

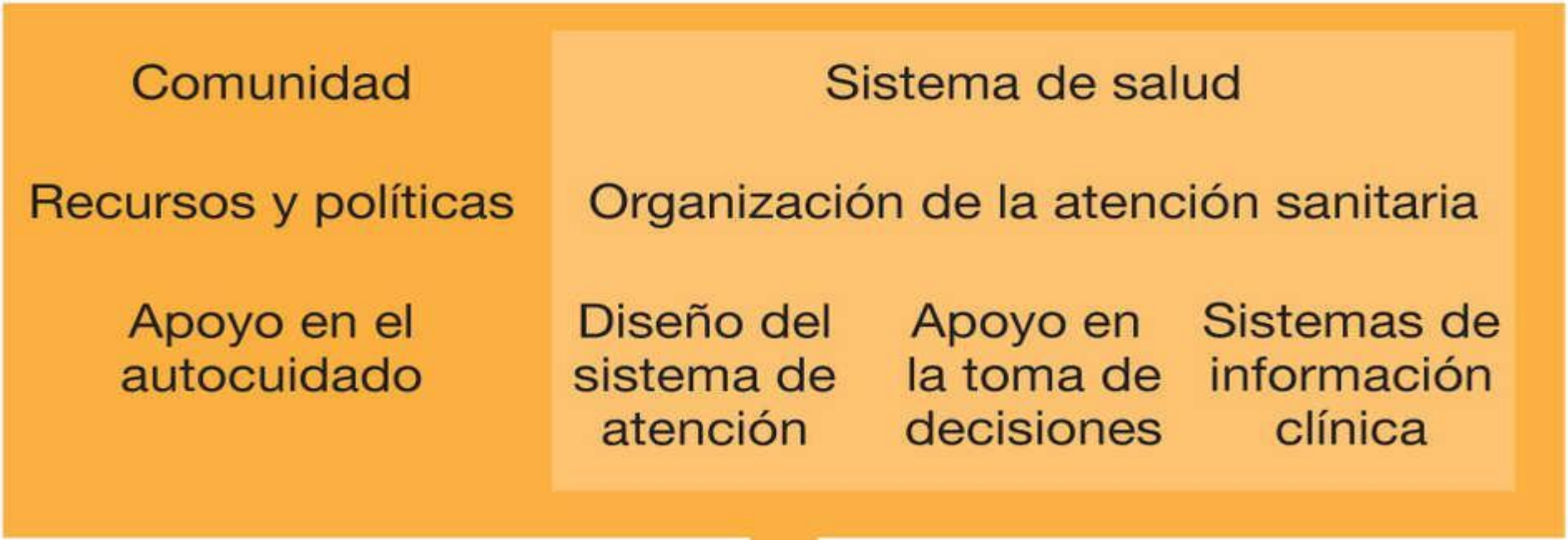
Modelos de cuidados crónicos. Automanejo, apoyo a la toma de decisiones, redes comunitarias. Información, comunicación y educación en salud.

Dra. Helen María Barreto Quintana

# MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS



- ✓ Creado por Wagner y colaboradores en el Instituto MacColl de Seattle en Estados Unidos
- ✓ Publicado a finales de los 90 y principio de los 00s
- ✓ Aplicado a nivel internacional
- ✓ Ha tenido numerosas versiones modificadas
- ✓ Demostrada su efectividad para mejora de calidad
- ✓ Recomendada la implementación del modelo completo
- ✓ El resultado de la implementación de todo el modelo es mayor que la suma de los componentes



Resultados mejorados

## Claves de “Chronic Care Model” según Edward Wagner

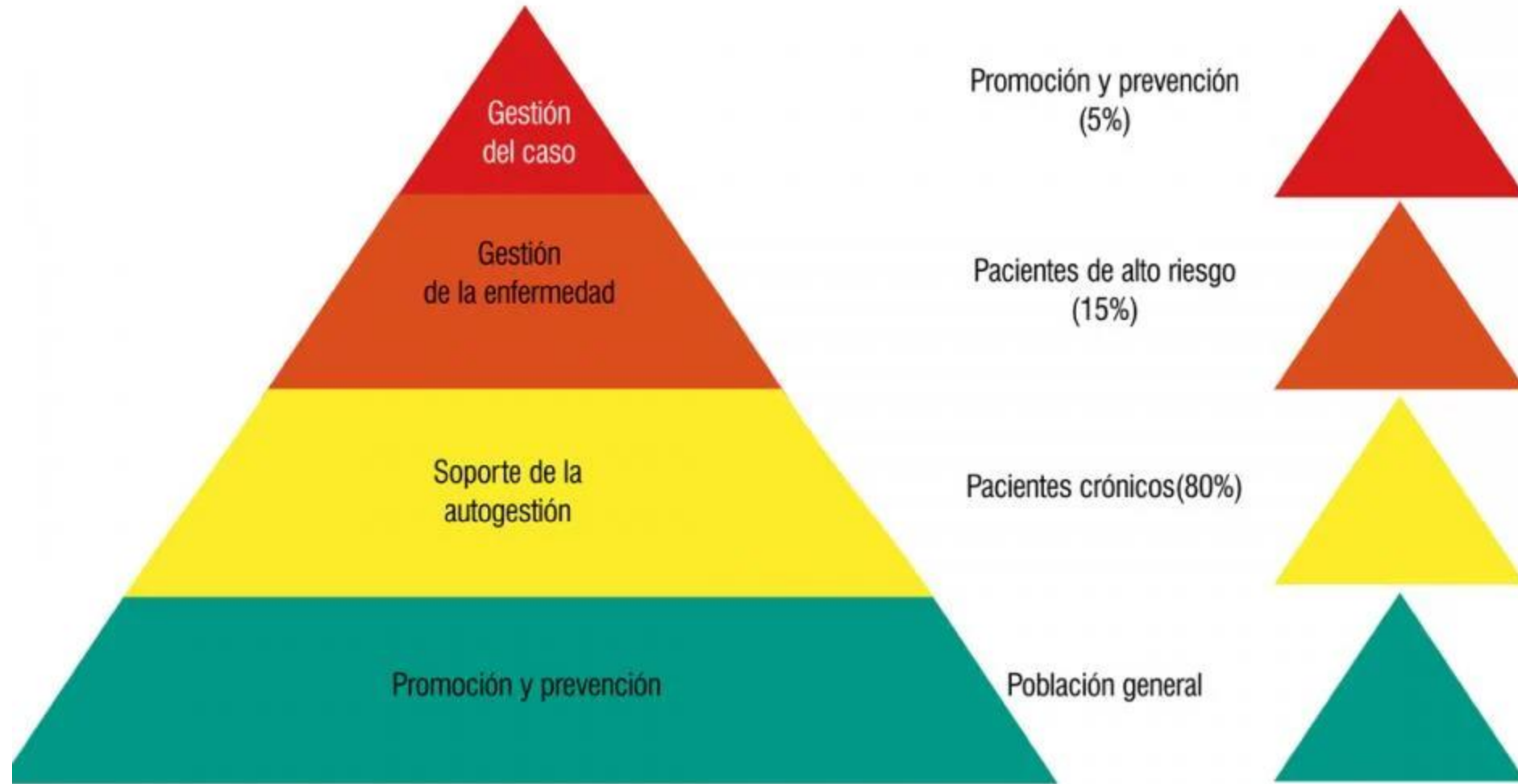
1. Elaborar PTI de acuerdo con los valores y la manera de ver las cosas de cada paciente
2. Construir un equipo de profesionales a medida para cada paciente
3. El líder del equipo debería tener una visión generalista del PTI (aspectos médicos, sociales, logísticos, etc)
4. Quizás el médico de familia no es el mejor perfil para ser líder del equipo
5. El equipo debe tener capacidad para coordinar especialistas y servicios necesarios
6. Hay que introducir el conocimiento geriátrico en la rutina de trabajo de equipo



## **Estratificación de riesgos y gestión de casos**

La estratificación de riesgos significa la clasificación de los individuos en categorías, de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud.

## MODELO POBLACIONAL DE KAISER PERMANENTE



En la **base de la pirámide**, Kaiser ubica a los miembros sanos de la población para los que la prevención y el diagnóstico temprano de la enfermedad son las prioridades.

En el **segundo nivel**, donde los pacientes tienen algún tipo de enfermedad crónica, el interés se orienta al autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios.

En el **tercer nivel**, a los **pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total)** se les asignan planes de cuidado guiados por proyectos de gestión de caso diseñados para reducir el uso inadecuado de servicios especialistas y evitar ingresos hospitalarios.

# Intervenciones eficaces en la gestión de pacientes crónicos

- Modelos y programas integrados de gestión de enfermedades crónicas.
- Programas de gestión de enfermedades para afecciones específicas: diabetes, insuficiencia cardíaca, etc.
- Iniciativas de integración y coordinación de servicios
- Refuerzo de la atención primaria
- Apoyo y promoción del autocuidado
- Evaluación geriátrica
- Identificación de grupos con mayor riesgo de hospitalización
- Programas de alta hospitalaria temprana para enfermedades específicas
- Desarrollo del papel del personal de enfermería
- Supervisión a distancia
- Intervenciones multidisciplinarias



## Componentes de los programas de gestión de enfermedades

### I. Identificación de objetivos

- Priorización de las enfermedades crónicas
- Regulación de garantías explícitas de cobertura y calidad
- Definición de indicadores claves de desempeño

### II. Gestión de rutas de prevención y atención

- Planeación local y regional
- Diseño e implementación de herramientas de gestión
- Gestión de rutas

### III. Gestión de riesgos

- Elaboración de cohortes de seguimiento según riesgos
- Definición de estrategias de administración de riesgos
- Análisis de la gestión de riesgos

### IV. Estímulos por resultado

- Fondos nacional o institucional de los estímulos
- Medición del alcance de indicadores clave de desempeño
- Pago de estímulos

# Manual

para el cuidado de personas  
con enfermedades crónicas  
no transmisibles

Manejo integral en el primer nivel de atención

Principios básicos  
para la **prescripción de actividad física**  
en pacientes con  
**Enfermedades crónicas  
no transmisibles.**

Educación  
A DISTANCIA  
INCAP VIRTUAL

CIPEC  
Centro de Investigación del ICBF para el  
Manejo de las Enfermedades Crónicas

INCAP

# "COLOMBIA ES UNA BOMBA DE TIEMPO

*en enfermedades no transmisibles y carga de enfermedad"*

2 de cada 10  
colombianos  
**SON OBESOS**



**3 de 10**  
*colombianos* **NO TIENEN EL  
PESO IDEAL**

**16%**  
*de niños* entre 13 y 18 años  
hacen el mínimo de  
actividad física.

**46%**  
*de adultos* entre 18 y 64 años  
hacen el mínimo de  
actividad física.

El 12% de la  
población  
**FUMA**

**SOLO** 2 de cada 10  
colombianos  
CONSUMEN LA MEDIDA IDEAL  
DE FRUTAS Y VERDURAS



*ABUNDA LA DIETA ALTA  
EN CARBOHIDRATOS QUE  
NO CONTIENE FRUTAS  
NI VERDURAS*



Los procesos de automanejo se entienden desde la perspectiva de las personas que llevan adelante su vida con alguna enfermedad crónica.

Estos aspectos incluyen centrarse en las necesidades determinadas por la enfermedad, hacer uso activo de los recursos y acostumbrarse a vivir con una enfermedad crónica



*Además de superar los problemas físicos y emocionales, la persona con una condición crónica tiene que realizar cambios en su vida diaria:*

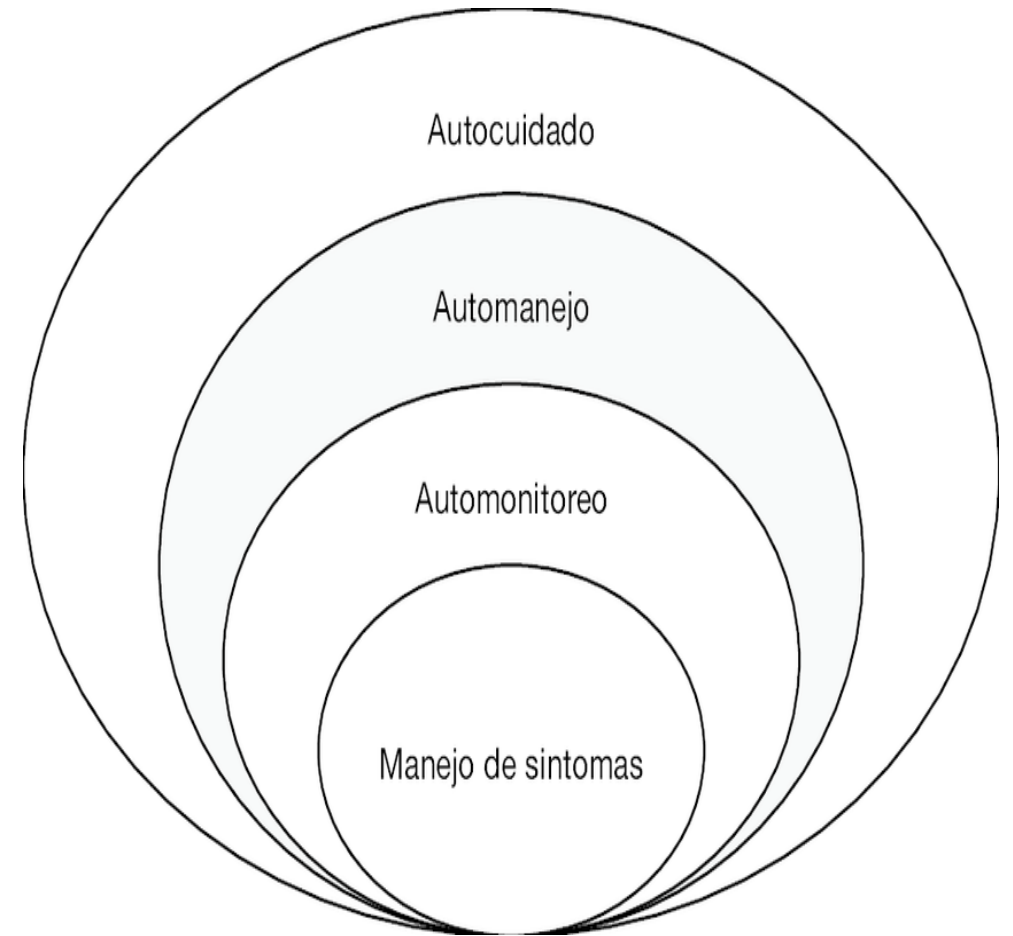
- Deberá tomar medicamentos
- Adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio
- Desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad
- Manejar síntomas
- Tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud

## Dimensiones del automanejo





Autocuidado es aplicable a cualquier afección e incluye todas las medidas para cuidarse, protegerse y prevenir todo tipo de trastorno que afecte la salud, sin la necesaria asistencia de un facultativo o personal sanitario, en tanto automanejo se aviene más a los casos de enfermedades crónicas y sí requiere asesoramiento médico.

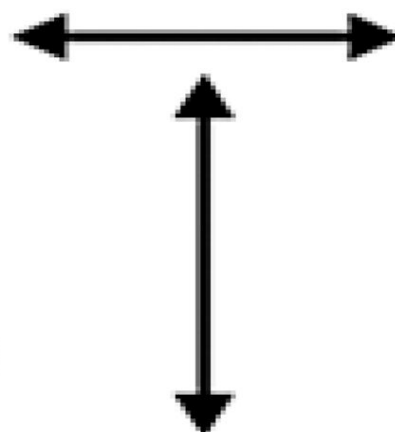


El automanejo es la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de ENTs.



### **Necesidades Decisionales**

- Conflicto decisional.
- Conocimiento y Expectativas.
- Valores.
- Apoyo y Recursos.
- Decisión: tipo, evolución, etapa, inclinación.
- Características personales y clínicas.



### **Calidad de la Decisión**

- Informada.
- Basada en valores.

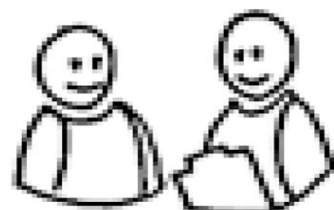


### **Acciones**

- Retrasar, continuar.

### **Impacto**

- Resultados de salud basados en valores.
- Lamentos y culpa.
- Uso apropiado y costos de servicios.



### **Apoyo Desicional**


- Clarificar decisiones y necesidades
- Proporcionar datos, probabilidades
- Clarificar valores
- Orientar en la deliberación y comunicación
- Monitorear / facilitar el progreso



**Consejería - Herramientas decisionales - Entrenamiento**

# INTERVENCION BREVE.

## ESTRATEGIA DE LAS 5 "A"

- **A**veriguar y registrar.
  - **A**consejar.
  - **A**preciar disposición al cambio.
  - **A**yudar a dejar de fumar.
  - **A**cordar seguimiento.
- 
- 

## PRINCIPIOS DEL AUTOMANEJO

1. Tener y adquirir conocimientos sobre su condición;
2. Seguir un plan de cuidado consensuado con el equipo de salud;
3. Participar activamente en la toma de decisiones con los profesionales de salud;
4. Monitorear y manejar signos y síntomas relativos a su condición crónica;
5. Manejar el impacto sobre la salud física, emocional y social;
6. Adoptar un estilo de vida que promueva la salud;
7. Tener confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud

La persona que automaneja su enfermedad crónica en forma efectiva:

- Se compromete con la filosofía del automanejo
- Conoce su enfermedad y sabe cómo gestionarla o manejarla
- Adopta un plan de cuidados acordado y negociado conjuntamente con su equipo de salud
- Participa activamente en la toma de decisiones junto con los profesionales de la salud
- Controla y gestiona los signos y síntomas de su enfermedad
- Maneja o controla el impacto de la enfermedad en su funcionamiento físico, emocional, ocupacional y social
- Adopta estilos de vida que consideran la prevención de factores de riesgo y la promoción de la salud
- Tiene confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud
- Accede y utiliza adecuadamente los servicios de apoyo





## INFORMACION

- Campañas televisivas atractivas con información global y por regiones acerca de accidentes y sus causas
- volantes con información acerca de comportamientos poco saludables en las vías en eps, empresas, cajas de compensación, entre otros.

## CAPACITACION

- Inducción de los nuevos conductores que adquieren pase
- Reinducciones periódicas para los conductores antiguos
- Capacitación desde ARL en empresas de transporte o con conductores
- Capacitación en instituciones educativas de nivel técnico y universitario

## COMUNICACION

- Promoción de hábitos saludables en relación con comportamiento en las vías en paradas de bus, flotas de transporte y otros.
- Campañas de comunicación de hábitos saludables en las vías desde el ministerio de las TIC a través de distintas redes sociales.

**Educación para  
la salud  
(Concepto  
OMS, 1998)**

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

## Objetivo de la educación para la salud, como indicador de calidad del servicio de salud



1. Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
2. Ofrecer a la población, sana o enferma, conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver sus problemas de salud y/o generar comportamientos saludables.
3. Mejorar la atención sanitaria, integrando en su práctica habilidades para: el trabajo con grupos, la “enseñanza” en salud, la comunidad comprensiva entre los profesionales y la población, y el trabajo en y con la comunidad.



## Población objetivo de la EpS

1. **Los individuos, grupos, sujetos de la acción.** Incluidos los grupos de soporte familiar.
2. **Redes sociales de la comunidad** que puedan ser soporte potencial de la acción: grupos informales, asociaciones, colectivos, personas influyentes.
3. **El equipo de salud** que también tiene que pasar por un proceso de aprendizaje.
4. **Responsables asistenciales y administrativos de las políticas de salud del MINSA, DISA, Red de Salud, Micro Red de Salud y Establecimientos de salud** de manera que favorezcan y financien los cambios favorables a la salud.





## Participación comunitaria y educación para la salud (OMS, 1983)

1. **Consejos de Salud locales** o distritales o provinciales o regionales.
2. **Asociaciones de la sociedad civil.**
3. **Relaciones con otros sectores** (municipios, educación, universidades, entre otros).
4. **Realizar encuestas de satisfacción** de los consumidores.
5. **Sistemas de reclamaciones y sugerencias** que permite conocer cuales son algunos problemas que afectan al Sistema Sanitario y dónde están localizados.
6. **Las relaciones públicas**, entendidas como un conjunto de técnicas de comunicación que nos pueden ayudar a desarrollar líneas de actuación informativas.

- **El propósito de la educación es llevar a un despertar o toma de conciencia de lo que somos, pensamos, sentimos y hacemos**  
**APRENDIZAJE**
- **La educación se da a través del encuentro, en este encuentro hay interacción y comunicación.**
- **La educación para la salud es el pilar fundamental para el desarrollo de los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

## ¿Cómo contribuir al empoderamiento del paciente?

- Incluirlo en el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Evitar la manipulación para alcanzar la propia meta profesional.
- Estimularlo a intercambiar ideas para buscar diversas opciones.
- Estimularlo para elegir y perseguir los objetivos que actualmente les parecen los más importantes y/o los más factibles de adoptar.
- Preguntarle cómo el equipo de salud puede apoyarlo para alcanzar las metas auto-definidas

## Conclusiones

La respuesta a las necesidades de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas representa uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios del siglo XXI.

El avance en esta área precisa que los marcos conceptuales actuales se transformen, para que sean los individuos, su entorno y sus necesidades sanitarias emergente el centro del sistema sanitario, en vez de la enfermedad o las necesidades de los directivos, clínicos y políticos.



Lo que es  
bueno para la  
enfermedad  
puede no ser  
bueno para el  
paciente.

