctica son personas capacitadas en métodos para mejorar la calidad, el rediseño de procedimientos de trabajo y otras habilidades que les ayudan a trabajar con los centros de atención primaria. Éstos contaban con una caja de herramientas, de la cual los equipos podían escoger ideas y sugerencias para el mejoramiento, incluyendo el apoyo ampliado al automanejo, el rediseño de la atención por medio de interconsultas con especialistas o “visitas grupales”, una atención más proactiva por medio del registro de enfermedades, y puntos de atención para la prueba A1c, entre otros. Los asesores visitaban cada clínica por lo menos mensualmente durante un máximo de un año para ayudarles en su trabajo. A cada clínica se le entregó una encuesta para la Evaluación de los Cuidados Crónicos (ACIC), la cual se llenó para la elaboración de una línea de base y evaluar después de un año. Los resultados mejoraron en las clínicas que contaban con un asesor, más no en las que todavía no contaban con uno. Por lo tanto, las clínicas que tenían un asesor tuvieron muchas más probabilidades de organizar y brindar una atención consistente con el Modelo de Cuidados Crónicos que las clínicas que no contaban con este apoyo. Además, el porcentaje de pacientes con A1c >8% se redujo de 32% a 28% en las clínicas que trabajaban con un asesor, y se incrementó en las clínicas que no contaban con este recurso. Cuando se les permitía adaptar y ajustar al contexto local y los recursos las estrategias para mejorar la diabetes, las clínicas que trabajan con un asesor fueron capaces de poner en práctica el Modelo de Cuidados Crónicos de una manera que mejoró la atención a la diabetes y sus resultados.

Fuente: Parchman ML, Director, Center for Health Care Innovation (Centro para la Innovación en la Atención a la Salud), Group Health Research Institute, Seattle, WA. (Comunicación personal, 2012)



Uruguay: Rediseño de la prestación de servicios de salud

El sistema de salud de Uruguay se está viendo desbordado por un rápido incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Su respuesta inicial consistió sólo en actividades esporádicas de promoción y prevención en salud. Más recientemente, se inició un programa piloto llamado “Previniendo” que tiene como objetivo el rediseño de la atención de salud a través del fortalecimiento de la APS. El programa actualmente se ha establecido en tres de las 19 regiones administrativas del país, con 13 centros de salud que cubren una población de 113.000 pacientes. Se lleva a cabo exámenes de rutina para el tamizaje de hipertensión, diabetes, sobrepeso/obesidad, y cáncer de colon. El diagnóstico precoz facilita la atención a los pacientes según el nivel de riesgo y se basa en directrices actualizadas para la práctica clínica. También se ha establecido un sistema de información. Después de menos de un año de implementación, el 12,6% de la población meta ha sido examinada y un 16,7% de los pacientes han recibido seguimiento. El programa se ampliará a otros departamentos una vez que el éxito de sus resultados se haya confirmado.

Fuente: Solá L, Ministerio de Salud Pública, Uruguay (comunicación personal, 2011)





Apoyo a la toma de decisiones



ACCIONES CLAVES PARA EL APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

- Divulgar guías de práctica clínica para las ECNT basadas en evidencia;
- Utilizar metodología técnicamente robusta para desarrollar nuevas guías de práctica clínica o adaptar las ya existentes;
- Asegurar que las guías de práctica clínica basadas en evidencia se actualicen periódicamente;
- Integrar las guías de práctica clínica basadas en evidencia a la práctica clínica diaria;
- Integrar la atención por especialistas a la atención primaria;
- Utilizar la modalidad de interconsulta o atención compartida con especialista;
- Utilizar métodos probados para la educación de los proveedores de salud;
- Compartir las guías de práctica clínica con los pacientes.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS:

- ✓ Sistema para el apoyo a las decisiones clínicas (88)
- ✓ Atención basada en guías de práctica clínica (89)
- ✓ Distribución de boletín impreso con un mensaje único y claro que incluya una revisión sistemática de la evidencia (90)
- ✓ Interconsulta con especialista para mejorar las prescripciones(91)
- ✓ Reuniones educativas que brinden a los profesionales de la salud retroalimentación, materiales para el aprendizaje y apoyo para la toma de decisiones sobre los pacientes (92)
- ✓ Uso de sistemas computarizados de apoyo para la toma de decisión clínica en la atención primaria (93)
- ✓ Ayudas y apoyo para la decisiones clínicas (94)
- ✓ Asignar a un proveedor de servicios clínicos una función para el apoyo a la toma de decisiones (74)

El siguiente componente del Modelo de Cuidados Crónicos es el apoyo a la toma de decisiones. Este apoyo incluye (aunque no se limita) a la difusión de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Las guías de práctica clínica basada en evidencia deben establecerse y difundirse adecuadamente en todas las unidades y niveles de atención a la salud. Las guías de práctica clínica basadas en evidencia deben ser desarrolladas (o adaptadas) y evaluadas por parte de equipos multidisciplinarios que incorporen la perspectiva de los pacientes. La Colaboración AGREE (Evaluación de Directrices para la Investigación y el Seguimiento) así como la colaboración ADAPTE brindan herramientas excelentes para evaluar o adaptar guías de práctica clínica. Además el Manual de la OMS para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica proporciona un asesoramiento paso a paso en los aspectos técnicos para el desarrollo de guías de práctica clínica siguiendo estándares internacionales (95).



Las guías de práctica clínica deben ser integradas en los procesos de toma de decisiones de los trabajadores de salud por medio de recordatorios impresos, reglamentos u otras instrucciones (ver Cuadro 2). Los trabajadores de la salud y los equipos de atención se benefician del aprendizaje orientado a problemas o casos, los detalles académicos (extensión educativa orientada a servicios) o el desarrollo de modelos por parte de proveedores expertos. El apoyo y la supervisión permanente por parte de quienes estén familiarizados con los estándares para la atención a las ECNT es otro aspecto de este componente que fortalece el apoyo a la toma de decisiones. La interconsulta, la atención colaborativa o compartida, en la cual se realizan consultas

e intervenciones conjuntas entre trabajadores de atención primaria y especialistas en ECNT, es un método de probada eficacia para consolidar nuevas habilidades. Además de formación adecuada, los trabajadores de la salud necesitan acceso a las medicinas, servicios y procedimientos descritos en las directrices. La interconsulta o atención compartida se ha definido como la participación conjunta de médicos de atención primaria y médicos de atención especializada en la prestación planificada de servicios de salud, basada en un mejor intercambio de información más allá del alta rutinaria y de las notas de remisión (91). La atención compartida ha demostrado tener potencial para mejorar la calidad en la atención a las ECNT.

La Colaboración AGREE

A fin de abordar el problema de la variabilidad en la calidad de las guías de práctica clínica (GPC), un equipo internacional de investigadores de GPC (la Colaboración AGREE) creó el instrumento “Evaluación de las Guías para la Investigación y la Evaluación” (AGREE, por sus siglas en inglés). Este instrumento evalúa el proceso de desarrollo de las guías de práctica clínica y la calidad de los informes. Desde su lanzamiento original en 2003, el Instrumento AGREE ha hecho avanzar la ciencia de la evaluación de las GPC y se ha convertido rápidamente en el estándar para la evaluación y el desarrollo de GPC. El Centro de Recursos AGREE contiene información acerca de las guías de práctica, herramientas de capacitación, publicaciones relacionadas con AGREE y Traducciones de su material.

Fuente: La Colaboración AGREE. Disponible en <http://www.agreetrust.org/>. Consultado el 28 de febrero del 2013.

La Colaboración ADAPTE

La Colaboración ADAPTE es una coalición internacional de investigadores y ejecutores de GPC que tienen como objetivo promover el desarrollo y uso de las GPC a través de la adaptación de las guías existentes. La tarea principal del grupo es desarrollar y validar un proceso de adaptación genérico que fomente el uso de guías adaptadas, validadas y de alta calidad, lo mismo que el sentido de pertenencia de los usuarios sobre las mismas.

Para conocer más sobre la Colaboración ADAPTE y su proceso, y para obtener información actualizada sobre la misma, por favor póngase en contacto por correo electrónico con contact@adapte.org o por Internet en www.adapte.org

Fuente: Colaboración ADAPTE. disponible en <http://www.adapte.org>. consultado el 26 de marzo de 2013.

TABLA 2. Llevando las directrices a la práctica: uso del enfoque de apoyo a las decisiones en los exámenes del pie diabético

PROCESOS GUÍAS PARA LOS EXÁMENES DEL PIE DIABÉTICO	PERSONA RESPONSABLE	CUANDO/CÓMO/POR QUÉ
Se coloca calcomanía con un pie en el expediente de todos los pacientes con diabetes	Recepcionista	Durante el registro/por recomendación del médico/después de un nuevo diagnóstico de diabetes
Determinar la fecha del último examen de pie	Asistente médico o la persona que toma los signos vitales	Tomado del flujograma en el expediente. Exámenes anuales a menos que se indique lo contrario. Flujograma colocado en la portada del expediente.
Se quita zapatos y calcetines (si es apropiado)	Asistente médico o la persona que toma los signos vitales	La fecha del último examen determina el retiro de los calcetines y zapatos
Explicación del examen de pie (cuando sea necesario)	Asistente médico o la persona que toma los signos vitales	En el momento de retirar los calcetines y zapatos y cuando se evalúan otros signos vitales
Se coloca monofilamento en la portada del expediente	Asistente médico o la persona que toma los signos vitales	Asegurar que el equipo apropiado esté disponible para el proveedor
Realizado el examen	Personal capacitado	Resultados registrados en el flujograma

Source: Reproduced from reference (96).



Argentina: Plan de atención integral a la diabetes y la salud cardiovascular

La intervención aplicó el Modelo de Cuidados Crónicos y una serie de herramientas para el control de ECV, incluyendo la estratificación de riesgo basada en evidencia y la guías de tratamiento, los formularios de historia clínica y materiales de apoyo para el automanejo. Se llevaron a cabo más de 3.000 sesiones de capacitación en 10 provincias argentinas. Los resultados preliminares mostraron que los indicadores de calidad de la atención mejoraron significativamente después de un año de intervención, en comparación con la línea de base, incluyendo el registro del riesgo cardiovascular global (de 0% a 45%), el registro de índice de masa corporal (de 11% a 41%) y el registro del consumo de tabaco (de 20 % a 56%).

Fuente: Laspiur S, Ministerio de Salud, Argentina (comunicación personal 2012)



Costa Rica: Uso de un sistema de vigilancia de factores de riesgo para mejorar la implementación de guías de práctica clínica.

Costa Rica está utilizando guías de práctica clínica para ayudar a estandarizar el manejo y atención de las personas con diabetes, hipertensión y dislipidemia. Las guías se actualizan regularmente y se están aplicando en todo el sistema público de salud, que cubre el 93% de la población.

Un sistema nacional de vigilancia sanitaria ayuda a establecer el grado en que estas guías se aplican. Se realizan entrevistas con una muestra representativa de adultos para medir la prevalencia de factores de riesgo en la población costarricense, y para dar seguimiento al acceso a la atención y control de las principales enfermedades crónicas. Los resultados del estudio revelaron que al 9,5% de la población se le había diagnosticados diabetes recientemente o con anterioridad, mientras que al 31,5% se le diagnosticó hipertensión, al 25,9%, obesidad, y al 50%, un bajo nivel de actividad física. Entre las personas a quienes se les diagnosticó diabetes e hipertensión, el 91,6% y el 87,6%, respectivamente, tenían acceso a los servicios públicos de salud. En general, se encontró que el 46,4% de las personas con diabetes y el 76,1% de las personas con hipertensión tenían buen control de su condición. Este programa nacional se caracteriza por dos componentes comúnmente vinculados al Modelo de Cuidados Crónicos: 1) apoyo a la toma de decisiones, utilizando pautas establecidas en la práctica regular y que son continuamente actualizadas, y 2) los sistemas de información clínica que en este caso se han establecido usando el sistema nacional de vigilancia existente.

Fuente: Referencia (97).



El Salvador: Detección del cáncer cervicouterino

Se llevó a cabo una intervención en 14 centros de salud en una zona semi rural, con una población de 17.550 mujeres entre 30 y 59 años. El objetivo era mejorar la detección del cáncer cervicouterino y los servicios de diagnóstico, mediante la mejora continua de la calidad y una estrategia de divulgación. La intervención conllevó la participación de los niveles correspondientes a políticas, prestación de servicios y comunitarios en los ciclos de mejora de la calidad, facilitando la vinculación entre los procesos de trabajo y un grupo de control de calidad. En un año, 3.408 mujeres fueron examinadas por primera vez en sus vidas; las muestras de pruebas de Papanicolaou no satisfactorias se redujeron a la mitad; el tiempo de entrega de resultados se redujo en casi un tercio; y el seguimiento de las mujeres con resultados positivos se incrementó del 24% al 100%.

Fuente: Referencia (98).



Brasil: Laboratorio de innovación en Curitiba

Los objetivos del Laboratorio de Innovación de Curitiba, en el estado de Paraná, es producir y difundir el conocimiento sobre las enfermedades crónicas, así como el desarrollo de experiencias prácticas y soluciones innovadoras en el manejo de las enfermedades crónicas. El programa está diseñado para mejorar el manejo de la hipertensión, la diabetes y la depresión en la atención primaria, y está liderado por grupos designados en los distintos niveles administrativos en la ciudad de Curitiba. Estos grupos revisan periódicamente las directrices y protocolos para la prestación de servicios de prevención, orientación conductual y apoyo al automanejo. Las prácticas clínicas innovadoras se están probando en un piloto llevado a cabo en 12 clínicas (de las cuales 6 aplican el nuevo modelo mientras que 6 aplican la atención convencional). El nuevo modelo de atención es una adaptación del MCC a las condiciones locales y nacionales. Para la implementación del piloto, los equipos de atención primaria en salud participaron en talleres sobre el nuevo modelo, así como en cursos de formación para mejorar las habilidades clínicas en el manejo del pie diabético, el uso de insulina, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión, el apoyo al auto-cuidado y las visitas médicas grupales. Las actividades para la implementación del Laboratorio de Curitiba incluyen un programa de Apoyo al Automanejo, así como evaluaciones que utilizan las encuestas ACIC (Evaluación de los Cuidados Crónicos) y el PACIC (Evaluación del Paciente de Cuidados Crónicos) que han sido adaptadas a la cultura local. La evaluación del Laboratorio de Innovación de Curitiba se encuentra en curso.

Fuente: Referencia (99) y da Veiga Chomatas, ER (comunicación personal, 2012).



Honduras: Capacitación a equipos de atención de salud para manejar el síndrome metabólico en pacientes de alto riesgo

En 2001, el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INC) de Tegucigalpa inició un proyecto de demostración para las estrategias de prevención y mejora en el manejo de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Los proveedores participantes tomaron parte en una intervención educativa, y los resultados se midieron después de 18 meses. Los resultados positivos condujeron a la expansión de los servicios a través del establecimiento de una clínica especializada. Un equipo multidisciplinario de nueve profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, nutricionistas, especialistas en actividad física, psicólogos y trabajadores sociales, fue entrenado en el manejo del síndrome metabólico en pacientes de alto riesgo. Los protocolos clínicos fueron cumplidos y todos los pacientes recibieron la educación relacionada con su salud. Los pacientes que participaron alcanzaron un buen control de la presión arterial, cambios en sus estilos de vida y la adhesión al tratamiento. La clínica ha manejado con éxito 4.400 pacientes hasta la fecha.

Fuente: Palma R, Fundación Hondureña de Diabetes, Honduras (comunicación personal, 2012).





Sistemas de información clínica

ACCIONES CLAVES PARA SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

- Monitorear la respuesta al tratamiento;
- Supervisar individuos y grupos de pacientes;
- Proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y los pacientes;
- Identificar sub-poblaciones que requieran atención proactiva;
- Facilitar la planificación de la atención a pacientes individuales;
- Compartir información con los pacientes y los proveedores para coordinar la atención;
- Evaluar el desempeño de los equipos de práctica clínica y el sistema de atención;
- Utilizar recordatorios para el plan de cuidados.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Introducción de tecnología de información de salud, en particular los expedientes médicos electrónicos (100)
- ✓ Realizar auditorías periódicas de expedientes clínicos (101)
- ✓ Brindar retroalimentación a los proveedores de servicios sobre la calidad de la atención (101)
- ✓ Recordatorios computarizados en los centros de atención (63, 102)
- ✓ Manejo de casos para pacientes con diabetes (84)
- ✓ Educación, recordatorios e intervenciones de apoyo a los pacientes con diabetes (84)
- ✓ Intervenciones organizativas para mejorar los recordatorios regulares (60)
- ✓ Revisión de resultados de los pacientes en un sistema informatizado central (60)



Los sistemas de información clínica organizan la información sobre pacientes individuales y poblaciones clínicas enteras para ayudar a identificar necesidades, planificar la atención en el tiempo, dar seguimiento a las respuestas al tratamiento y evaluar los resultados de salud, y, por tanto, son el corazón de un Modelo efectivo de Cuidados Crónicos. Los sistemas de información clínica deben integrarse lo más posible con el sistema de información de salud general.

Las tecnologías de información computarizadas están disponibles en muchos establecimientos de salud, particularmente en áreas urbanas. Esta capacidad, aunque limitada, se puede utilizar para establecer sistemas de información clínica que se pueden optimizar para servir a varios propósitos en el manejo de las ECNT. Donde no es posible el desarrollo de registros electrónicos, los sistemas de registros en papel pueden ser utilizados para muchas funciones básicas, como el seguimiento al tratamiento y resultado en pacientes individuales, recordatorio a los profesionales de la salud acerca de los planes de atención y como fuente de información acerca de la prevalencia de condiciones en la población clínica (103).

El seguimiento a pacientes tanto en papel como informatizado por lo general implica el uso de registros de pacientes individuales, los que se acumulan en el tiempo para proporcionar información acerca de la población clínica. El sistema también puede generar recordatorios oportunos para pacientes y proveedores de atención con el objetivo de apoyar el cumplimiento y mejorar las estrategias. Además, por medio de un resumen de las variables de proceso y resultados, la organización de salud puede comparar clínicas, médicos y grupos de pacientes, lo que facilita las iniciativas para el mejoramiento de la calidad. Las características específicas de los sistemas de información clínica recomendados para el manejo de enfermedades crónicas también pueden ser adecuadas para el manejo de otras enfermedades y condiciones.

Sistema electrónico de manejo de enfermedades crónicas

Uno de los sistemas de información clínica mejor conocidos es el Sistema Electrónico de Manejo de Enfermedades Crónicas (CDEMS, por sus siglas en inglés). El CDEMS es una aplicación de software de código abierto desarrollado por el Programa de Prevención y Control de la Diabetes del Estado de Washington en 2002. Puede ser utilizado por una amplia gama de entornos de salud, incluyendo centros de salud comunitarios, prácticas de atención primaria, clínicas rurales y hospitales. El CDEMS facilita la planificación de la atención en salud para pacientes individuales, brindando recordatorios oportunos para pacientes y proveedores de atención; permite el análisis basado en la población de la atención a pacientes con enfermedades crónicas; da seguimiento al desempeño del personal de salud y los sistemas de atención; y proporciona formatos simples para informes personalizados. El CDEMS es altamente personalizable y se puede adaptar fácilmente para dar seguimiento a diferentes enfermedades y condiciones de salud, incluidas las enfermedades transmisibles y los problemas de salud de la madre y el niño.

Fuente: Referencia (104).



Foto: Photl.com



Argentina: Ampliación del uso de sistemas de información clínica

El Hospital Universitario Austral en Pilar está llevando a cabo un proyecto de tres años dirigido a la implementación de un sistema integrado de información clínica que consiste en un expediente clínico electrónico, un sistema informatizado de registro de recetas médicas, y un sistema integrado de gestión para redes de atención del sector salud. El sistema facilita el intercambio electrónico con pacientes; maneja pruebas y procedimientos; proporciona un informe electrónico del diagnóstico de los resultados del tratamiento; administra prescripciones (sólo para pacientes hospitalizados, debido a la legislación vigente); administra registros de salud; y crea recordatorios automáticos.

Fuente: Referencia (105).



España: Servicio de tele asistencia en el País Vasco

El Servicio Público de Tele Asistencia es un proyecto implementado por el Gobierno Vasco para promover la mejoría de la atención domiciliaria y la participación comunitaria para el adulto mayor y las personas con discapacidad. Desde diciembre de 2011, los más de 25.000 usuarios de este programa recibieron un dispositivo inalámbrico para brindar asistencia remota, orientación y gestión de citas ya sea con médicos o con enfermeras. Cada mes, se realizan alrededor de 1.000 consultas a distancia a través de este programa, de las cuales un 30% se resuelven sin visita médica y un 97% son atendidas en menos de 20 segundos.

Fuente: Referencia (106).



Brasil: Promoción del monitoreo a la diabetes. El proyecto QualiDia

Una intervención con el Modelo de Cuidados Crónicos se desarrolló en 10 municipios de Brasil bajo la coordinación del Ministerio de Salud, con la participación de la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo de Secretarías de Salud (CONASS) y el Consejo de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS). El proyecto involucró 145 unidades de salud, con 3.469 profesionales del ramo (en 266 equipos de salud) y una población meta de un millón de habitantes. Las actividades del proyecto incluyeron abogacía, movilización comunitaria, evaluación continua e implementación de un programa de mejoramiento de la calidad de la atención a la diabetes. Los resultados se midieron mediante la aplicación de los cuestionarios ACIC antes y después de la intervención. Los resultados indicaron una modesta mejoría en los seis componentes del Modelo de Cuidados Crónicos al comparar la línea de base con las mediciones finales.

Fuente: Meiners M, Universidad Federal de Brasilia, Brasil (comunicación personal, 2013).



Costa Rica: Mejoría de la calidad en la atención a la diabetes en Goicochea 1, San José.

Este proyecto fue desarrollado entre 2005-2007 en clínicas del área de salud de Goicochea 1, en la ciudad capital de San José, Costa Rica. El objetivo de la intervención era mejorar la calidad de la atención a las personas con diabetes a través de intervenciones integrales, utilizando el Modelo de Cuidados Crónicos y la metodología de Mejoría Rápida (Breakthrough Series, BTS) del Instituto para la Mejoría de la Salud (IHI por sus siglas en inglés). Las actividades para mejorar la calidad incluyeron la capacitación en el manejo clínico de la diabetes, así como la prevención y la educación sobre diabetes; la implementación de un sistema de información clínica; la creación de grupos de autoayuda; así como la implementación de un programa de prevención para la salud cardiovascular. Se realizaron grandes esfuerzos para mejorar la coordinación en toda la red de atención, dentro de los centros y con otros niveles de atención. Los resultados se midieron mediante el seguimiento a 450 pacientes seleccionados al azar. El análisis de los datos indicó que la proporción de pacientes con buen control glucémico ($A1c < 7\%$) se incrementó del 31% al 51% entre el inicio y el final de la intervención.

Fuente: Ramírez L, Tuckler N, Área de Salud Goicochea 1 (comunicación personal, 2011)





Organización de atención a la salud



ACCIONES CLAVES PARA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

- Apoyo a la mejoría de la calidad de la atención visible a todos los niveles de la organización, comenzando con la dirección superior;
- Promoción de estrategias efectivas para la mejoría de la calidad, dirigidas al cambio integral del sistema;
- Promoción de un manejo abierto y sistemático de los errores y los problemas de calidad para mejorar la atención;
- Brindar incentivos (financieros o de otro tipo) para mejorar la calidad en la atención;
- Desarrollo de acuerdos que faciliten la coordinación dentro y entre los diferentes centros y niveles de atención.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Estructurar el monitoreo de factores de riesgo y las prescripciones (77)
- ✓ Programas de atención integral ambulatorios (107)
- ✓ Uso del Modelo de Cuidados Crónicos como marco para las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento del asma (108)
- ✓ Intervenciones dirigidas a factores de riesgo específicos o dificultades funcionales para las personas con múltiples condiciones crónicas (109)
- ✓ Incentivos financieros, en particular la modalidad de incentivos financieros a nivel de grupo (110-111)
- ✓ Intervenciones profesionales multifacéticas (60)
- ✓ Mejoramiento del desempeño de los profesionales de la salud (60)
- ✓ Estrategias para el mejoramiento de la calidad de la atención a la hipertensión que incluya los médicos y otros miembros del equipo (112)



El componente de organización de la atención con el Modelo de Cuidados Crónicos es una parte importante del modelo que abarca los componentes de práctica clínica descritos anteriormente y que se refiere a la utilización de liderazgo y la oferta de incentivos para mejorar la calidad de la atención.

Los líderes juegan un papel importante en la identificación de vacíos, proponiendo objetivos claros para el mejoramiento y aplicando políticas y estrategias, incluyendo el uso de incentivos para alentar el cambio integral del sistema. Las organizaciones efectivas de atención en salud impiden los errores y otras deficiencias de calidad informando y estudiando sobre di-

chos errores y haciendo los cambios necesarios en sus sistemas. Con la inclusión de este componente, el Modelo de Cuidados Crónicos reconoce que la mejora en la atención de pacientes con ECNT será posible sólo si los líderes del sistema -tanto privados como gubernamentales- le dan prioridad al mismo y proporcionan el liderazgo, los incentivos y los recursos necesarios para mejorar.



Estados Unidos: Atención médica centrada en el paciente

Siguiendo los principios establecidos por el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) sobre atención centrada en el paciente, un enfoque conocido como el Atención Médica Centrada en el Paciente (PCMH por sus siglas en inglés) fue desarrollado para proporcionar atención primaria integral a adultos, adolescentes y niños, ampliando el acceso y mejorando la coordinación de la atención.

La Colaboración para la Atención Primaria en Salud Centrada en el Paciente es una coalición de los principales empleadores, grupos de consumidores, organizaciones que representan a los médicos de atención primaria, y otros actores que se han unido para promover el PCMH. La coalición considera que la implementación del PCMH mejorará tanto la salud de los pacientes, como el sistema de atención en salud.

De acuerdo con el enfoque PCMH, los médicos deben asumir responsabilidad personal y responder por la atención permanente al paciente; ser accesibles a los pacientes en un corto plazo por medio de horarios ampliados y agendas abiertas; ser capaces de realizar consultas por medio de correo electrónico y teléfono; utilizar la última tecnología de información en salud y enfoques médicos basados en evidencia; mantener registros clínicos electrónicos actualizados; realizar controles periódicos regulares con pacientes para identificar crisis inminentes de la salud; iniciar medidas de tratamiento y prevención antes de requerir procedimientos costosos de último minuto; brindar asesoría a los pacientes sobre cuidado preventivo basado en factores ambientales y genéticos; ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre estilos de vida saludable; y coordinar la atención, cuando sea necesario, asegurando que los procedimientos sean pertinentes, necesarios y ejecutados eficientemente.

Reestructurar el reembolso por atención primaria es clave para el éxito de este modelo. Los proveedores de atención son remunerados tanto por consultas presenciales como por las que realizan por medio de correo electrónico y el teléfono. Ellos también reciben reembolsos por servicios asociados con la coordinación de la atención y el monitoreo de los resultados de las pruebas y procedimientos realizados por otros proveedores. En general, su compensación se deriva de un modelo híbrido de pagos que incluye pago de honorarios por servicios, basados en las horas dedicadas a los pacientes, e incentivos y compensaciones basados en el desempeño al lograr mejoras medibles y sostenidas en la salud del paciente.

Fuente: Referencia (113).



Brasil: Líneas de cuidados en Diadema, São Paulo, Brasil

Esta iniciativa fue implementada en el Municipio Diadema, Estado de São Paulo, con cerca de 400.000 habitantes y 19 centros de atención primaria. El objetivo era ampliar la capacidad de la estrategia de salud familiar en enfermedades crónicas (en particular, la diabetes y la hipertensión) y capacitar una red de proveedores de atención de salud en el manejo integral e integrado de las enfermedades crónicas. Las sesiones de aprendizaje se organizaron para mejorar la colaboración e integración entre los miembros del equipo de salud. Los protocolos de tratamiento para la diabetes y la hipertensión fueron examinados y difundidos. La Evaluación de la Atención de las Enfermedades Crónicas (ACIC) se utilizó para medir la capacidad inicial de los equipos y sus prácticas de atención. En general, se estimó que el sistema de la municipalidad estaba brindando "Apoyo Básico" (con una puntuación de 4 del total de 11 puntos posibles) incluyendo algunos centros que mostraron que estaban brindando "apoyo razonablemente bueno" (7,7 sobre 11 puntos). Los resultados posteriores a la intervención aún no están disponibles.

Fuente: Referencia (114).



España: Desarrollo de un sistema de atención de salud preventivo en el País Vasco

El País Vasco en España utilizó el concepto de cronicidad en sus principales políticas de salud para introducir transformaciones en todo el sistema. En el País Vasco se ha estado desarrollando un Sistema de Salud Preventivo desde 2009 para administrar servicios a una población de 2.5 millones de personas. Esta transformación fue la respuesta a múltiples desafíos que afectan al sistema de salud en España y, en particular al País Vasco, como la creciente demanda de servicios entre los ancianos debido a la transición epidemiológica, así como a la crisis financiera local y nacional. El objetivo de esta transformación era construir un sistema de atención que fuera proactivo en lugar de reactivo, colaborativo en lugar de fragmentado.

Una serie de actividades con enfoques de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba se utilizan para integrar el sistema en torno a tres objetivos principales: 1) mejorar la salud y los resultados sociales, 2) enfocarse en la salud de la población, y 3) proporcionar una atención óptima y eficiente. El enfoque de arriba hacia abajo incluye una serie de actividades como la estratificación de riesgo, la creación de un centro de llamadas, la formación de una comisión financiera conjunta, así como nuevos sistemas electrónicos de registro clínico y prescripciones. El enfoque de abajo hacia arriba incluye programas basados en los centros de salud tales como un programa de enfermeros para el manejo de casos, el empoderamiento de los pacientes, la coordinación de la atención de salud y social, la creación de un centro para condiciones sub-agudas y la promoción de una atención integrada.

Fuente: Rafael Bengoa (comunicación personal, 2013). Más información sobre este proceso de cambio está disponible en Inglés, francés y español en <http://cronicidad.blog.euskadi.net/página-descargas/>. Consultado el 18 de febrero de 2013.







Recursos y políticas comunitarias

ACCIONES CLAVES PARA LOS RECURSOS Y POLÍTICAS COMUNITARIAS

- Animar a los pacientes a participar en programas comunitarios eficaces;
- Crear alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones que llenen las brechas en los servicios necesarios;
- Abogar por políticas destinadas a mejorar la atención al paciente y los centros de atención comunitaria;
- Uso de personal no-médico como coordinador de atención;
- El automanejo y el apoyo social.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Atención domiciliar por medio de programas de enfermeros comunitarios (115)
- ✓ Coordinador voluntario de atención (116)
- ✓ Navegador de paciente para detección de cáncer colorrectal (117)
- ✓ Navegador de paciente para cáncer de mama (118)
- ✓ Educación entre pares para cáncer de próstata (116)
- ✓ Programa educativo con trabajadores de salud no profesionales para aumentar la detección del cáncer de mama (119)



Los recursos y las políticas comunitarias son el componente más amplio del Modelo de Cuidados Crónicos. Este componente incluye el sistema de salud descrito anteriormente, así como las familias y los hogares, los empleadores, las organizaciones religiosas, el entorno físico y social, los distintos tipos de organizaciones comunitarias, los servicios sociales y educativos, entre otros actores.

Debido a la naturaleza inherente de las ECNT, los individuos afectados pasan la mayor parte de su tiempo fuera de los centros de atención, viviendo y trabajando en sus comunidades. Los sistemas de salud que establecen vínculos formales con las comunidades aprovechan recursos sin explotar y ayudan a asegurar un ambiente sano y propicio para las personas que viven con ECNT. Tales vínculos pueden ir desde una colaboración poco definida o esporádica hasta la plena integración entre las organizaciones de atención en salud y los servicios comunitarios, donde estos últimos pueden ser aprovechados como aliados en la provisión de servicios de salud.

La Región de las Américas cuenta con una fuerte tradición en movilización de recursos comunitarios para mejorar la atención en salud. En muchos países, los trabajadores comunitarios no profesionales de la salud (que van desde voluntarios a personas que reciben un salario parcial) juegan un papel importante en la comunidad con respecto a la prevención y manejo de las ECNT. Entre los grupos organizados de la comunidad de la región también existe una larga

tradición en brindar apoyo entre pares a las personas con ECNT.

En muchas áreas geográficas, los vínculos formales con los recursos comunitarios pueden fortalecerse aún más para llenar los vacíos de la atención, en particular para los pacientes de mayor edad, que a menudo requieren tanto servicios sociales como de salud. Las organizaciones no gubernamentales (ONG), las empresas sociales, y los fondos de atención médica pueden proporcionar servicios que 1) los establecimientos de salud no ofrecen, 2) el sector privado de salud no considere dentro de sus obligaciones, y 3) los pacientes no pueden pagar. Los ejemplos incluyen instituciones como las asociaciones contra el cáncer, la diabetes y las afecciones cardíacas que tienen importantes funciones de abogacía y sensibilización. Estas instituciones operan con fondos públicos, donaciones y voluntarios, y los beneficios se reinvierten en el propio servicio (120-121). El programa de navegación de la Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) es un excelente ejemplo en la utilización de voluntarios comunitarios como coordinadores de atención (122).



Estados Unidos: Promoción de la detección y el tratamiento oportuno por medio del sistema de navegación para pacientes de la Sociedad Americana del Cáncer.

Los pobres enfrentan barreras importantes para acceder a la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento del cáncer. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) es una organización comunitaria de los Estados Unidos con presencia nacional e integrada por voluntarios que trabajan en el área de salud para eliminar el cáncer, como problema de salud importante, previniéndolo, salvando vidas y disminuyendo el sufrimiento ocasionado por dicha enfermedad, por medio de investigación, educación, abogacía y servicios. La ACS ha desarrollado un programa conocido como Sistema de Navegación para Pacientes (PNS por sus siglas en inglés), que ha demostrado éxito en la promoción de una mayor detección y tratamiento oportuno. La navegación para pacientes en el tratamiento del cáncer se refiere a la prestación de asistencia individualizada a los pacientes, familiares y personas a cargo del cuidado de los pacientes para ayudar a superar las barreras del sistema de atención de salud y facilitar el acceso oportuno a atención médica y psicosocial de calidad. La Navegación para Pacientes con Cáncer comienza en el pre-diagnóstico y continúa a través de todas las fases de la enfermedad. La navegación para pacientes con cáncer puede y debe tomar formas diferentes en diferentes comunidades, según lo dictado por las necesidades de los pacientes, sus familias y sus comunidades. Dentro de cada programa de navegación para pacientes, los actores -el sistema de atención de salud, el sistema comunitario, los “navegadores para pacientes” (por lo general personal no profesional seleccionados en la comunidad), los consumidores, así como cualquier otra entidad participante- deben determinar colectivamente la definición y puesta en funcionamiento de la navegación. Los navegantes para pacientes deben asegurar la eliminación de cualquier barrera que el paciente encuentre para acceder a la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Las barreras más frecuentes para los pacientes son los recursos financieros, la comunicación, el sistema médico, las emociones y el miedo.

Fuente: Referencia (122).

Estados Unidos: Comunidades promoviendo la prevención

Comunidades Poniendo a Trabajar la Prevención (Communities Putting Prevention to Work, o CPPW por sus siglas en inglés) es un programa dirigido por el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (DHHS). La iniciativa es impulsada a nivel local y apoya a 50 comunidades en sus esfuerzos para combatir la obesidad y el consumo de tabaco, las dos causas principales prevenibles de muerte y discapacidad en los Estados Unidos. Más de 50 millones de personas, o sea uno de cada seis estadounidenses, viven en una ciudad, pueblo, condado o comunidad tribal que se beneficia de la iniciativa, la cual se basa en el concepto de que cuando se combinan las cinco estrategias basadas en evidencia (“los medios”, “el acceso”, “la información para el punto de decisión”, “el precio”, y “los servicios/apoyo social”) se puede mejorar los hábitos de salud por medio de la transformación del ambiente comunitario. Las cinco estrategias basadas en evidencia se han extraído de literatura revisada, así como de otras síntesis elaboradas por expertos a partir de la Guía del CDC y otras fuentes. En Estados Unidos, las comunidades locales y los estados han llevado a cabo intervenciones exitosas basadas en esta iniciativa. Se espera que los participantes en la iniciativa utilicen las cinco estrategias para el diseño de intervenciones integrales y robustas.

Fuente: Referencia (123).





Paraguay: Comprometiendo a los líderes comunitarios en el manejo integrado de la diabetes

En el municipio de Misiones, en Paraguay, un área principalmente rural con 100.000 habitantes, se brindaron programas de capacitación para profesionales de la salud que trabajan en el manejo integrado de la diabetes. Además, los líderes comunitarios fueron capacitados para actuar como enlace para conectar a la comunidad con los servicios de salud. Los resultados mostraron mejoras generalizadas en todos los indicadores. Los participantes mostraron un mejor control de su diabetes 12 meses después del inicio de la intervención, con un promedio de disminución de la glucosa en sangre en ayunas de 270 mg/dL a 171 mg/dL, y con una disminución promedio de A1c de 11,3% a 7,2%.

Fuente: Cañete F, Ministerio de Salud, Paraguay (comunicación personal, 2012)



Estados Unidos: Mejora de la atención a la diabetes en la clínica campesina

Un ejemplo de aplicación exitosa de la metodología BTS es un proyecto de la Clínica Campesina, una unidad de atención de los Estados Unidos que atiende una población de 15.000 pacientes. El cuarenta por ciento de los pacientes de la clínica son hispanos, 50% no tienen seguro médico, y el 100% no reciben atención suficiente de salud. El manejo de la diabetes fue identificado como un área que requería mejoras. El método BTS se usó para promover un cambio rápido en el manejo de esta enfermedad crónica. Al final del período de estudio se observó una reducción promedio del 10,5% al 8,5% en el nivel de A1c de los pacientes. Estas mejoras clínicas se produjeron sin recursos adicionales.

Fuente: Curando el Sistema: historias de cambios en cuidados crónicos [Curing the system: stories of change in chronic illness care] Washington: National Coalition on Health Care; 2002. Disponible en www.improving-chroniccare.org/downloads/act_report_may_2002_curing_the_system_copy1.pdf. Consultado el 31 de mayo del 2012.



Bolivia: Puntos Vida. Enfrentando los factores de riesgo de las ECNT a través de un programa comunitario

Un programa nacional para hacer frente a los factores de riesgo de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer se estableció en los nueve departamentos de Bolivia. Este programa, conocido como “Puntos Vida,” promueve hábitos saludables en relación con el consumo de alcohol y tabaco, la actividad física, la dieta y el control de peso. Los miembros de la comunidad también reciben chequeos regulares de la presión arterial, el peso y el índice de masa corporal (IMC). Aquellos que se consideren de mayor riesgo son referidos al centro de salud más cercano. Puntos Vida es un programa comunitario que utiliza voluntarios y establece alianzas con organizaciones comunitarias claves, tales como las universidades, los Clubes de Leones (clubes de servicio voluntario) y la policía. Este programa fue lanzado inicialmente en tres departamentos y más tarde se extendió a las ciudades capitales de los nueve departamentos. Existe en la actualidad demanda para ampliar aún más el programa a otras ciudades del país. Este programa se caracteriza por vínculos muy estrechos entre la comunidad y los centros de salud, y aprovecha diversos recursos de la comunidad, incluyendo equipos de voluntarios, por lo que es factible su reproducción en otros entornos de bajos recursos.

Fuente: Caballero D, OPS Bolivia (comunicación personal, 2012)



México: Proyecto Camino a la Salud en la frontera México-Estados Unidos

El proyecto Camino a la Salud es una intervención comunitaria aplicada por Promotoras de Salud comunitarias capacitadas en la prevención y el manejo de enfermedades crónicas. Los objetivos de Camino a la Salud son prevenir las enfermedades crónicas y aumentar la detección precoz de factores de riesgo entre las personas con obesidad y sobrepeso, así como fortalecer la capacidad institucional de las unidades de salud de primer nivel de atención para mejorar la calidad de la atención que habitualmente ofrecen los servicios de salud. El proyecto tiene dos componentes, el primero es la intervención con promotores de salud quienes desarrollan un programa educativo a personas seleccionadas de la comunidad, y el segundo es la evaluación a través de la medición de los factores de riesgo en las personas que recibieron la intervención. El Proyecto Camino a la Salud se está implementando en tres sitios a lo largo de la frontera con Estados Unidos, en Ciudad Juárez, Reynosa y Tijuana. En total se han capacitado 50 promotoras de salud, y han sido incluidas 337 personas. Se espera que los resultados de la intervención, que estarán disponibles a mediados de 2013, demuestren la factibilidad del uso de Promotoras de Salud para la detección y prevención de ECNT.

Fuente: OPS/OMS Oficina de la Frontera México-Estados Unidos, sin publicar 2013



Mas allá del Modelo de Cuidados Crónicos

IMPLICACIONES DE LAS POLÍTICAS

La implementación exitosa del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) requiere de políticas de apoyo y mecanismos de financiación. Estos factores a nivel macro no se consideran en detalle en el modelo mismo, pero se abordan en su versión adaptada: el Marco ICCC (Atención Innovadora a Condiciones Crónicas) de la OMS (ver Figura 5) (31). Aunque conceptualmente está ligado al MCC, el Marco ICCC refleja el contexto internacional de la atención en salud y por lo tanto hace hincapié en diferentes aspectos de lo que constituye la atención de buena calidad a las ECNT (32).

Figura 5. Atención innovadora para el marco de las condiciones crónicas

Marco para la atención innovadora de enfermedades crónicas



Mejores resultados para las condiciones crónicas

Un entorno de políticas positivo que apoye la atención integrada a las ECNT es esencial para reducir la carga de estos problemas de salud en el largo plazo. El financiamiento, la legislación, los recursos humanos, las alianzas, el liderazgo y la abogacía son ejemplos de ámbitos a nivel de políticas que influyen en la calidad del manejo integrado de las ECNT.

Los ministros de salud de las Américas, como miembros de los Cuerpos Directivos de la OPS, aprobaron en los últimos años las estrategias y planes de acción dirigidos a abordar la diabetes (124) y el cáncer cervicouterino (125). Las enfermedades cardiovasculares (126) fueron objeto de una amplia consulta en toda la Región de las Américas.

INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para lograr el máximo impacto, la atención a las afecciones crónicas debe brindarse en el primer nivel de atención (126). Por lo tanto, los elementos esenciales de la APS son también de beneficio para la prestación de una atención de calidad para las condiciones crónicas. Los elementos esenciales de la APS incluyen (127 - 128):

- Cobertura y acceso universal
- Recursos
- Atención integral e integrada
- Énfasis en la promoción y prevención

- Atención apropiada
- Atención familiar y comunitaria
- Mecanismos activos de participación
- Marco jurídico e institucional
- Organización y gestión óptimas
- Políticas y programas en función de la equidad
- Contacto primario
- Recursos humanos apropiados
- Inter-sectorialidad

Las personas con enfermedades crónicas deben recibir atención centrada en el paciente a través de la atención primaria. Uno de los principios de la atención centrada en el paciente es poner a la persona en primer lugar, lo que significa la atención al paciente debe manejarse de forma integral (es decir, teniendo en cuenta el contexto más amplio, incluyendo todos los problemas de salud y necesidades de la persona) (129). El Manejo de las ECNT no requiere de un programa de servicios de salud vertical. Aunque los programas verticales o específicos para las enfermedades han atraído una gran cantidad de financiamiento, han sido considerados ineficaces a partir de varios estudios de investigación (130). Las plataformas existentes para brindar servicios de salud, como los programas de salud para adultos o los programas de salud para la mujer, se puede utilizar para integrar los servicios de prevención primaria, detección y el diagnóstico precoz, y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. La integración de los servicios también incluye el desarrollo de vínculos eficaces y mecanismos claros de derivación entre servicios, que permitan el manejo integral de los pacientes en lugar de la atención específica a la enfermedad. Sin embargo, si ya existen programas específicos para enfermedades, el sistema de salud en general puede beneficiarse de ellos. Por ejemplo, parte del apoyo que generan los programas específicos para enfermedades se pueden utilizar para fortalecer la capacidad del sistema de atención primaria (131).

Las personas visitan los centros de salud en busca de atención para una

Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad

La resolución titulada “Métodos poblacionales e individuales para la prevención y tratamiento de la diabetes y la obesidad” fue aprobada por el 48° Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2008 en respuesta a la epidemia de obesidad y diabetes que afecta actualmente a los paí-

ses de la Región de las Américas. Su objetivo principal es hacer un llamamiento a los Estados Miembros para que prioricen la prevención de la obesidad y la diabetes, lo mismo que sus factores de riesgo comunes, mediante el establecimiento y/o fortalecimiento de las políticas y programas, su integración en los sistemas de salud públicos y privados, y el aseguramiento de una asignación adecuada de recursos para implementar dichas políticas y programas. También se llevó a cabo un proceso de consulta para definir una lista de prioridades para la ejecución de la resolución. La consulta incluyó la revisión de varios programas nacionales contra la diabetes y otras enfermedades crónicas, incluyendo los de Argentina, Cuba y Paraguay, entre otros. Estos programas se utilizaron como marco para establecer la lista de prioridades discutidas durante el taller Diabetes en las Américas: Prioridades para el Foro de Socios para Combatir la Diabetes y la Obesidad en las Américas, celebrado en Montreal, Canadá, el 20 de octubre de 2009. La lista de prioridades se publicó para ayudar a los Estados Miembros a elaborar planes de acción para combatir la diabetes y la obesidad. Se recomienda que los componentes del programa se adapten a las condiciones particulares de los países u organizaciones.

Fuente: Referencia (124).



amplia gama de necesidades, y estas visitas representan una oportunidad para que los proveedores de servicios de salud detecten las ECNT más importantes, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y los diferentes tipos de cáncer. De esta manera, las ECNT puede integrarse en la provisión rutinaria de servicios de salud. El aspecto más importante de este tipo de aten-

ción integrada es la oportunidad incrementada para el seguimiento, a través de una atención de calidad permanente para las personas con diagnóstico reciente o que ya viven con una ECNT. Los servicios integrados son una forma eficiente de brindar atención dado que el número de proveedores comunitarios de atención de salud en el nivel primario es a menudo limitado.

Un enfoque centrado en el paciente o en la persona en su totalidad significa atender todos los posibles riesgos de salud asociados con el individuo que consulta los servicios de salud. Las visitas de los pacientes a las clínicas del primer nivel puede ser la única oportunidad para la detección y atención a las ECNT, y por lo tanto no hay que perderla. En general, una gran mayoría de la población adulta requiere alguna acción relacionada con las ECNT, y cualquier evento o enfermedad aguda necesita verse dentro del contexto de las condiciones o riesgos más amplios a los que la persona puede estar expuesta.

La atención especializada se ofrece a menudo en ambientes secundarios o terciarios aislados de la atención primaria. Se cree que brindar atención especializada a nivel comunitario proporciona un mejor acceso y flexibilidad de los servicios. Pero el cambio del hospital por la atención primaria implica algo más que mover los servicios a la comunidad. Se han utilizado con éxito una serie de características comunes para trasladar la atención del hospital a la comunidad, incluyendo (132):

- Empoderamiento de las personas para asumir responsabilidades
- Enfocarse en el cambio de comportamiento profesional
- Brindar capacitación para apoyar al personal en sus nuevas funciones
- Aumentar la competencia del personal
- Inversión adecuada en servicios
- Plazos adecuados para la validación de los servicios
- Objetivos realistas
- Participación de todos los actores claves
- Enfoques integrales en los sistemas
- Proporcionar atención basada en los niveles de necesidad
- Evitar los servicios paralelos (en competencia) y
- No asumir que el cambio reducirá los costos

La atención a nivel primario, considerada como el “portero” de la salud

Estrategia regional y plan de acción para la prevención y control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe

La estrategia regional y plan de acción para la prevención y control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe tiene como objetivo hacer frente a la gran carga de la enfermedad y el impacto limitado de los programas de detección actuales en entornos de bajos recursos. La estrategia describe los enfoques con la mejor relación costo-beneficio disponibles para la prevención y control integral del cáncer cervicouterino, incluyendo un paquete completo de servicios (educación sanitaria, detección, diagnóstico y tratamiento) en función de su asequibilidad, sostenibilidad, la capacidad del país, y la vacunación contra el VPH (Virus del Papiloma Humano). Se requiere un enfoque integrado para la prevención del cáncer cervicouterino en todos los programas existentes para la salud del adolescente, salud sexual y reproductiva, inmunización y control del cáncer cervicouterino. El objetivo es fortalecer los programas y determinar cómo utilizar las nuevas tecnologías y métodos -como las nuevas técnicas de detección, los programas conductuales, educativos y preventivos, y las vacunas contra el VPH- para mejorar la eficacia de los programas actuales.

Fuente: Referencia (125).



del paciente, puede desempeñar una función de coordinación en la prestación de otros tipos de atención, vinculando la atención secundaria o diagnóstico especializado, los servicios de prevención y los servicios comunitarios (Ver Figura 6).

FINANCIAMIENTO

Las ECNT con frecuencia son detectadas en una etapa tardía, lo que ocasiona altos costos para su tratamiento y atención. Dado que muchos países no tienen la capacidad de absorber estos costos, son los pacientes y sus familias quienes financian el tratamiento. De acuerdo

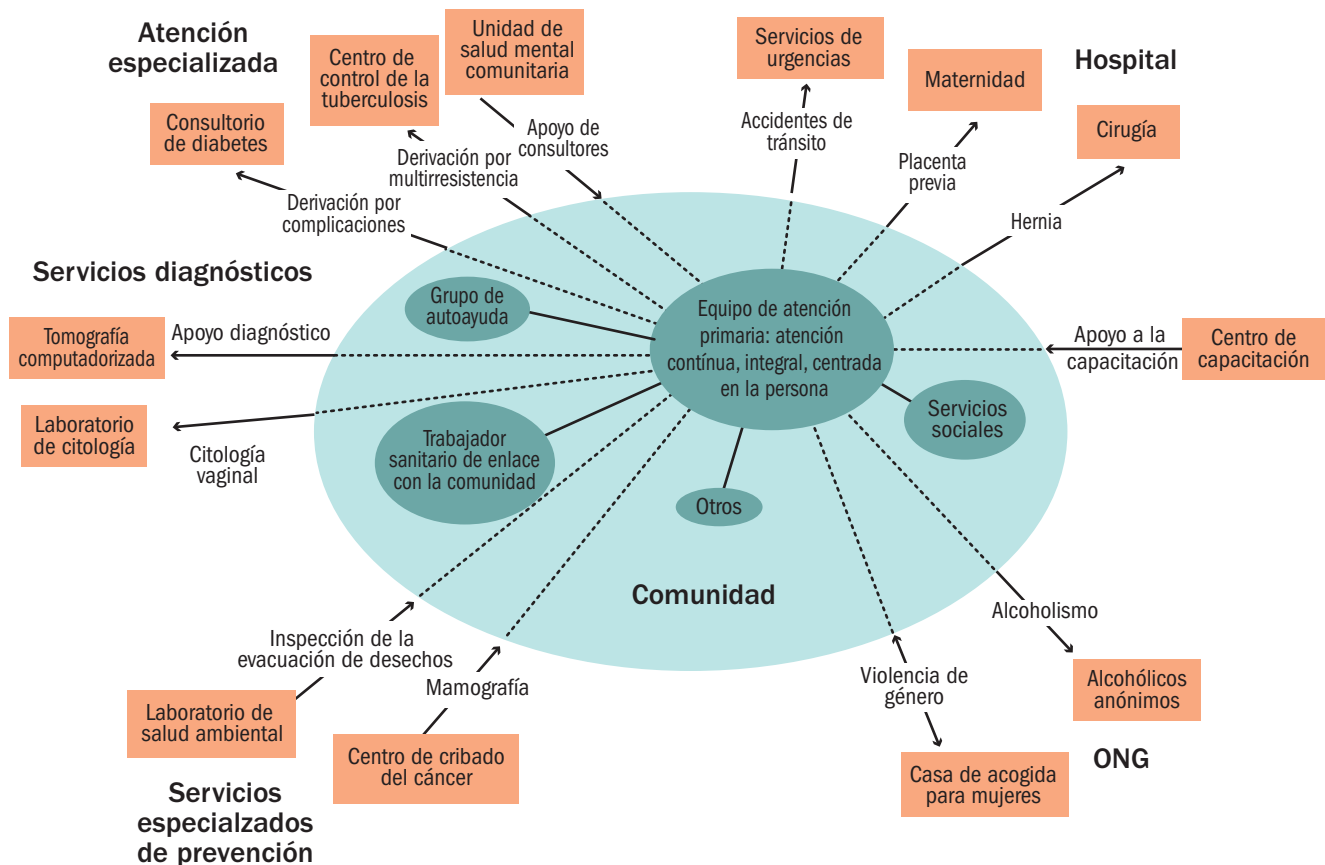
con una investigación, entre el 39 y el 46% de los costos de salud son pagados con recursos propios de las familias (135 - 137); entre más pobre es el país, mayor es la proporción del costo asumido por las familias. Un enfoque para la promoción de la salud con énfasis en la prevención de las ECNT y sus factores de riesgo es crucial para evitar esta enorme carga.

Dos elementos esenciales para mejorar la calidad en la atención en salud y los resultados clínicos son la cobertura y atención gratuita universal en los centros de atención. En ausencia de estas condiciones, los pacientes pueden retardar la búsqueda de atención debido a los costos. Un gasto de salud catastrófico es un factor crítico para las

familias en proceso de empobrecimiento. La cobertura universal contribuye enormemente a aumentar la equidad en salud (140 - 141). Tal como lo dijo la Dra. Margaret Chang, Directora General de la OMS, "...la cobertura universal (de los servicios de salud) es el factor más poderoso para lograr la equidad social.

Los sistemas de pagos por servicio prestado, comunes en algunos entornos, son un problema para lograr un manejo efectivo de las enfermedades crónicas por dos razones importantes. Primero, estos sistemas de pago por lo general no asumen los costos extra asociados con un manejo más efectivo, como el tiempo utilizado para negociar planes de tratamiento con los pacientes o para coordinar la atención. Segundo, los trabajadores

Figura 6. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes a lo interno de la comunidad atendida y con aliados externos.



Fuente: Adaptado (133 - 134)



Foto: OPS

de la salud que hacen un buen trabajo en el manejo de sus pacientes pierden la oportunidad de generar ingresos adicionales producto de enfermedades y complicaciones posteriores. Asimismo, el pago de honorarios por servicio prestado desalienta el tipo de colaboración en equipo que se necesita para la atención eficaz de las enfermedades crónicas (143). La capitación, por el contrario, garantiza una mayor flexibilidad que el pago de honorarios por servicio, y podría contribuir de mejor manera a la aplicación del tipo de innovación que se necesita para el manejo de las ECNT (144).

Independientemente del sistema de pagos, los trabajadores de la salud deben ser compensados por las funciones principales en el manejo de ECNT. Ellos deben ser remunerados por el tiempo y los recursos invertidos en la prevención de enfermedades crónicas (por ejemplo, los servicios dirigidos a fomentar el abandono del consumo de tabaco o el control de peso) y en aconsejar a los pacientes con enfermedades crónicas sobre cómo realizar el automanejo de su condición y prevenir las complicaciones (31). Los trabajadores de salud también deben tener derecho a compensación por los servicios que prestan en el domicilio o las comunidades donde reside el paciente.

La prevención y control efectivo de las ECNT requiere una inversión a largo plazo en infraestructura de salud capaz de brindar servicios de prevención, diagnóstico temprano y atención. Otras decisiones financieras basadas en los principios de equidad y efectividad ayudarán a asegurar la asignación más beneficiosa de los escasos recursos.

Todos los componentes financieros deben usarse como medios para promover la implementación de estrategias y atención de salud integradas. Estos componentes financieros incluyen:

- Recaudación de ingresos (incluyendo fuentes de financiamiento);
- Creación de fondos comunes (acumulación de fondos pre-pagos

de parte de algunos o toda la población).

- Mecanismos de adquisición y arreglos institucionales para asignar recursos a los proveedores de servicios, incluyendo tanto los implícitos (ej. asignaciones presupuestarias con jerarquías integradas) como los explícitos (ej. división comprador-proveedor, donde una “agencia compradora” separada paga a proveedores por lo que ellos producen).

El paquete de beneficios debería permitir cubrir las intervenciones preventivas y el manejo adecuado de los síntomas agudos y la atención a largo plazo (incluida la rehabilitación y los cuidados paliativos y de hospicio). También debe incluirse la atención domiciliaria.

Un enfoque de prepago y cobertura común de riesgos, en el cual los pagos se hacen antes de la aparición de la enfermedad, puede asegurar una atención de salud adecuada y cobertura para todos. El enfoque de prepago se considera un paso hacia la cobertura universal (138). Otras medidas, como el uso de los ingresos procedentes de los impuestos sobre el consumo de tabaco y alcohol, pueden generar ingresos adicionales para la prevención, incluyendo acciones para desalentar las conductas de riesgo (8, 138).

LEGISLACIÓN

La legislación es una herramienta poderosa que los países pueden utilizar para reducir la exposición a factores de riesgo de las ECNT, asegurar la calidad de la atención a pacientes, abordar los determinantes sociales de la salud y defender los derechos humanos de los pacientes. Un ejemplo de leyes que han demostrado eficacia son las que restringen la venta de tabaco y alcohol, y las que limitan o prohíben la publicidad del tabaco y su consumo en lugares públicos. Las leyes que aseguran el acceso a la atención y el tratamiento voluntario

ayudan a proteger los derechos humanos, junto con los marcos normativos que protegen a las instituciones y los trabajadores de la salud. Las leyes contra la discriminación que protegen a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en los ámbitos del hogar y el empleo también son eficaces. La legislación sobre los cuidados paliativos puede ayudar a asegurar el acceso adecuado a los analgésicos orales, como los opiáceos, a la vez que protegen a la población contra su uso ilícito.

Las leyes sobre la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo han aumentado su frecuencia con la creciente epidemia de estas enfermedades en la Región de las Américas (146-147). Se han creado disposiciones específicas relativas a la prevención y el tratamiento de la obesidad en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y México. En Argentina y Costa

Rica, la obesidad se considera una condición prioritaria. En Colombia se considera a la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas como prioridades de salud pública y se han aprobado leyes para promover políticas intersectoriales de seguridad alimentaria, nutrición y actividad física. Brasil cuenta con varias regulaciones federales para la atención coordinada de las personas con obesidad dentro del sistema de salud pública, y es obligatorio para los planes privados de seguro de salud ofrecer tratamiento a las personas con obesidad mórbida. En Argentina una ley específica exige un sistema nacional de control epidemiológico y estadístico para las ECV y regula el etiquetado de los alimentos en relación con las grasas saturadas, la sal excesiva y el colesterol.

Aunque existen leyes relativas a la diabetes en todos los países de la región, las regulaciones varían en

cuanto a su amplitud. Ecuador, México, Paraguay y Uruguay cuentan con regulaciones específicas y completas. Ecuador también cuenta con un amplio marco legal que garantiza la protección, prevención, manejo y control universal de la diabetes.

En los Estados Unidos se han realizado diversas revisiones de políticas y cambios en las leyes que han contribuido a promover un comportamiento más saludable. Un resumen de los mismos se presenta en la Guía de Servicios Comunitarios Preventivos de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (148) un recurso gratuito para ayudar a los gestores de programas de salud pública en la selección de programas y políticas para mejorar la salud y prevenir las enfermedades en sus comunidades. Los temas incluyen la gama completa de enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Prioridades de la salud cardiovascular en las Américas

El documento de la OPS resultante de una consulta regional: “Prioridades para la Salud Cardiovascular en las Américas: Mensajes Claves para los Decisores que resume las prioridades de la salud cardiovascular, es el resultado de un proceso de consulta amplio centrado en la prevención a nivel poblacional, el control integrado del riesgo y la enfermedad y la organización de los servicios de salud. Las prioridades se agrupan en torno a cuatro pilares de acción de la Estrategia Regional contra las ECNT: 1) políticas públicas y abogacía, 2) vigilancia, 3) promoción de la salud y prevención de enfermedades, y 4) el control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. Estas prioridades también son consistentes con la Agenda de Salud para las Américas de la OPS y el Plan de Acción de la OMS para la Estrategia Mundial contra las Enfermedades Crónicas no Transmisibles aprobada en 2008. En este documento se presenta una lista de prioridades para la salud cardiovascular en la región, basada en la mejor evidencia científica disponible y los criterios de costo-efectividad, valor social y equidad, que permitiría a los Estados Miembros de la OPS dar prioridad a las actividades para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en sus planes nacionales de salud e impulsar la implementación de la Estrategia Regional contra las ECNT.

Fuente: Referencia (126).



RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA

A nivel mundial hay escasez de trabajadores de la salud calificados para satisfacer las diversas necesidades de la población en general. Además, la mayoría de la fuerza de trabajo actual ha sido capacitada para tratar enfermedades agudas en lugar de problemas crónicos, lo cual requiere un conjunto diferente de competencias y habilidades. Por otra parte, el modelo de atención tradicional está centrado en el médico, en contraposición con el enfoque de equipos multidisciplinarios por el que aboga el Modelo de Cuidados Crónicos.

Lo ideal sería que el personal de salud tenga el conocimiento y las ha-

bilidades definidas por los sistemas de salud basados en la atención primaria, como elementos centrales y esenciales (127). Estas competencias básicas incluyen, entre otras, la capacidad de promover el auto-cuidado; proporcionar atención preventiva y curativa coordinada y basada en evidencia; involucrar a la familia y la comunidad en el proceso de atención; establecer y negociar las metas del paciente; proporcionar atención médica de parte de un equipo multidisciplinario; gestión de la información clínica; y participar en la educación médica continua.

La necesidad de un nuevo conjunto de competencias para la fuerza laboral está incluida en el MCC descrito anteriormente. Por tanto, es fundamental establecer la colaboración entre universidades, otras instituciones educativas y organizaciones proveedoras de servicios de



TABLA 3. Competencias básicas para la atención a enfermedades crónicas identificadas por la OMS (2005)

1. Atención centrada en el paciente

- Anamnesis y comunicación eficaces
- Ayuda para modificar los hábitos con repercusiones sobre la salud
- Apoyo del automanejo
- Aplicación de un enfoque proactivo

2. Cooperación

- Cooperación con los enfermos
- Cooperación con otros dispensadores
- Cooperación con las comunidades

3. Mejora de la calidad

- Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados
- Aprendizaje y adaptación a los cambios
- Puesta en práctica de los conocimientos científicos

4. Tecnología de la información y la comunicación

- Diseño y uso de los expedientes de los pacientes
- Uso de la tecnología informática
- Comunicación con los asociados

5. Perspectiva de salud pública

- Prestación de atención de salud dirigida a la población
- Enfoque basado en los sistemas
- Consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial
- Actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud

salud con el objetivo de garantizar que el personal reciba la formación y educación médica continua y adecuada, con el fin de lograr una mejor satisfacción de las necesidades de salud de la población (127).

Una revisión de la OMS realizada en 2005 identificó cinco competencias para la prestación de atención eficaz a las enfermedades crónicas (véase el cuadro 3) (149 - 150). Estas capacidades fueron escogidas en parte por su aplicabilidad a todos los trabajadores de la salud, independientemente de la disciplina. Las mismas no estaban destinadas a sustituir las competencias existentes, tales como las prácticas para brindar cuidados basados en la evidencia y la ética, sino más bien para subrayar la necesidad de nuevas áreas de especialización.

Primero, la fuerza laboral de salud necesita organizar la atención en torno al paciente (ej. adoptar un enfoque centrado en el paciente) Dentro de este tipo de enfoque, la prevención y manejo de enfermedades se consideran importantes, pero no son prioritarias en relación con las necesidades y expectativas de las personas y las comunidades. El foco central está en la persona, en el contexto de su familia, su comunidad y su cultura.

Segundo, los trabajadores de la salud necesitan habilidades de comunicación que les permita colaborar con otros. No solo necesitan asociarse con los pacientes, sino también trabajar en estrecha colaboración con otros proveedores y unirse con las comunidades para mejorar los resultados en pacientes con condiciones crónicas. Esta competencia requiere gran capacidad de comunicación, incluyendo la habilidad para negociar, participar en la toma de decisiones compartida, la resolución colectiva de problemas, el establecimiento de metas, la implementación de acciones, la identificación de las fortalezas y debilidades, claridad sobre sus funciones y responsabilidades, y la evaluación del avance. El aprendizaje no tiene que ocurrir sólo en la forma tradicio-

nal de una intervención educativa o basada en el conocimiento, sino también en una modalidad denominada aprendizaje recíproco. El aprendizaje recíproco, en el contexto del Modelo de Cuidados Crónicos, es un proceso de aprendizaje que se produce entre pares, donde cada uno aprende de compartir con el otro en un proceso iterativo. El aprendizaje recíproco ha estado relacionado con el grado de implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y se ha sugerido que está relacionado con la calidad general de la atención (151).

En tercer lugar, el personal necesita aptitudes para mejorar la calidad

con el objetivo de garantizar que la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes mejoren continuamente. En general, el mejoramiento de la calidad demanda que los trabajadores de la salud tengan objetivos claramente definidos y sepan qué cambios son más propensos a generar mejoras y cómo evaluar sus esfuerzos.

En cuarto lugar, el personal de salud necesita aptitudes que le ayude a dar seguimiento a los pacientes a través del tiempo, como la habilidad para utilizar y compartir información a través de la tecnología disponible. El valor de este tipo de competencia, en lo que respecta a mejorar la atención

Jamaica: Financiamiento innovador a través del Fondo Nacional de Salud

El Fondo Nacional de Salud de Jamaica (“El Fondo”) es un ejemplo de un mecanismo de financiación innovador. El mismo ha permitido a Jamaica abordar con éxito las presiones crecientes creadas por las ECNT, que representan más del 60% de la carga por enfermedad del país. Los recursos para el Fondo proceden de un 20% del impuesto nacional por consumo de tabaco, un 0,5% de los impuestos nacionales a los salarios y la contribución del Gobierno los cuales representan un 43%, 35% y 22% de los ingresos del fondo respectivamente. El Fondo está diseñado para proporcionar medicamentos subsidiados universalmente a todas las personas elegibles con ECNT. Estos beneficios están disponibles para todos los residentes que tengan la certificación necesaria de su condición. El subsidio del fondo para medicamentos no pretende reemplazar la cobertura de los seguros privados o públicos, que proporcionan cobertura farmacéutica nacional para la tercera edad, y que a menudo requieren copagos modestos por parte de los afectados. El Fondo también apoya programas de educación pública dentro del Ministerio de Salud, así como a las organizaciones privadas que estén dentro de la Estrategia de Protección y Promoción de la Salud del Ministerio.

Fuente: Referencia (141).



Foto: OPS

al paciente, ha sido reconocida por varios entes profesionales que han recomendado que el personal de salud sea capaz de utilizar los sistemas de información y comunicación.

Por último, los estándares para las habilidades del personal de salud debe basarse no sólo en la atención al paciente, sino también en la función de dicho personal en la atención, dentro del contexto de los nuevos modelos para la prestación de servicios de atención en salud -incluyendo el cuidado de la salud basado en la población, la atención multi-nivel, y el cuidado continuo- y en el concepto de “pensamiento sistémico” (la idea de que la atención a la salud consiste en una serie de sistemas embebidos dentro de otros sistemas más amplios).

Varios enfoques estratégicos pueden ayudar a optimizar la capacidad de la fuerza laboral de salud para manejar enfermedades crónicas no transmisibles de manera integrada. Los sectores de salud deben garantizar que los trabajadores de salud tengan las competencias adecuadas, como se describe anteriormente, lo cual requiere cambios de los programas de formación para antes y durante la prestación de servicios. A nivel operativo, los trabajadores de salud deben organizarse en equipos multidisciplinarios y tener acceso a la infraestructura y herramientas que les ayuden a practicar una atención de buena calidad a las ECNT. Además, el entorno para la práctica de los trabajadores de salud debe ser positivo y de apoyo, para garantizar una buena tasa de retención, así como la capacidad y la motivación para prestar servicios eficaces. Por último, los trabajadores de salud deben ser eficientemente distribuidos en todo el espectro de las necesidades de atención crónica de los pacientes, donde la mayoría se ubique en las comunidades y entornos de la atención primaria.

Además de los recursos humanos, las unidades de salud deben estar equipadas con los recursos

materiales apropiados para la atención de personas con enfermedades crónicas. Las unidades de salud que prestan servicios generales de salud deben contar con el equipo, los medicamentos y el material educativo apropiados para brindar servicios curativos y preventivos. Éstas deben tener acceso a las nuevas tecnologías, como los medios sociales y las redes de comunicación electrónica con el fin de proporcionar una mejor atención a los enfermos crónicos. Además, el acceso físico a las instalaciones por parte de personas con capacidad limitada y el transporte asistido para movilizarse entre las diferentes unidades deben estar disponibles en las unidades de salud que prestan atención primaria y especializada.

ALIANZAS

Un solo sector, organización o grupo tiene pocas probabilidades de contar con los recursos suficientes para hacer frente a los complejos problemas inherentes al manejo integrado de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto, se debe establecer alianzas para lograr este objetivo común. Dichas alianzas pueden formarse dentro y entre los diversos sectores del gobierno (por ejemplo, los Ministerios de Salud y Educación), así como entre organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otras entidades.

La aplicación de políticas y programas para las ECNT requiere de la colaboración de diferentes socios y contrapartes, incluyendo los servicios sociales, los sectores relacionados con la salud como el agrícola, el financiero, el sector de obras públicas, el transporte y la recreación. Las organizaciones de la sociedad civil, como las asociaciones de profesionales de la salud, las instituciones académicas, los grupos de pacientes, y las personas afectadas por las enfermedades también juegan un papel clave. Las redes existentes en la Región,

como CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles) y RAFA (Red de Actividad Física de las Américas) pueden ayudar a ampliar y mantener las alianzas con la sociedad civil en particular (27).

LIDERAZGO Y ABOGACÍA

El cambio de los sistemas de salud en la Región demanda un fuerte compromiso político y abogacía. Se requiere liderazgo para promover cambios de políticas e institucionales, apalancar y asignar los recursos que aseguren protección financiera, promover leyes y la acción intersectorial, y planificar la atención a largo plazo. En vez de operar de manera unilateral, los líderes de salud eficaces incluyen a diferentes actores, como los profesionales de la salud, los pacientes, las familias y los miembros de la comunidad, a la vez que incorporan sus necesidades, preferencias y opiniones en torno al desarrollo de estrategias de salud.

Para ser más efectivos, los líderes necesitan considerar la forma de influir en el sistema de salud en múltiples niveles. Para comenzar, no es necesaria una revisión completa del sistema, aunque entre más componentes se abordan simultáneamente, mayores son los beneficios esperados. Los modelos como el Modelo de Cuidados Crónicos y el Marco ICCG pueden ayudar a los líderes a organizar su forma de pensar sobre lo que hay que hacer.

La inclusividad de los líderes fomenta el apoyo de todos los miembros de los equipos de salud, independientemente de su rango o condición, para mejorar la atención crónica. El aporte de todos los miembros del equipo a través de puntos de vistas diferentes son factores importantes para el rediseño de la práctica con el objetivo de obtener

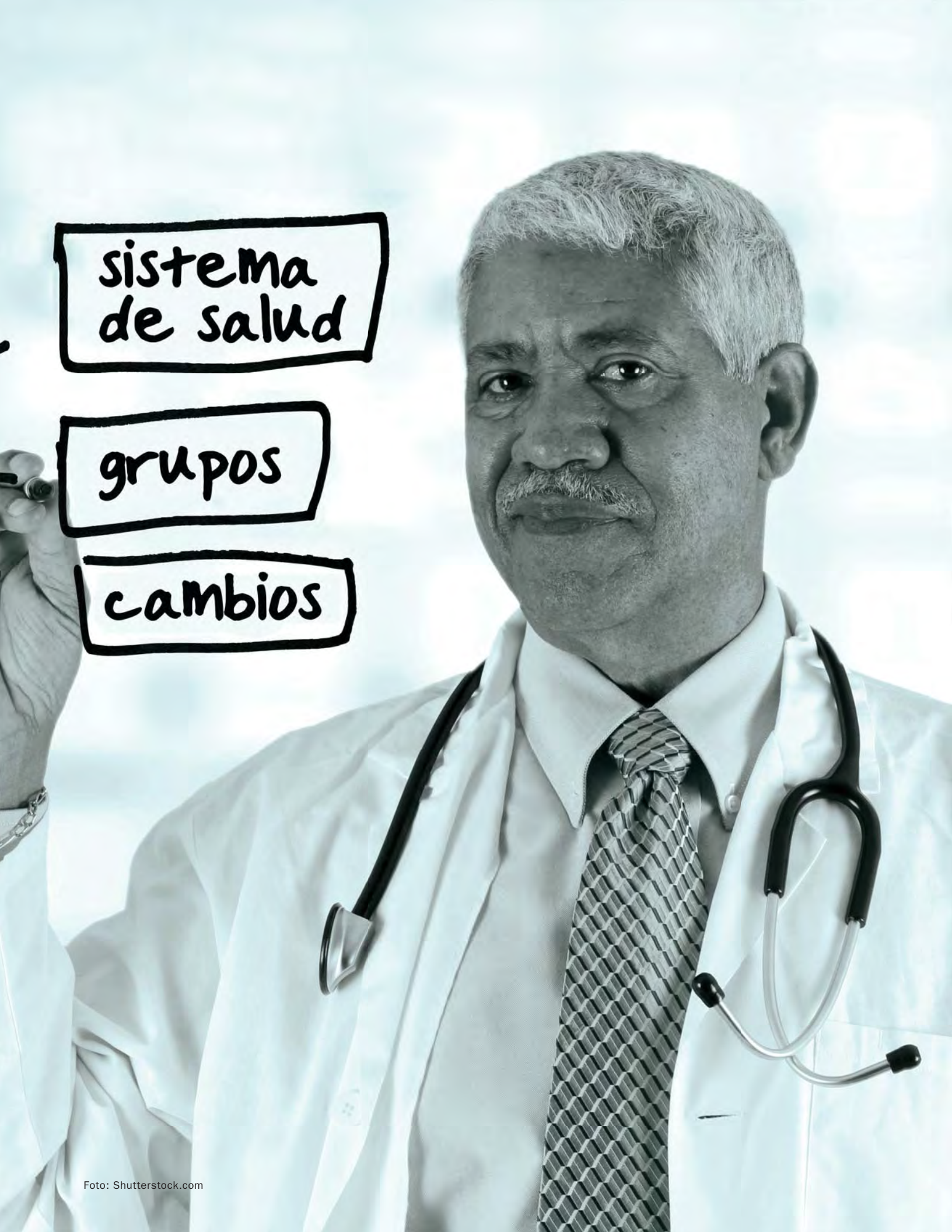
mejores resultados. La contribución del personal de apoyo, como recepcionistas y secretarías, puede complementar los aportes del personal clínico, como médicos y enfermeras, para crear el ambiente adecuado para mejorar la calidad (152).

Chile: Aseguramiento de protección financiera y acceso a atención de buena calidad para cáncer avanzado

El Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) es una ley del sistema de salud de Chile con el mandato de dar cobertura a programas prioritarios, enfermedades y condiciones de salud.

De acuerdo con la ley, los beneficios de la atención de salud para las enfermedades y condiciones especificadas deben ser proporcionados por los planes de seguro públicos y privados de salud. Las garantías explícitas reguladas por la ley incluyen el acceso a los beneficios de la atención de salud con calidad; puntualidad en el acceso a dichos beneficios y protección financiera (a través de la regulación de los pagos procedentes de los bolsillos de los beneficiarios). Entre otros beneficios brindados por esta ley está el acceso extendido a la atención en casos de cáncer avanzado. Antes de la promulgación de esta ley, sólo los usuarios procedentes del sector público de salud estaban cubiertos durante la última etapa del cáncer, a través del Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PNACCP) establecido en 1995. La cobertura para alivio del dolor y cuidados paliativos para los sectores público y privado se incorporó al AUGE en 2005. Esto ha garantizado a los pacientes una mejor calidad de vida en sus últimos días y ha ayudado a promover la muerte con dignidad. Este servicio se presta principalmente en los hogares de los pacientes y no en hospitales o centros especializados de atención al cáncer, lo que facilita tanto el ahorro para el sistema de salud y como condiciones preferibles para los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

Fuente: Referencia (145).

A middle-aged man with grey hair and a mustache, wearing a white lab coat over a white shirt and a patterned tie. He has a stethoscope around his neck and is holding a black marker in his right hand. He is looking towards the camera with a slight smile. To his left, there are three hand-drawn rectangular boxes containing Spanish text.

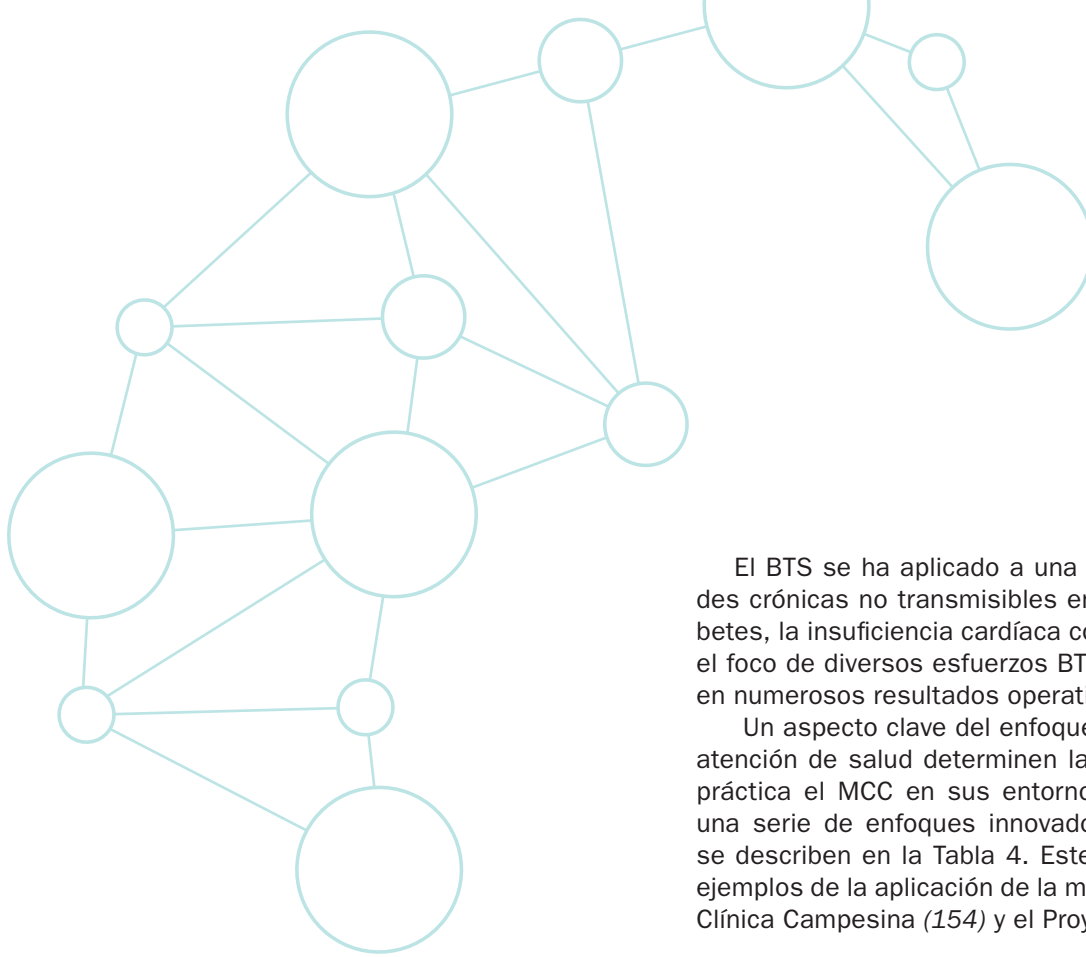
sistema
de salud

grupos

cambios

Un método para la introducción de cambios

Mientras que el Modelo de Cuidados Crónicos y el Marco ICCC brindan información sobre cómo organizar la atención para mejorar los resultados, la Serie de Mejoría Rápida (Breakthrough Series, BTS) (Ver Figura 7) desarrollado por el Instituto para la Mejoría de la Atención de Salud (IHI por sus siglas en inglés) de Cambridge, MA, EEUU (153) brinda una herramienta para introducir y mantener cambios en el sistema de salud. El BTS reúne a grupos de organizaciones para la atención en salud que comparten el compromiso de hacer cambios sistémicos importantes y rápidos a aspectos específicos de sus organizaciones. Unas 20 - 40 organizaciones participan en un programa de 6 a 13 meses que incluye tres sesiones de aprendizaje de dos días, alternados con periodos de acción. En las sesiones de aprendizaje, los profesores presentan intervenciones basadas en evidencia relacionadas con problemas específicos, y cada organización participante trabaja en su plan de mejoramiento con el apoyo de los profesores. Durante los periodos de práctica, los participantes se comunican con los profesores a través de correo electrónico, informes mensuales y llamadas en conferencia.



El BTS se ha aplicado a una amplia gama de enfermedades crónicas no transmisibles en numerosos países. La diabetes, la insuficiencia cardíaca congestiva y el asma han sido el foco de diversos esfuerzos BTS con mejoras demostradas en numerosos resultados operativos y clínicos.

Un aspecto clave del enfoque BTS es que los equipos de atención de salud determinen la mejor manera de poner en práctica el MCC en sus entornos. Los equipos han ideado una serie de enfoques innovadores, algunos de los cuales se describen en la Tabla 4. Este documento muestra varios ejemplos de la aplicación de la metodología BTS incluyendo la Clínica Campesina (154) y el Proyecto VIDA (48-49)

FIGURA 7. Serie de mejoría rápida

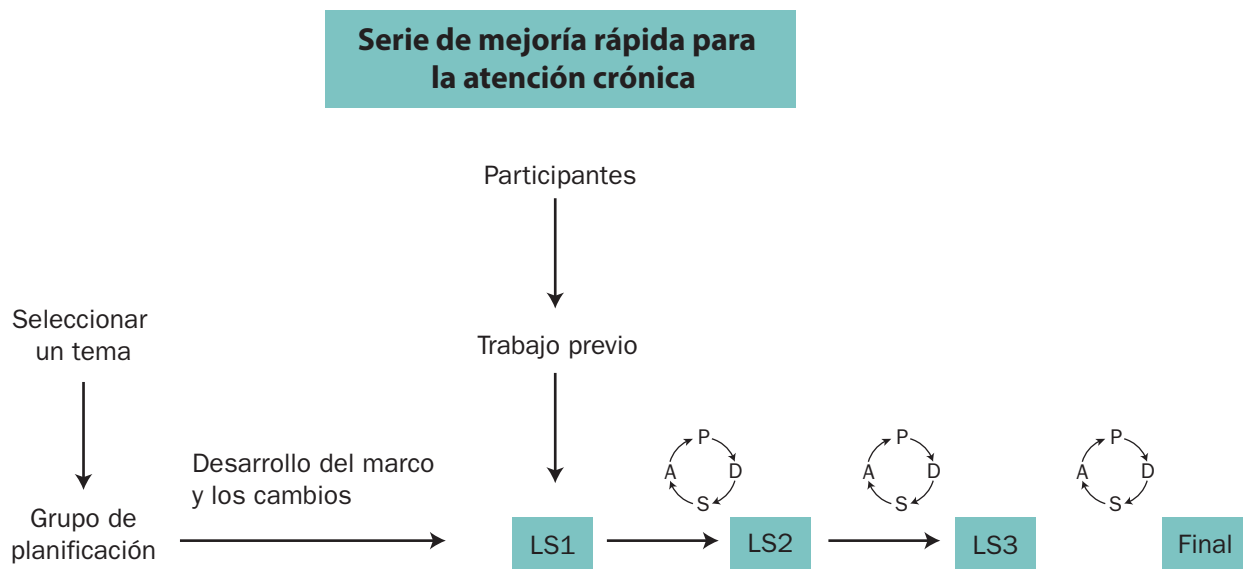


TABLA 4. Innovando la atención en salud por medio del enfoque BTS

Las innovaciones en la atención médica que se presentan a continuación fueron desarrolladas por los equipos de atención de salud, utilizando el enfoque de BTS (29).

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Los registros clínicos fueron utilizados para dar seguimiento a las medidas clínicas e identificar a los pacientes que necesitaban educación o mayor atención. Las estrategias particularmente innovadoras incluyeron garantizar a los médicos el acceso a los registros médicos a través de Internet y la vinculación de los registros a los expedientes médicos electrónicos de toda la comunidad.

APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

Las GPC se integraron en un flujograma de las enfermedades crónicas publicada en la Internet y se difundieron por medio de carteles en las salas de examen para incorporarlos mejor a la práctica diaria. A los equipos clínicos se les brindó retroalimentación sobre el cumplimiento de las guías, la cual se extrajo de los datos de los registros. Se implementaron directrices para la referencia con especialistas.

DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

Los equipos revisaron y reajustaron sus funciones clínicas. En algunos casos, introdujeron consejeros de salud para pacientes con necesidades más complejas. Los equipos clínicos también implementaron visitas de grupo y planificaron visitas de seguimiento a las personas con enfermedades crónicas.

APOYO AL AUTOMANEJO

Se adaptaron evaluaciones y encuestas para el auto-cuidado; se capacitó a los miembros del personal; se crearon paquetes de herramientas (carteles, calendarios, planes de acción, sitios web y listas de lectura) y se pusieron a la disposición de los equipos de atención de salud; y se realizaron reuniones grupales para el apoyo entre pares.

RECURSOS COMUNITARIOS

Los administradores de casos refirieron a los pacientes a las unidades comunitarias y el personal participó en juntas comunitarias, grupos de trabajo e iniciativas comunitarias relacionadas con la salud.

APOYO ORGANIZATIVO

Los centros de salud aseguraron el apoyo financiero para la educación del paciente y se comunicaron con los contribuyentes con respecto al Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas. El director médico envió un boletín mensual a los trabajadores de la salud.

Fuente: Referencia (29).





Implementación y mejora de la atención a las ECNT en las Américas

Con el incremento de frecuencia las ECNT, el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para brindar servicios de prevención y atención se ha convertido en una prioridad urgente para la OPS y sus Estados Miembros. En el marco de la Estrategia de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas, la OPS ha trabajado para apoyar a sus países mediante el aumento de la capacidad técnica para proporcionar atención de buena calidad a los enfermos crónicos y reducir la brecha entre las necesidades actuales, las recomendaciones clínicas y la atención existente. La capacitación y apoyo técnico de la OPS ha contribuido a desencadenar una serie de programas exitosos en toda la Región de las Américas. Las iniciativas de los Estados Miembros de la OPS resumidos en este documento se realizaron utilizando técnicas estructuradas de mejoramiento de la calidad, herramientas de evaluación y medición, y capacitación organizada.

Mapa de cuidados crónicos: Experiencias innovadoras

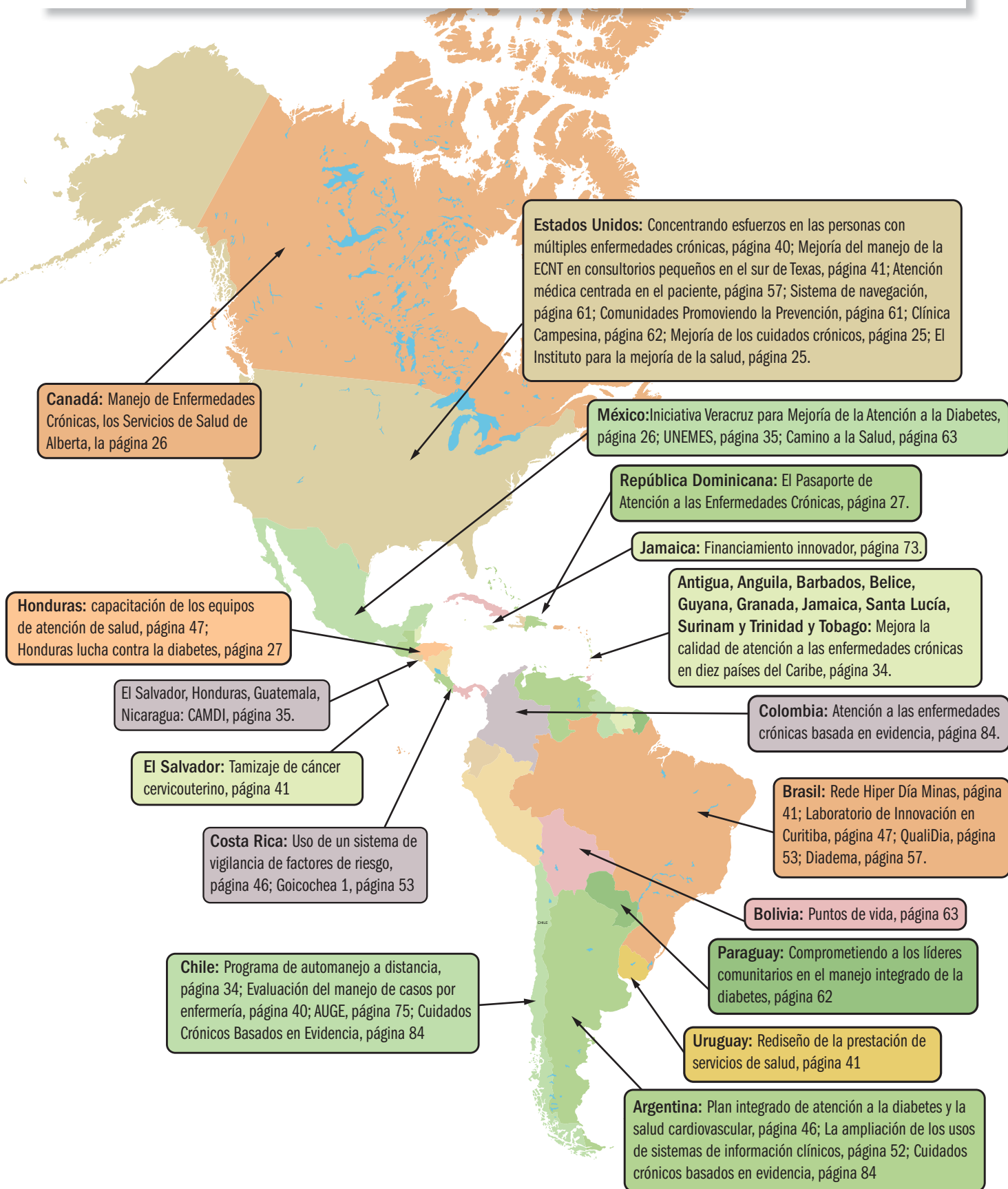




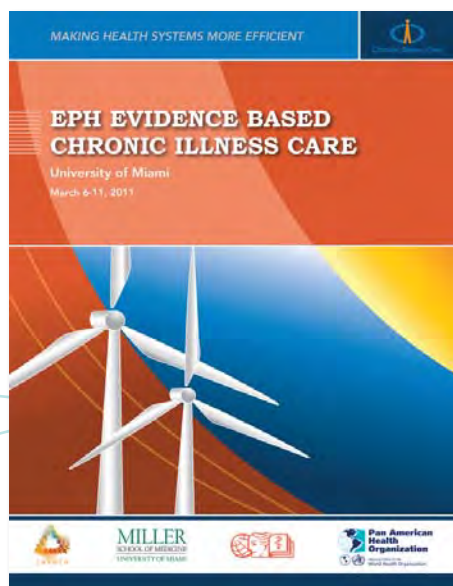
Foto: DPS

La necesidad imperativa de adaptar la atención a las enfermedades crónicas al programa de salud de la familia de Brasil

La situación de salud en Brasil a comienzos del siglo XXI se caracteriza por una triple carga de enfermedad, que combina problemas de salud causados por enfermedades infecciosas, causas externas y condiciones crónicas no transmisibles. Publicaciones nacionales e internacionales han demostrado el éxito del Programa de Salud de la Familia (PSF) en Brasil durante el siglo XX en el abordaje de los problemas más acuciantes, como las enfermedades infecciosas, los problemas nutricionales y la salud materno-infantil. Ahora es imperativo transformar el sistema para hacer frente a la nueva epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles con enfoques y herramientas apropiados.

Se encuentra en proceso una revisión de envergadura de los conceptos y estrategias relacionados con la atención a enfermos crónicos y su aplicación en el sistema de salud brasileño. La aplicación del modelo de atención a enfermedades crónicas, la adaptación de la Pirámide de Estratificación del Riesgo Poblacional, así como los modelos de atención a la enfermedad y el cuidado compartido o interconsultas (entre otros) son algunas de los problemas técnicos que están siendo abordados por los investigadores brasileños para ayudar con la transición exitosa del Programa de Salud de la Familia hacia la nueva era.

Fuente: Referencia (155).



2009-2011
Estados Unidos

2012
Colombia

2012
Argentina

2011
Chile

OPS: Atención a las enfermedades crónicas basada en evidencia

El curso Cuidados Crónicos Basados en Evidencia (CCBE) fue desarrollado por la OPS y ejecutado en colaboración con la Universidad de Miami en 2009 y 2011. El curso fue posteriormente implementado en Chile en 2011 y en Argentina y Colombia en el año 2012 en colaboración con las oficinas de país de la OPS y los Ministerios de Salud. A inicios del 2013, un total aproximado de 250 funcionarios de salud pública de la región han participado en el programa. El CCBE presenta a los estudiantes el modelo de atención de enfermedades crónicas y aspectos de salud pública relacionados con el mejoramiento de la atención en salud. Se hace hincapié en ejemplos de intervenciones de salud pública para el manejo de las principales enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y su aplicación en diferentes escenarios, en especial en entornos de bajos recursos y en los países en desarrollo. Los temas cubiertos por CCBE incluyen componentes dentro de la organización para la atención en salud, el diseño de sistemas de salud, el apoyo a las decisiones, el sistema de información clínica, el apoyo al automanejo y los recursos y políticas comunitarias. Este curso proporciona los elementos para comprender mejor el papel de las políticas de salud, el acceso a la atención, las disparidades de salud y los factores determinantes de la salud en la calidad de la atención a las condiciones crónicas.

Fuente: Referencia (156).



OPS: Educación en línea para el automanejo de la diabetes para pacientes y proveedores de salud.

Los cursos de educación en línea para el auto-manejo de la diabetes están disponibles gratuitamente y en español en el Campus Virtual para Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud. Este programa para profesionales de la salud es un curso de auto-aprendizaje organizado en cinco módulos que cubren temas relacionados con el conocimiento de la fisiopatología de la diabetes, salud pública y epidemiología, educación y apoyo social. Los estudiantes que pasan las pruebas con notas de 75% o más reciben un certificado del Campus Virtual. Este curso fue implementado inicialmente con éxito como un proyecto piloto en Chile, Costa Rica, Cuba y México. A inicios del 2013, más de 1.600 profesionales de la salud se han registrado para el curso, de los cuales la mayoría han completado el programa.

Fuente: Referencia (157).

El programa de educación en línea para personas con diabetes tipo 2 fue desarrollado en coordinación con el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de Chile. Este curso es un programa de auto-aprendizaje organizado en cuatro módulos que cubre temas como el conocimiento general de la diabetes y sus complicaciones, así como el automanejo rutinario y ante situaciones especiales para personas con diabetes tipo 2. El curso es gratuito y sus resultados se evalúan a través de un examen en línea. Los estudiantes que aprueban los exámenes con notas de 75% o más reciben un certificado. La efectividad de este curso fue evaluado positivamente en 2011 por medio de un estudio controlado al azar en Chile que comparaba el aprendizaje presencial con el aprendizaje en línea.

Fuente: Referencia (158).



Conclusiones

El Modelo de Cuidados Crónicos debe implementarse en su totalidad ya que sus componentes tienen efectos sinérgicos, donde el todo es superior a la suma de las partes. Ninguno de los componentes individuales del modelo ha sobresalido como el factor subyacente de éxito. Por el contrario, los paquetes de intervención multidimensional, que incluyen varias componentes del Modelo de Cuidados Crónicos parecen ser los más efectivos. El resultado final es una interacción productiva entre un equipo de salud bien preparado y un paciente receptivo activado, lo que da como resultado una atención mejorada. Pero como el principal protagonista continúa siendo el paciente, asegurar una estrategia de atención centrada en el paciente parece ser la piedra angular de una implementación exitosa del Modelo de Cuidados Crónicos. La atención de calidad centrada en el paciente, que tiene un carácter preventivo, continuo y basado en evidencia puede beneficiar a todos los pacientes, independientemente si la naturaleza de la condición es transmisible o no transmisible. La población meta de la atención a enfermedades crónicas es una proporción grande y creciente de adultos con un alto riesgo de ECNT, con una condición existente conocida o sin diagnosticar. Esta población también está expuesta a los riesgos de varias enfermedades transmisibles. La aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos significa organizar la atención integrada de alta calidad basada en la evidencia más avanzada, lo que se traduce en una mejor atención para todos y no sólo para aquellos con condiciones crónicas.



Las reformas a las políticas son el eje de las acciones. El acceso universal es la ley de mayor importancia para lograr los mejores resultados y reducir las disparidades en la atención a las enfermedades crónicas. El compromiso del gobierno con la atención integrada a las ECNT, las políticas formales, la legislación y las regulaciones son fundamentales para el éxito. La cobertura y atención universal gratis en las unidades de servicio son necesarias para desarrollar la capacidad de implementar con éxito la atención preventiva

y basada en la población de las ECNT. Además, los sistemas de pago necesitan alinearse con la atención basada en evidencia de las enfermedades crónicas y el mejoramiento de la calidad.

Cualquier acción adoptada en el campo de la atención a las enfermedades crónicas debe tener como fundamento una comprensión firme de la atención en salud y la situación de las ECNT en el país o sistema de salud a diversos niveles, incluyendo el local. Los pasos incluyen la revisión de las políticas y los sistemas de financiación relevantes, de los recursos humanos y de la infraestructura para la atención a la salud, lo mismo que la estimación de las necesidades de la atención sanitaria actual y futura. Sin información precisa y actualizada, los formuladores de políticas y los planificadores no pueden diseñar una atención eficiente integrada de las ECNT. Aunque hay retos comunes en todos los países, cada sistema de salud tiene su contexto único.

Los sistemas de información clínica son considerados por muchos como un componente esencial del Modelo de Cuidados Crónicos efectivo. Como tal, su introducción o mejoramiento es con frecuencia recomendado como el punto de partida para mejorar la atención integrada de las ECNT. En estudios realizados en países de altos ingresos, los componentes específicos de la tecnología de información para la salud tuvieron un impacto positivo en la atención a las enfermedades crónicas. Los componentes relacionados estrechamente con resultados experimentales positivos incluyen la conexión a un sistema de expediente médico electrónico; el uso de avisos computarizados; sistemas de información con base poblacional (incluyendo informes y retroalimentación); sistemas de apoyo especializados para la toma de decisiones; sistemas electrónicos de programación; y sistemas de registros personales de salud. Los sistemas de información clínica deben integrarse lo más posible con sistemas de información de salud existentes; por lo tanto es preferible incorporar las ECNT a los sistemas de información existentes

que crear uno nuevo aislado para las mismas.

A los proveedores de servicios de salud se les debe permitir el tiempo suficiente para llevar a cabo la gran cantidad de tareas requeridas para brindar atención de alta calidad. Hay múltiples formas de maximizar el valor del tiempo limitado disponible para los encuentros médicos en la atención primaria. La productividad de las citas médicas puede mejorarse por medio del uso de la pirámide de estratificación de riesgo, el uso de medios modernos de comunicación para contactar a los pacientes, lo mismo que las responsabilidades compartidas para ciertas tareas con otros miembros del equipo.

El apoyo al automanejo es un elemento importante para el logro de mejores resultados de salud. La tarea clave para el manejo integrado de las ECNT es asegurar que el apoyo al automanejo se lleve a la práctica por medio del uso de una serie de estrategias y enfoques específicos. Todos los encuentros clínicos deben incluir el componente de apoyo al automanejo. Además, los programas grupales dirigidos por pacientes expertos, profesionales de la salud o líderes comunitarios deben integrarse al sistema de atención.

Los sistemas de atención a la salud parecen ser más eficaces cuando priorizan y se organizan alrededor de una población definida, en lugar de un solo paciente aislado que busca atención. El uso de un enfoque poblacional implica que los sistemas de salud se utilicen para la optimización de la salud de sus comunidades en general en el largo plazo, y que brinden una atención proactiva, participativa y preventiva para lograr este objetivo. El uso de un enfoque poblacional también significa que los equipos de atención primaria asuman plena responsabilidad por la salud de la comunidad atendida, de manera que los servicios de salud deben familiarizarse con los riesgos de salud y los recursos, y actuar consecuentemente con éstos. En el manejo poblacional, el registro de casos y los sistemas de información son de impor-

tancia central. Los trabajadores de la salud pueden usar registros de casos para predecir las necesidades de la atención, mejorar la gestión clínica y brindar una atención clínica proactiva, más que reactiva. Además, la atención crónica debe complementarse con estrategias consistentes de promoción de la salud, como aquellas que promueven la alimentación saludable y la actividad física, así como que la prevención del uso de tabaco y del abuso en el consumo de alcohol.

Desarrollar un grupo extendido de socios y colaboradores de diferentes sectores, incluyendo la comunidad y el sector privado, puede ayudar a fortalecer los esfuerzos de abogacía necesarios para promover el cambio en este nivel del sistema de salud.

Es crítico integrar la atención a las condiciones crónicas en el primer nivel de atención a otros servicios y programas existentes. La atención efectiva y de alta calidad de las condiciones crónicas necesita basarse en la atención primaria y cumplir con sus elementos centrales esenciales. La atención crónica necesita integrarse con otros programas de salud existentes, como la salud de la madre y el niño. Las clínicas de atención primaria deben equiparse apropiadamente para brindar atención crónica. Los equipos multidisciplinarios, así como el equipo médico apropiado y los materiales de prueba deben estar disponibles para los pacientes en todo el continuum del proceso de atención. El acceso físico a los puntos de atención, incluyendo el transporte, debe facilitar la asistencia de los pacientes, así como el flujo de pacientes desde las clínicas de atención primaria hacia los centros especializados.

Las personas con ECNT tienen necesidades de salud diversas que con frecuencia varían durante el transcurso de la enfermedad. La atención a pacientes individuales necesita coordinarse efectivamente. Ningún entorno por sí mismo puede satisfacer todas las necesidades de atención para los pacientes con ECNT. La atención primaria juega un papel fundamental

como centro de coordinación, pero debe complementarse con centros de atención más especializados e intensivos, como los laboratorios de diagnóstico, las clínicas de atención especializada, los hospitales y los centros de rehabilitación. Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación de la atención en salud, mejorar la eficiencia del sistema en general, prevenir la duplicación de infraestructura y servicios, reducir los costos de producción y satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los pacientes.

Es importante introducir cambios dentro del contexto del monitoreo y evaluación. Los resultados deseados deben identificarse y medirse de manera continua. Esto no implica la implementación de estudios rigurosos, sino más bien el establecimiento de métodos organizados para el mejoramiento de la calidad dirigidos al monitoreo y evaluación de los resultados, como parte de la atención clínica general. Los ciclos BTS y PDSA (planear, hacer, estudiar, actuar) descritos anteriormente son también metodologías de probada eficacia para estos tipos de evaluación.

Un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento basado en evidencia son la base para una buena atención clínica. Esto requiere que los trabajadores de la salud reciban el entrenamiento apropiado para las funciones que desempeñan, y que los mismos tengan acceso al equipo, los suministros, los medicamentos y el apoyo de especialistas necesario para implementar una atención basada en evidencia. Las guías de práctica clínica y los protocolos son importantes, pero deben integrarse con los procesos de toma de decisión de los trabajadores de la salud. Brindar retroalimentación y recordatorios a los proveedores de salud ha demostrado que mejora la adherencia del personal a las directrices y los resultados clínicos para una variedad de ECNT.

La necesidad de atención multidisciplinaria en equipo se destaca prác-

ticamente en todos los modelos de atención a enfermedades crónicas. Esto se debe a que los pacientes se benefician de un conjunto diverso de habilidades y perspectivas que no pueden ser poseídas por ningún trabajador de la salud trabajando individualmente de forma aislada. La participación o el liderazgo de enfermeras capacitadas adecuadamente o de otros trabajadores del sector salud especialmente entrenados (ej. los asistentes médicos) en las funciones claves, como la evaluación, consejería, gestión del tratamiento, apoyo al automanejo y el seguimiento ha demostrado en repetidas ocasiones su efectividad para mejorar la adherencia del personal a las guías de práctica clínica y protocolos, la satisfacción del paciente, el estado clínico y de salud, y el uso de los servicios de salud. Sin embargo, se debe definir claramente estas funciones complementarias y asegurar el acceso a supervisión regular para casos complejos. Otro personal clave entre los trabajadores de salud, como los farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos y administradores de caso puede también contribuir con los equipos multidisciplinarios. Además, los trabajadores de la salud no profesionales o los pacientes expertos pueden asumir responsabilidad sobre tareas no clínicas y compartir conocimientos y experiencia con quienes tienen una experiencia común sobre la enfermedad.

Los trabajadores de la salud necesitan ser capacitados para responder a las condiciones básicas de salud y tener competencias específicas definidas por los sistemas de salud basados en la atención primaria con el objetivo de permitir una mejor prevención y control de las enfermedades crónicas. La colaboración entre entidades académicas y otro tipo de instituciones de formación, con las organizaciones que brindan servicios de salud asegurará que el personal reciba la capacitación apropiada y la educación médica continuada para una mejor satisfacción de las necesidades de salud de la población de una manera sostenible.

Recomendaciones

Las conclusiones señaladas se basan en una revisión de la literatura técnica e informes publicados e inéditos sobre la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos. Hay dos categorías evidentes en este documento, ambas igualmente valiosas. La primera son las intervenciones para la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos apoyadas con pruebas sólidas; y la segunda, aquellas que son implementadas en los países de la Región de las Américas, en particular aquellas de los países en vías de desarrollo. Las siguientes diez recomendaciones ofrecen una guía para organizar y prestar atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas.

1. Implementar el Modelo de Cuidados Crónicos en su totalidad.
.....
2. Garantizar un enfoque centrado en el paciente.
.....
3. Crear políticas multisectoriales (o revisar las ya existentes) para el manejo de las ECNT, entre ellas el acceso universal a la atención y el alineamiento de los sistemas de pago en apoyo a las mejores prácticas.
.....
4. Crear sistemas de información clínica (o mejorar los ya existentes) entre ellos el monitoreo, la evaluación y las estrategias de mejora de calidad, como partes integrales del sistema de salud.
.....
5. Introducir el apoyo sistemático al automanejo del paciente.
.....
6. Orientar la atención hacia el cuidado preventivo y poblacional, reforzado por estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria.
.....

7. Cambiar (o mantener) las estructuras del sistema de salud para apoyar mejor el manejo y control de las ECNT.
.....
8. Crear redes de cuidados liderados por la APS que apoyen la atención continua.
.....
9. Reorientar los servicios de salud mediante la creación de una cultura de cuidados crónicos, incluyendo atención proactivas basada en evidencias y estrategias de mejora de calidad.
.....
10. Reorganizar al personal de atención en equipos multidisciplinarios garantizando la capacitación continuada en manejo de ECNT.
.....

No existe una fórmula única para desarrollar un sistema de salud eficiente. Muchas otras recomendaciones pueden ser formuladas basándose en una variedad de experiencias existentes que abordan problemas específicos que afectan los sistemas de salud en la Región de las Américas y a nivel mundial. Otras listas de recomendaciones han sido publicadas previamente (por ejemplo, el informe de la OMS “Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas” (31); los libros del IOM (Instituto de Medicina) “Cruzando el Abismo de la Calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI (159), y “Una Lista del Gerente para una Atención en Salud de Alto Valor” (160), y el artículo de Ham sobre las 10 características de los sistemas de atención de alto rendimiento para pacientes crónicos) (161). Sin embargo, estas acciones son relevantes para muchos sistemas de salud que deseen mejorar la atención integrada a las enfermedades crónicas no transmisibles en la Región de las Américas. En todas las situaciones, los tomadores de decisión deben contextualizar las acciones a las circunstancias única subyacentes. Concentrarse inicialmente en áreas geográficas más pequeñas, más que en países enteros, con frecuencia es un enfoque viable.

Los resultados de los estudios de caso descritos en este informe indican que la atención integrada a las ECNT es factible, y que es posible expandirla incluso en países de ingresos bajos y medios. Con la atención integrada, la carga substancial de las ECNT puede reducirse.

Lista de abreviaturas

5 A	Averiguar, Aconsejar, Acordar, Asistir y Arreglar
A1c	Hemoglobina glicosilada
ACIC	Assessment of Chronic Illness Care (Evaluación de los Cuidados Crónicos)
ACS	American Cancer Society (Sociedad Americana contra el Cáncer)
AGREE	Assessment of Guidelines for Research and Education (Evaluación de Directrices para la Investigación y la Educación)
APS	Atención Primaria de Salud
ATAS	Apoyo Tecnológico para el Automanejo de la Salud
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas
BTS	Breakthrough Series (Serie de Mejoría Rápida)
CAMDI	Iniciativa Centroamericana de Diabetes
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No-Transmisibles
CCBE	Cuidados Crónicos Basados en Evidencia
CCM	Condiciones Crónicas Múltiples
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades)
CDEMS	Chronic Disease Electronic Management System (Sistema Electrónico de Manejo de Enfermedades Crónicas)
CDM	Chronic Disease Management (Manejo de Enfermedades Crónicas)
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program (Programa de Automanejo de Enfermedades Crónicas)
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CPPW	Communities Putting Prevention to Work (Comunidades Promoviendo la Prevención)
DC	Distrito de Columbia
DHHS	Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos)
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions (Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas Marco)
ICIC	Improving Chronic Illness Care (Mejorando la Atención a las Enfermedades Crónicas)
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Instituto para la Mejoría de la Atención de la Salud)

IMC	Índice de masa corporal
INC	Instituto Nacional Cardio Pulmonar
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)
MCC	Modelo de Cuidados Crónicos
MIDAS	Modelo Integrado de Atención a la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No-gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care (Evaluación del Paciente a los Cuidados Crónicos)
PCMH	Patient-Centered Medical Home (Atención Médica Centrada en el Paciente)
PDSA	Plan, Do, Study, Act (Planear, Hacer, Estudiar, Actuar)
PEN	Paquete de intervenciones esenciales ante las enfermedades no transmisibles
PIB	Producto Interno Bruto
PNACCP	Programa Nacional de Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos
PNS	Patient Navegation System (Sistema de Navegación para el Paciente)
PRONCEC	Programa Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas
PSF	Programa de Salud de la Familia
RAFA	Red de Actividad Física de las Américas
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TB	Tuberculosis
UN HIM	United Nations High-level Meeting (Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas)
UNAP	Unidad Nacional de Atención Primaria)
UNEMES	Unidad de Especialidades Médicas
VIDA	Iniciativa Veracruz para el mejoramiento de la atención a la Diabetes
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del papiloma humano
WDF	World Diabetes Foundation (Fundación Mundial de la Diabetes)

Referencias

1. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract.* 1992;42(356):116–19.
2. Organización Mundial de la Salud. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature. Discussion Paper No. 2. Geneva: WHO; 2011. Disponible en www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf. Consultado el 24 de agosto del 2012.
3. Naciones Unidas Asamblea General. Sexagésimo sexto período de sesiones. Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. NewYork:UNGA;2011. Disponible en http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=S. Distr. Limitada. Consultado el 16 de septiembre del 2011. Español, Original: inglés
4. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brasil, 21 October 2011 [Internet]. Geneva: WHO; c2012. Disponible en <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf>. Consultado el 24 de mayo del 2012.
5. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA.* 2012;307(23):2493–4.
6. Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; c2012. Disponible en <http://www.who.int/gho/es/index.html>. Consultado el 12 de mayo del 2012.
7. Pan American Health Organization. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Internet]. Washington: PAHO; c2011-2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5267&Itemid=3805. Consultado el 31 de mayo del 2012.
8. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. Disponible en www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf Consultado el 24 de mayo del 2012.
9. Glassman A, Gaziano TA, Bouillon Buendia CP, Guanais de Aguiar FC. Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs.* 2010;29(12):2142-8.
10. U.S. Department of Health and Human Services. National healthcare disparities report. Rockville, MD: DHHS Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. Disponible en <http://archive.ahrq.gov/qual/nhdr03/nhdr03.htm>. Consultado el 20 de febrero del 2013.
11. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff.* 2011;30(12):2437-48.
12. Becher EC, Chassin MR. Improving the quality of health care: who will lead? *Health Aff.* 2001;20(5):164-79.0
13. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.*, 2012;307(14):1513-6.
14. Burroughs Peña M, Mendes Abdala CV, Legetic B, Silva LC, Orduñez P. Updated prevalence estimates for hypertension in Latin America and the Caribbean. In press.
15. Pan American Health Organization. Final report: Institutional response to diabetes and its complications (IRDC)—an evaluation of the quality of diabetes care. Washington: PAHO; 2004. Disponible en www.paho.org/English/AD/DPC/NC/dia-irdc-final-rpt.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
16. Mudaliar U, Kim WC, Kirk K, Rouse C, Narayan KM, Ali M. Are recommended standards for diabetes care met in Central and South America? A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013 Jan 30. pii: S0168-8227(13)00011-9. doi: 10.1016/j.diabetes.2013.01.010. [Epub ahead of print]. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0168822713000119/1-s2.0-S0168822713000119-main.pdf?_tid=0a987166-7c66-11e2-a8e7-00000aacb35d&acdnat=1361479028_9bf5c0f1ea13f6aa36d68643b8750757. Consultado el 20 de febrero del 2013.
17. Lopez Stewart G, Tambascia M, Rosas Guzmán J, Etchegoyen F, Ortega Carrión J, Artemenko S. Control of type 2 diabetes mellitus among general practitioners in nine countries of Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(1):12–20.

18. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004;291(3):335-42.
19. Díaz-Apodaca B, de Cosío FG, Canela-Soler J, Ruiz-Holguín R, Cerqueira MT. Quality of diabetes care: a cross-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the United States-Mexico Border. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28(3):207-13.
20. Ministerio de Salud (CL). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago: MS; 2011. Disponible en www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
21. Zavatini M, Obreli-Neto P, Cuman R. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico- degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):647-54.
22. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1143-53.
23. Sociedad Americana del Cáncer. *Global Cancer Facts & Figures segunda edición*. Atlanta: Sociedad Americana del Cáncer; 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud. *Una revisión de la atención del cáncer de mama y resultados en América Latina*. Washington D.C. 2013.
25. World Health Organization. *Preventing chronic disease: a vital investment*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/. Consultado el 24 de mayo del 2012.
26. World Health Organization. *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013*. Geneva: WHO; 2008. Disponible en www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf . Consultado el 24 de mayo del 2012.
27. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18977&Itemid=270&lang=es . Consultado el 30 de enero del 2013.
28. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*. 1999;7(3):56-66.
29. Wagner E, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(2):63-80.
30. MacColl Center for Health Care Innovation. *About ICIC and our work [Internet]*. Seattle: MCHCI; c2008–2012. Disponible en www.improvingchroniccare.org/index.php?p=About_ICIC_&_Our_Work&s=6. Consultado el 24 de mayo del 2012.
31. Organización Mundial de la Salud. *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio Ginebra; 2002*. Disponible en <http://publications.paho.org/product.php?productid=837> Consultado el 24 de mayo del 2012.
32. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(4):299-305.
33. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324(7330):135-41.
34. Scottish Government Health Directorates. *Partnership for care: Scotland's Health White Paper [Internet]*. Surrey: National Archives; 2008. Disponible en www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16476/18736. Consultado el 11 de marzo del 2008.
35. National Health Priority Action Council (AU). *National Chronic Disease Strategy*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006. Disponible en [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BC-CA257140007AB32B/\\$File/stratal3.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BC-CA257140007AB32B/$File/stratal3.pdf) Consultado el 20 de febrero del 2013.
36. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325(7370):925.
37. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*., 2002;288(15):1909-14.
38. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care*. 2005;11(8):478-88.
39. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(2):141-6.

40. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Orduñez P, Tasca R, Sued O. Mejorar la atención de enfermedades crónicas a través de las redes integradas de servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; ISBN 978-92-75-31669-6. Washington DC 2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid= . Consultado el 23 de mayo del 2013.
41. Improving Chronic Illness Care. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). Disponible en http://www.improvingchronic-care.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35. Consultado el 31 de enero del 2013.
42. Improving Chronic Illness Care. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36. Consultado el 31 de enero del 2013.
43. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-75.
44. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centeredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):197-206.
45. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
46. Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Hørder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ*. 2001;323(7319):970-5.
47. Delon S, Mackinnon B; Alberta Health CDM Advisory Committee. Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Healthc Q*. 2009;13:98-104.
48. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Escobar Mesa A, Garcia Lopez M, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes*. 2010;4(3):145-53.
49. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Epping-Jordan J, Gordillo A, Meiners M, Perez Flores E. Proyecto Veracruz para el Mejoramiento de la Atención a la Diabetes (VIDA): informe final. ISBN 978 92 75 07403 9. Washington, D.C. OPS, © 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18699&Itemid=&lang=es Consultado el 30 de enero del 2013.
50. Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2:CD003417.
51. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 3:CD005182.
52. Bennett MI, Bagnall AM, Closs J. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? *Systematic review and meta-analysis*. *PAIN* 2009;143: 192.
53. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple health risk behavior interventions in primary care: summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(2 Suppl):61-79
54. Norris SL, Engelgau M, Narayan K. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87
55. ASMP/CDSMP Meta-Analysis Project Team. Sorting Through the Evidence for the Arthritis Self-Management Program and the Chronic Disease Self-Management Program. Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Disponible en <http://www.cdc.gov/arthritis/docs/asmp-executive-summary.pdf>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
56. National Primary Care Research & Development Center. Expert Patient Programme (EPP) National Evaluation. Disponible en <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/archive/ProjectDetail.cfm/ID/117.htm>. Consultado el 17 de enero del 2013.
57. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self-care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:254–261.
58. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 3:CD001117.
59. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006;6:43
60. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, van Eijk JThM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;4:CD001481

61. Adams KG, Greiner AC, Corrigan JM, eds. Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit: a focus on communities; Jan 6-7, 2004. Washington, DC: National Academies Press; 2004. Disponible en http://locator-plus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&v1=1&ti=1,1&Search_Arg=101235455&Search_Code=0359&CNT=20&SID=1. Consultado el 1 de febrero del 2013.
62. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7.
63. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA* 2006;296(4):427-40.
64. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-84.
65. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(11):563-74.
66. Heisler M. Building peer support programs to manage chronic disease: seven models for success. Oakland, CA: California Healthcare Foundation; 2006. Disponible en www.chcf.org/publications/2006/12/building-peer-support-programs-to-manage-chronic-disease-seven-models-for-success. Consultado el 4 de febrero del 2013.
67. Stanford University School of Medicine. Chronic Disease Self-Management Program [Internet]. Palo Alto, CA: Stanford University; c2012. Disponible en <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>. Consultado el 24 de mayo del 2012.
68. National Primary Care Research & Development Center. Expert Patient Programme (EPP) National Evaluation. Disponible en <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/archive/ProjectDetail.cfm/ID/117.htm>. Consultado el 17 de enero del 2013.
69. Organización Panamericana de la Salud. Pasaporte de Cuidados Crónicos. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7067%3Ael-pasaporte-de-cuidados-cronicos&catid=1339%3Ahsd0203a-cncd-integrated-management-home&Itemid=4233&lang=es. Consultado el 23 de agosto del 2012.
70. Organización Panamericana de la Salud— CARIDIAB: Orientación de y apoyo para iniciativas nacionales para mejorar la calidad de atención de diabetes en partes del mundo menos servidas: proyecto piloto del concepto en el Caribe inglés. Parte de la Colaborativa Caribeña de Cuidados Crónicos (Caribbean Chronic Care Collaborative / CCCC) Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1399%3Acaridiab%3A-caribbean-diabetes-project&catid=1415%3Ahsd0203b-cncd-integrated-management-content&Itemid=1&lang=es. Consultado el 31 de enero del 2013.
71. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un centro de atención primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2010;138:729-737.
72. Secretaria de Salud de México. Socios por la Prevención. UNEMES. Enfermedades Crónicas. Ciudad de México, 2008.
73. Jamtvedt G. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* 2006;15:433–436.
74. Watts SA et al. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009; 21: 167–172 .
75. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;1:CD000313.
76. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 4: CD005471.
77. Buckley BS, Byrne MC, Smith SM. Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 3:CD006772.
78. Elissen AMJ. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;ISSN:1365-2753.
79. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? *Bull World Health Organ.* 2007;85(6):432-40.
80. Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care.* 1999;22(12):2011-7.

81. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569-72.
82. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. *Ann Intern Med*. 1998;129(8):605-12.
83. Craig C, Eby D, Whittington J. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
84. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4):15–38.
85. Department of Health (UK). Supporting people with long term conditions: commissioning personalized care planning—a guide for commissioners. London: DoH; 2009. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks__chris_hamm.pdf. Consultado el 24 de mayo del 2012.
86. Scottish Government Health Directorates. Improving health and wellbeing of people with long term conditions in Scotland: a national action plan. Edinburgh: NHS; 2009. Disponible en www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2009_23.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
87. U.S. Department of Health and Human Services. HHS initiative on multiple chronic conditions [Internet]. Washington: DHHS; c2012. Disponible en www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc. Consultado el 23 de agosto del 2012.
88. Bright TJ. Effect of Clinical Decision-Support Systems. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2012;157:29-43.
89. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;1: CD000349.
90. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, Roberts NW, Straus SE. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 9:CD009401.
91. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3: CD004910.
92. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 5: CD006732.
93. Souza NM, Sebaldt RJ, Mackay JA, Prorok JC, Weise-Kelly L, Navarro T et al. Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: A decision-maker researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. *Implementation Science* 2011;6:87.
94. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 10: CD001431.
95. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. ISBN 978 92 4 154844 1. Geneva, 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Consultado el 13 de marzo del 2013.
96. Improving Chronic Illness Care (ICIC): improving your practice manual, 2005. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/downloads/improving_your_practice_manual_icic.doc. Consultado el 20 de febrero del 2013.
97. Caja Costarricense del Seguro Social, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular 2011. San José: CCSS; 2011.
98. Agurto I, Sandoval J, De La Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(2):81-6.
99. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Redes e Atenção Primária a Saúde (BR). Laboratório de inovação [Internet]. Brasília: MS-SUS; c2012. Disponible en <http://apsredes.org/>. Consultado el 11 de febrero del 2013.
100. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and Benefits of Health Information Technology. Evidence Report/Technology Assessment No. 132. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0003.) AHRQ Publication No. 06-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2006.
101. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 6:CD000259.
102. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 3: CD001096.

103. Metzger J. Using computerized registries in chronic disease care. Oakland, CA: California Healthcare Foundation; 2004. Disponible en www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=21718. Consultado el 24 de mayo del 2012.
104. Chronic Disease Electronic Management System. The CDEMS User Network [Internet]. CDEMS; c2012. Disponible en <http://publichealth.hsc.wvu.edu/ohsr/Downloads> . Consultado el 24 de mayo del 2012.
105. Insua JT. Integration of information technology (IT) for chronic diseases management in Latin America: 5 year experience, Hospital Universitario Austral (HUA), Argentina. AMIA Annu Symp Proc 2006;963.
106. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-12. D.L.:VI 878-2012. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf. Consultado el 18 de enero del 2013.
107. De Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CC, Schellevis FG, Nijpels G, Baan CA. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy* 2012;107(2-3):108-45.
108. Moullec G et al. Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: Impact of using components of the chronic care model. *Respiratory Medicine*, 2012;106: 1211-1225.
109. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: CD006560.
110. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 2006;145:265-72.
111. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9: CD008451.
112. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, Owens DK, Goldstein MK. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Medical Care* 2006, 44(7):646-57.
113. Institute of Medicine. Patient-Centered Primary Care Collaborative [Internet]. Washington: IOM; c2012. Disponible en www.pccpc.net/. Consultado el 12 de mayo del 2012.
114. Organización Panamericana de la Salud. Linha de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPS; 2010. Disponible en http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf. Consultado el 30 de enero del 2013.
115. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: CD000994.
116. Weinrich SP, Boyd MD, Weinrich M, Greene F, Reynolds WA, Metlin C. Increasing prostate cancer screening in African American men with peer educator and client-navigator interventions. *J Cancer Educ.* 1998;13(1):213-219
117. Jandorf L, Gutierrez Y, Lopez J, Christie J, Itzkowitz SH. Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *J Urban Health* 2005;82(2):216-224.
118. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH, Rosenzweig M. Patient navigation in breast cancer: a systematic review. *Cancer Nurs* 2010; 33(2):127-40.
119. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 1: CD004015.
120. Lewis R, Hunt P, Carson D. Social enterprise and community based care. London: The King's Fund; 2006. Disponible en www.kingsfund.org.uk/publications/social.html. Consultado el 24 de mayo del 2012.
121. Kendall J, Knapp M. The third sector and welfare state modernization: inputs, activities and comparative performance. Civil Society Working Paper No. 14. London: London School of Economics and Political Science; 2000. Disponible en http://eprints.lse.ac.uk/29055/1/CSWP_14.pdf. Consultado el 24 de mayo del 2012.
122. Freeman HP. Patient navigation: a community-based strategy to reduce cancer disparities. *J Urban Health.* 2006; 83(2):139-41.
123. Centers for Disease Control and Prevention (US). MAPPS interventions for Communities Putting Prevention to Work. Atlanta: CDC; 2010. Disponible en http://www.cdc.gov/chronicdisease/recovery/PDF/MAPPS_Intervention_Table.pdf . Consultado el 22 de agosto del 2012.
124. Organización Panamericana de la Salud. Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. Washington: OPS; 2011. ISBN 978-92-75-31636-8. Disponible en http://new.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15558&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.

125. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13823&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.
126. Ordúñez-García P, Campillo Artero C, editors. Consulta Regional: Prioridades para Salud Cardiovascular en las Américas. Mensajes Claves para los Decisores. Washington: Pan American Health Organization; 2011. Disponible en <http://www1.paho.org/prioridades/index.html> . Consultado el 23 de agosto del 2012.
127. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1) [2008] Disponible en http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf Consultado el 4 de febrero del 2013.
128. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Disponible en <http://bit.ly/12UrbMk> Consultado el 4 de febrero del 2013.
129. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 : La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>. Consultado el 23 de agosto del 2012.
130. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):3-4.
131. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N, Flinkenflögel M. Funding for primary health care in developing countries. *BMJ* 2008;336(7643):518-9.
132. Signh D. Making the shift: key success factors. A rapid review of best practice in shifting hospital care into the community. Health Services Management Centre. University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement. UK 2006. Disponible en <http://www.bhamlive2.bham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2006/Making-the-Shift-Key-Success-Factors.pdf> . Consultado el 4 de febrero del 2013.
133. Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. Pour une politique de la santé. Brussels: Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle; 1971.
134. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. Integration of vertical programmes in multi-function health services. Antwerp: ITG Press; 1997. (Studies in Health Services Organization and Policy No. 3). Disponible en <http://www.modirisk.be/modirisk/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop03.pdf>. Consultado el 4 de febrero del 2013.
135. Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health. Non-communicable chronic diseases in Latin America and the Caribbean. Baltimore: JHU-BSPH; 2009. Disponible en www.healthycaribbean.org/publications/documents/NCD-in-LAC-USAID.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
136. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de Plan Estratégico 2008-2012. Washington: OPS,2007. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf> Consultado el 24 de agosto del 2012.
137. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: perspectivas regionales y perfiles de los países. 2012 ed. Washington: OPS; 2012. Disponible en http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es. Consultado el 4 de febrero del 2013.
138. Organización Mundial de la Salud. El informe mundial de la salud: la financiación de sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf Consultado el 31 de enero del 2013.
139. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 2007;26(4):972-83.
140. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge, 2002.
141. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades no transmisibles en las Américas: la construcción de un futuro más saludable. Washington: OPS ; 2011. Disponible en http://new.paho.org/col/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1261. Consultado el 24 de mayo del 2012.
142. Palabras de bienvenida de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana/Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud en la 64ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Septiembre 2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19019&Itemid=270&lang=es. Consultado el 31 de enero del 2013.
143. Thrall JH. Prevalence and costs of chronic disease in a health care system structured for treatment of acute illness. *Radiology* 2005;235(1):9-12.

144. Berenson RA, Horvath J. Confronting the barriers to chronic care management in Medicare. *Health Aff (Millwood)* 2003; Suppl Web Exclusives:W3-37-53.
145. Ministerio de Salud, Departamento de Enfermedades Crónicas no transmisibles [Portal de la Página de Internet]. Santiago: MS; c2011-2012. Disponible en <http://redcronicas.minsal.gob.cl/>. Consultado el 22 de mayo del 2012.
146. Pan American Health Organization. Compilation of legislation for the English-speaking Caribbean countries and territories on prevention and control of obesity, diabetes and cardiovascular diseases. Washington: OPS; 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14133&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.
147. Organización Panamericana de la Salud. Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina : obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Washington: OPS; 2009. Disponible en http://new.OPS.org/hq/dmdocuments/2010/normas_prevencion_ecnt.pdf. Consultado el 22 de agosto del 2012.
148. Centers for Disease Prevention and Control, Community Preventive Service Taskforce (US). Guide to Community Preventive Services [Internet]. Washington: CDC; c2012. Disponible en www.thecommunityguide.org/index.html. Consultado el 22 de agosto del 2012.
149. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los Profesionales de la atención de salud para el siglo 21: el reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS, 2005 Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf Consultado el 23 de agosto del 2012.
150. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*. 2005; 330(7492):637-9.
151. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noël PH, Parchman M. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. *BMC Health Serv Res*; 2011:11-44.
152. Bowers KW, Robertson M, Parchman ML. How Inclusive Leadership Can Help your Practice Adapt to Change. *Fam Pract Manag*. 2012;19(1):8-11.
153. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge, MA: IHI; 2003. Disponible en http://www.ihl.org/knowledge/_layouts/download.aspx?SourceURL=%2fknowledge%2fKnowledge+Center+Assets%2f364ac260-175b-498d-ae21-8670db1fbc92%2fIHIBreakthroughSerieswhitepaper2003.pdf. Consultado el 4 de febrero del 2013.
154. Kaplan A. Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington: National Coalition on Health Care; 2002. Disponible en www.improvingchroniccare.org/downloads/act_report_may_2002_curing_the_system_copy1.pdf Consultado el 31 de mayo del 2012.
155. Vilaça E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária a Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família [Care for Chronic Conditions in Primary Health Care: The Imperative of the Consolidation of the Strategy of Family Health]. Pan American Health Organization, ISBN 978-85-7967-078-7. Brasilia, 2012. Disponible en http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Consultado el 20 de febrero del 2013.
156. Pan American Health Organization. Evidence Based Chronic Illness Care. Available at http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/EVIDENCE%20BASED%20CIC-2011-FINAL_INTERNET.pdf . Accessed on 1 February 2013.
157. Organización Panamericana de la Salud. Curso Latinoamericano en Línea. Apoyo al Auto-manejo en Diabetes. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=20>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
158. Organización Panamericana de la Salud. Programa Educativo para personas con Diabetes Tipo 2. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=116>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
159. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001. Disponible en www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
160. Cosgrove D, Fisher M, Gabow P, Gottlieb G, Halvorson G, James B, et al. A CEO checklist for high-value health care. Washington: Institute of Medicine of the National Academies; 2012. Disponible en www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/CEOHIGHValueChecklist.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
161. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(Pt 1):71-90.

Anexo 1: colaboradores

Las siguientes personas colaboraron y aportaron los ejemplos mencionados en el presente documento:

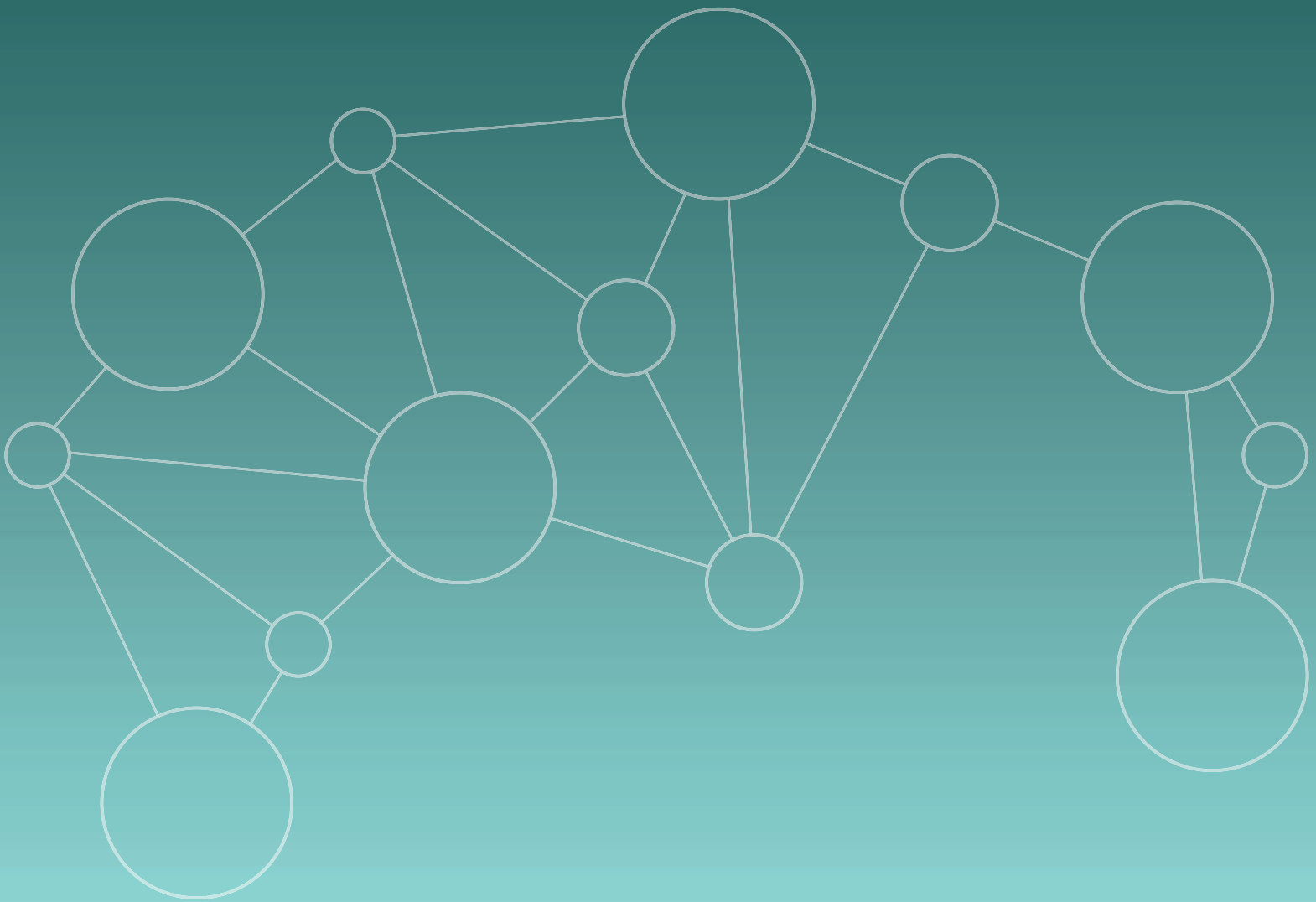
1. *Sandra Delon, Canada*
2. *Ilta Lange, Chile*
3. *Romeo Montoya, OPS, Honduras*
4. *Tomiris Estepan, República Dominicana*
5. *Anand Parekh, Estados Unidos*
6. *Laura Solá, Uruguay*
7. *Ailton Cezario Alves Jr., Brasil*
8. *Michael Parchman, Estados Unidos de América*
9. *Fernando Poblete, Chile*
10. *Sebastian Laspiur, Argentina*
11. *Roy Wong, Costa Rica*
12. *Irene Agurto, Chile*
13. *Eliane Regina da Veiga Chomatas, Brasil*
14. *JT Insua, Argentina*
15. *Rafael Bengoa, España*
16. *Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, Brasil*
17. *Norma Tuckler, Costa Rica*
18. *Laura Ramirez, Costa Rica*
19. *Aparecida Linhares Pimenta, Brasil*
20. *Ruben Palma, Honduras*
21. *Felicia Cañete, Paraguay*
22. *Dora Caballero, OPS, Bolivia*
23. *Enrique Perez Flores, OPS, EL Paso, Texas, Estados Unidos de América*

Participantes del Grupo de Trabajo denominado Organización y Prestación de Atención de Alta Calidad para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en las Américas los días 13 y 14 de diciembre del 2012 en Washington DC

1. *Michael Parchman, Seattle, USA*
2. *JoAnne Epping Jordan, Seattle, USA*
3. *Sandra Delon, Calgary, Canada*
4. *Maria Cristina Escobar, Chile*
5. *Tamu Davidson Sadler, Jamaica*
6. *Sebastian Laspiur, Argentina*
7. *Anan Parekh, USA*
8. *Rafael Bengoa, España*
9. *Lizabeth Rodriguez, Mexico*
10. *Anselm Hennis, Barbados*
11. *Micheline Meiners, Brasil*
12. *Frederico Guanais, Inter-American Development Bank (IDB), USA*

Secretaría OPS

1. *Jon Andrus, Sub-director de la OPS*
2. *Marcos Espinal, Gerente de Área, Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades*
3. *Alberto Barceló (Coordinador del grupode trabajo)*
4. *James Hospedales*
5. *Silvana Luciani*
6. *Pedro Orduñez*
7. *Elisa Prieto*
8. *Renato Tasca*
9. *Tomo Kanda*
10. *Enrique Vega*



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

