

# Cuidados Crónicos

Mejora de los  
**Cuidados  
Crónicos**  
a través de las  
Redes Integradas de  
Servicios de Salud



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



110° ANIVERSARIO



# Cuidados Crónicos

## Mejora de los **Cuidados Crónicos** a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Alberto Barceló  
Silvana Luciani  
Irene Agurto,  
Pedro Ordúñez  
Renato Tasca  
Omar Sued



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



110° ANIVERSARIO



**Chronic Illness Care**

Edición en inglés (2012):  
Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks.  
ISBN: 978-92-75-11669-2

Edición en portugués (2012):  
Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde  
ISBN 978-92-75-71669-4

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud  
Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud  
Washington, D.C.: OPS, ©2012

ISBN 978-92-75-31669-6

#### I. Título

1. Prestación de atención de Salud
2. Enfermedad crónica, prevención y control
3. Atención Primaria de Salud
4. Modelos Organizacionales

NLM WT 500

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 Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. El Área de Vigilancia y Prevención y Control de Enfermedades/ Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas ([cronic@paho.org](mailto:cronic@paho.org)) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. 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.

Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Preparado por: Alberto Barceló, Silvana Luciani, Irene Agurto, Pedro Orduñez, Renato Tasca y Omar Sued  
Revisión Técnica: Hernán Montenegro, Reynaldo Holder, Diego Eliseo Velázquez, Elisandrea Kemper

# Contenido

Resumen ejecutivo .....	1
Introducción .....	3
<b>I. El Modelo de Cuidados Crónicos y las Redes Integradas de Servicios de Salud .....</b>	<b>5</b>
1. El Modelo de Cuidados Crónicos .....	7
2. Las redes integradas de servicios de salud .....	9
<b>II. Integración del Enfoque de RISS y del Modelo de Cuidados Crónicos .....</b>	<b>13</b>
Modelo Asistencial .....	14
1. Abordaje poblacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas .....	14
2. Un primer nivel de atención .....	17
3. Servicios especializados, coordinación e integración .....	20
4. Atención centrada en el paciente .....	22
Gobernanza y estrategia .....	23
1. Sistema de gobernanza único para toda la red .....	23
2. Participación social amplia .....	25
3. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud .....	26
Organización y gestión .....	27
1. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico .....	27
2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red .....	28
3. Sistema de información .....	28
Recuadro 1: Sistema de Información de Enfermedades Crónicas en Calgary, Canadá .....	29
4. Gestión basada en resultados y mejora continua de calidad .....	30
Recuadro 2: El proyecto VIDA en México .....	31
Recuadro 3: Mejoramiento de la prevención y el control del cáncer cervicouterino en El Salvador .....	32
Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red .....	33
<b>Conclusiones .....</b>	<b>35</b>
<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>37</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>39</b>



# Resumen ejecutivo

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son un grupo de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrados a una población definida. Las RISS son responsables por sus resultados clínicos y económicos así como de la salud en general de la población atendida. El objetivo de la iniciativa de OPS/OMS de las RISS es contribuir al desarrollo del sistema de salud basados en la Atención Primaria en Salud, así como la prestación de servicios equitativos, eficientes, de la mayor calidad técnica y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos.

El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) constituye un esquema básico pero comprehensivo para organizar la atención a las enfermedades crónicas cumpliendo con las características de estar basada en datos probatorios, con base poblacional y centrada en los pacientes. El uso del MCC en estrategias de organización y mejoría de cuidados crónicos ha resultado exitoso tanto en países desarrollados con en países en desarrollo.

El objetivo de la Línea de Acción Manejo de Enfermedades, de la Estrategia Regional y Plan de Acción de Enfermedades Crónicas de la OPS es incrementar la capacidad de los sistemas de salud y las competencias del personal para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo usando el MCC para organizar y mejorar los servicios. La Estrategia Regional promueve la atención integrada a las enfermedades no transmisibles con orientación preventiva, basadas en la equidad, con participación del individuo, su familia y la comunidad, con enfoque multisectorial que fomente la formación de recursos capacitados en la atención crónica y los programas de mejoría de calidad.

La OPS apoya el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) y apoya el manejo integrado de enfermedades crónicas con base poblacional que se caracteriza por el uso de guías clínicas y protocolos basados en datos probatorios, monitoreo y mejoría de los cuidados; organizando una atención proactiva y con seguimiento. La OPS reconoce el rol central del paciente en el manejo de su propia salud, a través de programas de automanejo, apoyados por políticas de salud y organizaciones comunitarias. Estas características son críticas para alcanzar RISS funcionales y exitosas que las hace responsable por servicios de calidad y equitativos, a la población a que sirven.





# Introducción

La carga de enfermedades no transmisibles sigue aumentando en el mundo y enfrentarla constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Se calcula que las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónicas causaron unos 35 millones de defunciones en 2005, representando el 60% del total mundial de defunciones.<sup>1</sup>

Este es un problema creciente de los países en desarrollo, pues el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos. Aproximadamente 16 millones de estas muertes corresponden a personas menores de 70 años. Se prevé un aumento de las defunciones por enfermedades no transmisibles en los próximos 10 años.

Las enfermedades no transmisibles son, en gran medida, prevenibles y el número total de muertes y, en especial, aquellas que ocurren prematuramente, se pueden reducir considerablemente mediante la modificación de cuatro factores de riesgo comunes: el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada, incluyendo el consumo excesivo de sal, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. El hecho de que estas enfermedades comparten factores de riesgo hace recomendable emplear un enfoque similar para la prevención y control de las mismas. Para ser más efectivos, los programas preventivos deben tener en consideración los principales determinantes de la salud<sup>2</sup> para lograr efectos duraderos.

Se prevé que el envejecimiento de la población y el aumento de la frecuencia de las enfermedades crónicas constituirán un desafío mayor para la salud pública en el futuro cercano, particularmente para el primer nivel de atención. Los servicios de primera línea gozan de una situación ideal para proporcionar los contactos continuos y efectivos con los proveedores de salud que es lo que necesitan las personas afectadas por enfermedades crónicas a escala comunitaria.<sup>3</sup>

El 47º Consejo Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó en 2006 la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo Dieta y Actividad Física.<sup>4</sup> Esta estrategia y plan de acción den lo que respecta al manejo de

enfermedades crónicas, plantea objetivos específicos, actividades e indicadores para alcanzar la meta de prevenir y reducir la carga de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo relacionados. La estrategia de enfermedades crónicas de la OPS es consistente con las Declaración Regional sobre las nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (promulgada en el 46º Consejo Directivo)<sup>5</sup> y la Resolución CD45.R7,<sup>6</sup> en la que se asigna prioridad al problema del acceso a los medicamentos esenciales y otros suministros de salud pública.

En septiembre de 2011 la Asamblea General de Naciones Unidas emitió una declaración política reconociendo la carga de las enfermedades crónicas para el desarrollo. La declaración llama a los jefes de estado a fomentar acciones de prevención y control para combatir la epidemia global de enfermedades crónicas en colaboración con diferentes sectores de la sociedad.<sup>7</sup>

Para prestar atención efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas se requiere de una reorientación de los servicios de salud, usualmente fragmentados y diseñados para responder a la demanda de las enfermedades agudas y a los problemas relacionados con la salud materno infantil. En esta perspectiva de reorientación de los servicios de salud, la OPS propone un enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, (RISS).<sup>8</sup> Este enfoque de redes se basa en la necesidad de superar la fragmentación actual de los servicios de salud, la cual dificulta el acceso, ofrece servicios de baja calidad técnica y económicamente insostenibles e ineficientes, con un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los usuarios, entre otras insuficiencias.

La atención a las enfermedades crónicas requiere un primer nivel de atención sólido y articulado, que trabaje en estrecha coordinación con servicios más especializados, a veces situados en el segundo o tercer nivel de atención, apoyado por recursos comunitarios. En la atención de las enfermedades crónicas deben utilizarse estrategias de mejora de calidad técnica, fortalecida por el incremento del acceso a la atención y la adopción de esquemas financieros adecuados.

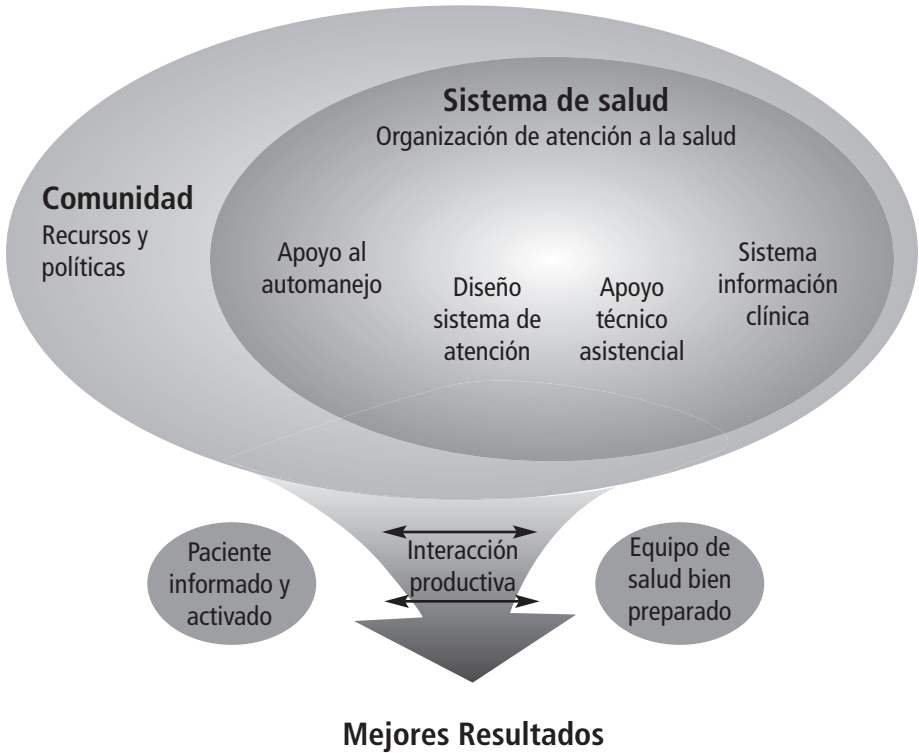
Este documento tiene como objetivo analizar como pueden vincularse el modelo de atención integral a las enfermedades crónicas, con el enfoque de RISS. Para esto se describen los principales componentes tanto del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) como de las RISS, para luego buscar los puntos de coincidencia con énfasis en los requerimientos de los cuidados para quienes padecen de enfermedades crónicas.

# I. EL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS Y LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD





**Figura 1.** El Modelo de Cuidados Crónicos



El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) fue desarrollado en base a datos probatorios por Wagner et al<sup>9</sup> en 2003. Este modelo es hoy ampliamente aceptado y utilizado en el mundo y ha sido positivamente evaluado en diversos entornos.<sup>10</sup> La información disponible indica que el uso del MCC puede resultar en una mejora ostensible de los cuidados y de sus resultados.<sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup> Las intervenciones, multidimensionales que incorporan diferentes aspectos de la atención han resultado ser más efectivas que aquellas que se enfocan en aspectos específicos de la atención.<sup>17</sup>

El modelo ha continuado enriqueciéndose y adaptándose a las condiciones específicas y las versiones modificadas más conocidas son:

- El Modelo Ampliado de Cuidados a las enfermedades Crónicas (Expanded Chronic Care Model), desarrollado en Columbia Británica, Canadá,<sup>18</sup> y
- El Marco para la Atención Innovadora de las Enfermedades Crónicas (Innovative Care for Chronic Conditions Framework, ICCF), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.<sup>19</sup>

Debido a que ambas propuestas son básicamente versiones modificadas del modelo original para efectos de este documento se utiliza el original creado por Wagner y colaboradores. Tanto el Modelo ampliado de Cuidados o desarrollado por la Columbia Británica como el de la Atención Innovadora de las Enfermedades Crónicas de la OMS, también constituyen propuestas válidas para ser puestas en práctica.

El MCC es un marco apropiado para describir los elementos que, de manera articulada y armónica, necesita un sistema que pretende proveer atención de alta calidad a las personas que padecen enfermedades crónicas a la vez que hace hincapié en la importancia de los cuidados con base poblacional, los principios básicos para la mejora de la atención y en la seguridad y atención centrada en el paciente.

Los seis componentes del MCC son los siguientes:

a) Organización de Atención a la Salud: una organización o institución que promueva una atención planificada, continua, segura, y de alta calidad. A la vez, la organización debe favorecer las estrategias de mejora, y permitir a los pacientes transitar por todos los niveles del sistema y entre distintos proveedores según se requiera.

b) Diseño del sistema de atención: asegurar una atención clínica efectiva y eficiente, que fomente y apoye el autocuidado del paciente, asignando roles y tareas al personal sanitario y facilitando las interacciones planificadas entre el personal sanitario y los pacientes, con un abordaje culturalmente apropiado.

c) Apoyo técnico asistencial: las guías de práctica clínica, basadas en evidencia deben estar incorporadas en la práctica cotidiana. El personal sanitario comparte dicha información con el paciente y alienta su participación activa.

d) Sistemas de información clínica: organizar los datos clínicos de los pacientes y de la población de referencia para proveer atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de sub poblaciones con necesidades especiales, y la coordinación de la atención clínica integral. Genera recordatorios oportunos para los pacientes y los proveedores y con ello apoya al cumplimiento de las directrices clínicas y las estrategias de mejora.

e) Apoyo al automanejo: empodera y prepara a los pacientes para jugar un rol principal, activo e informado, en el cuidado de su propia salud. Para esto, se emplean estrategias de apoyo al paciente en su automanejo que incluyen planificación de las acciones, resolución de problemas, seguimiento, y evaluación de las metas.

f) Recursos y políticas de la comunidad: se trata de movilizar los recursos comunitarios para apoyar la satisfacción de las necesidades de los pacientes que participan en programas comunitarios efectivos. Las organizaciones de salud pueden formar alianzas con organizaciones comunitarias que suplen los vacíos de servicios y abogan por políticas que mejoren la atención a la salud.

El resultado final del modelo es una interacción productiva entre el paciente bien informado y el equipo de salud bien preparado que produce mejores resultados.

## **2. Las redes integradas de servicios de salud**

El enfoque de redes integradas de servicios de salud propone avanzar progresivamente hacia la superación de la fragmentación y la escasa coordinación entre los servicios, actuando sobre algunas categorías claves denominadas atributos de RISS.<sup>8</sup>

Se entiende por redes integradas de servicios de salud a un grupo de organizaciones que prestan, o hacen los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrados a una población definida. Estas organizaciones están dispuestas a rendir cuentas tanto por los resultados clínicos y económicos como por el estado de salud de la población a que sirven. Las RISS también son integrales, lo que significa que prestan servicios que cubren todos los niveles de prevención, y que lo hacen de manera coordinada e integrada con todos los niveles y sitios de atención, incluyendo los servicios socio-sanitarios. Dichos servicios tienen la característica de ser continuos en el tiempo, es decir, servicios que se prestan a lo largo del ciclo de vida.

Figura 2. Atributos esenciales de las RISS





## **Atributos claves de las RISS**

Los atributos claves de las RISS se estructuran en torno a 4 categorías generales: 1) modelo asistencial, 2), gobernanza y estrategia, 3) organización y gestión y, 4) asignación e incentivos. Al interior de cada una de estas categorías generales, se listan los atributos particulares que caracterizarían a las RISS.

### **MODELO ASISTENCIAL:**

1. Una población y territorio de referencia bien definidos y con amplios conocimientos de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud. Esta base poblacional permite el reconocimiento y el abordaje de inequidades de cobertura, acceso y resultados en salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen, de preferencia, en entornos extra hospitalarios
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

### **GOBERNANZA Y ESTRATEGIA:**

7. Un sistema de gobernanza único para toda la red de servicios de salud.
8. Participación social amplia
9. cción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

### **ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN:**

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
13. Gestión basada en resultados

### **ASIGNACIÓN E INCENTIVOS:**

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



## II. INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE DE RISS Y DEL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS



La siguiente sección está dedicada a identificar los puntos de articulación y complementación que ofrece el abordaje conjunto de las RISS y el MCC. Esta integración debe aprovechar las bondades específicas ya descritas para cada uno de estos enfoques que permita potenciar las áreas de sinergias y encarar de manera más efectiva y eficiente los desafíos que individualmente se han ido planteando.

Al interior de cada categoría general propuesta por el enfoque de RISS, se analizan los atributos más relevantes para la atención a las enfermedades crónicas. Cabe notar que algunos de los atributos de RISS han sido combinados, particularmente aquellos contenidos en la categoría modelo asistencial, para poder seguir la lógica del MCC. Los atributos de las RISS se relacionan con el conjunto de la organización y gestión de los servicios, y no con alguna enfermedad en particular.

## **MODELO ASISTENCIAL**

### **1. Abordaje poblacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas**

Se entenderá por base poblacional la definición propuesta en el enfoque de las RISS. Las RISS deben tener una población y territorios de referencia, definidos y con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud. Además las RISS deben reconocer y abordar las inequidades respecto de cobertura, acceso y resultados en salud, que determinan la oferta de los servicios de salud.

La prevención y control de las enfermedades crónicas es más efectiva cuando las acciones se focalizan o se concentran en una población y territorio definido, tal como lo plantea el enfoque de RISS. Este territorio cuenta con una estructura administrativa que facilita las acciones, del cual existe información suficiente para conocer sus necesidades socio sanitarias y sus preferencias culturales. Por otra parte, la prevención y el control de las enfermedades crónicas requiere de la reorientación de los servicios, contando con un primer contacto organizado con base poblacional que permita a los servicios de salud planificar adecuadamente su oferta, con amplia cobertura y acceso a los servicios preventivos y de control.

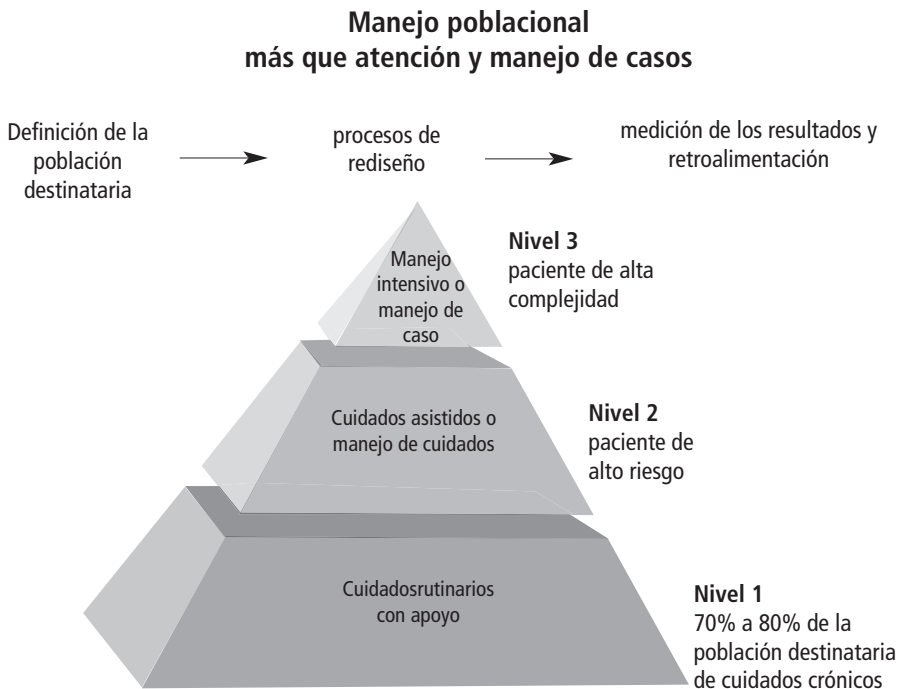
Un sistema de atención que funciona de manera óptima debe estar orientado a proporcionar cobertura universal y a garantizar un acceso efectivo y que sea gratuito, preferentemente en el punto de entrega. La atención a las enfermedades crónicas incluye aquellos servicios ofrecidos por la entidad estatal correspondiente, así como aquellas prestaciones que son ofrecidas por otras entidades tales como organizaciones no gubernamentales.

La cobertura universal y el acceso efectivo influyen positivamente en la calidad de los servicios así como en la reducción de las inequidades en salud. La cobertura universal es un factor importante para la gestión óptima de las enfermedades crónicas. Un sistema de salud que brinda acceso universal con servicios gratuitos en el punto de entrega es

esencial para las enfermedades crónicas que requieren de contactos frecuentes y planificados entre el personal de salud y los pacientes. El sistema de pago en el punto de entrega limita el acceso y empobrece a las personas.<sup>20</sup> Por el contrario se ha encontrado que las personas con acceso gratuito a los servicios médicos reportan mejor estado de salud que aquellos que no lo tienen.<sup>21</sup>

La atención a las enfermedades crónicas con base poblacional permite estratificar a grupos de población de acuerdo a sus necesidades de servicios. La estratificación de la población respecto a la necesidad de cuidados puede abordarse de maneras diversas, una de las cuales es la pirámide de Kaiser Permanente (Figura 2). De acuerdo a dicha pirámide de estratificación de riesgo, entre las personas que padecen enfermedades crónicas existe un grupo mayoritario que requiere de cuidados de rutina que, en general, son poco complejos y que se pueden ofrecer mediante el personal de apoyo a la gestión clínica. Este grupo requiere sólo de un seguimiento continuo del equipo de atención con apoyo de automanejo y constituye entre el 70% y el 80% de los pacientes. Un grupo de pacientes clasificados en el nivel 2 son los que se han clasificado como de alto riesgo y requieren de cuidados asistidos o gerencia de cuidados. Un tercer grupo, aún más pequeño, clasificado como de alta complejidad, requiere de manejo intensivo y más especializado.

**Figura 3.** La pirámide de Kaiser Permanente para evaluación del riesgo



La organización de los cuidados para las enfermedades crónicas en una población o área geográfica definida y con personal entrenado y en cantidad suficiente en el primer nivel de atención contribuirá a un uso más racional de los recursos humanos, evitando la sobrecarga de trabajo del personal más especializado. Asimismo, contribuiría a la disminución del uso inapropiado de servicios del segundo y tercer nivel por parte de pacientes que pueden recibir seguimiento en el primer nivel de atención. A su vez, un seguimiento efectivo puede disminuir la frecuencia de episodios críticos y el número de hospitalizaciones resultantes. El uso de hospitales complejos para tratar enfermedades crónicas no sólo puede ser resultar en un uso inadecuado de recursos financieros, sino que puede indicar que los pacientes no han recibido los cuidados óptimos durante el seguimiento. En otras palabras, las admisiones no planificadas al hospital por parte de personas que padecen afecciones crónicas son en muchos casos un signo de la falla del sistema de cuidados.<sup>22</sup>

Otra ventaja del enfoque poblacional para la atención a las enfermedades crónicas es facilitar una atención personalizada. Cuando un equipo de salud está a cargo de una comunidad y de sus familias, se hace conocedor de sus problemas y necesidades. Este tipo de atención facilita la comunicación efectiva entre el equipo bien preparado y el paciente activado, que es el resultado esperado del MCC. Un ejemplo de este tipo de interacción es el enfoque de los "medical homes" u hogares médicos <sup>23</sup> que consiste en un servicio de salud caracterizado por el fácil acceso del paciente al equipo médico con contactos por vía telefónica, un equipo de atención conocedor de los problemas del paciente y su historia clínica capaz de coordinar los cuidados con efectividad. Los hogares médicos o "medical homes" han sido evaluados satisfactoriamente por pacientes de siete países.<sup>24</sup>

El abordaje poblacional posibilita el conocimiento de las características específicas de la población a cargo, en un territorio definido, a la vez que permite la creación de registros y sistemas de información de casos que fortalecen el manejo y el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Los registros de casos permiten a los miembros del equipo de salud un mejor conocimiento de los pacientes y de sus familias ayudando a un mejor manejo clínico y pudiendo así ofrecer servicios en forma proactiva y no reactiva.

Los registros de enfermedades con base poblacional o geográfica permiten conocer la prevalencia de enfermedades y sus complicaciones y así como la mortalidad asociada, facilitando la vigilancia epidemiológica, por ejemplo, la incidencia de diferentes tipos de cánceres, la letalidad y supervivencia así como la efectividad de diferentes opciones terapéuticas.

Un ejemplo del uso de la atención con base poblacional para la vigilancia de enfermedades crónicas es el sistema recientemente creado en Costa Rica,<sup>25</sup> un país con cobertura de atención médica universal. Cada año, una encuesta nacional sobre enfermedades crónicas y factores de riesgo, que incluye un cuestionario y exámenes de laboratorio, es aplicada a una muestra con base poblacional por personal calificado que ya labora en las comunidades y que recibe un entrenamiento especial. Este sistema de vigilancia ya publicó su primer informe mostrando estimados de la prevalencia nacional de diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo y falta de actividad física así como indicadores de calidad de la atención a las enfermedades crónicas.

## 2. Un primer nivel de atención

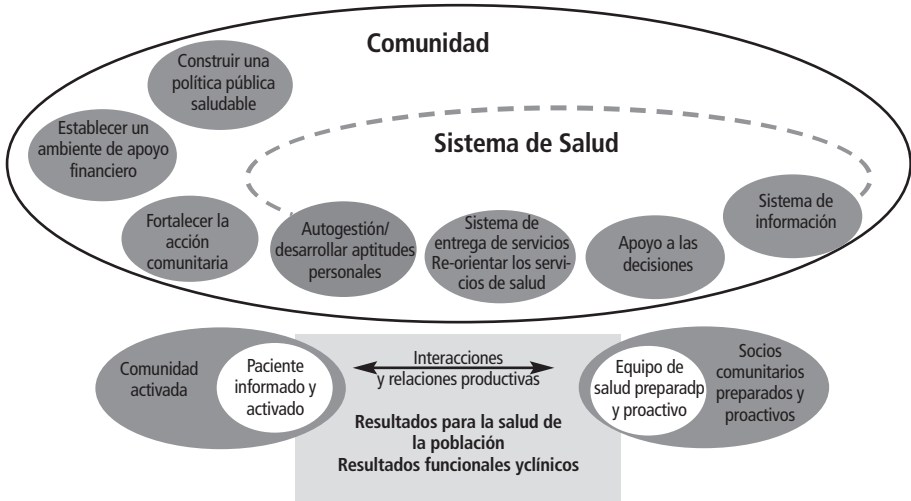
### a) Prevención y control de factores de riesgo comunes

El primer nivel de atención debe ofrecer una combinación de servicios curativos y preventivos, que incluya, además de las enfermedades, los factores de riesgo comunes a las afecciones crónicas como son la alimentación no saludable, la inactividad física, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol.

El fortalecimiento de la atención primaria para la prevención y control de enfermedades crónicas es una tarea ineludible que requiere de un conjunto de acciones de rediseño organizacional, capacitación y formación del personal, reorientación de la oferta y coordinación de la red asistencial.

Con este horizonte, y sobre la base del modelo de atención de enfermedades crónicas elaborado por Wagner, se desarrolló en Canadá el Modelo Ampliado de Cuidados Crónico.<sup>18</sup> Este modelo ampliado mantiene los seis elementos del original y añade actividades de promoción de salud, prestando atención especial a los determinantes sociales de la salud.

**Figura 4.** El Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos: integración de la promoción la salud



Algunas actividades desarrolladas en Canadá y que son sugeridas por Barr et al<sup>18</sup> para ponerse en práctica como parte de la aplicación del Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos son:

- Leyes antibacaco y programas de cesación de tabaquismo;
- Promoción de calles seguras e iluminadas para facilitar la actividad física; ciclovías, parques, subsidios a los gimnasios públicos, etc. ;
- Abogacía por mantener bajo el precio de alimentos saludables como la harina integral;
- Desarrollo de guías de mejores prácticas de promoción y prevención;
- Programas preventivos específicos para poblaciones más vulnerables;
- Análisis del impacto de determinantes sociales (pobreza, localización geográfica, etc.) en el acceso a programas de atención y tratamiento.
- Utilización de información poblacional sobre pobreza, transporte y violencia en programas preventivos;
- Programas de cuidados para mantener a los ancianos en sus propios hogares por el mayor tiempo posible evitando la institucionalización;
- Apoyo comunitario a programas de viviendas asequibles y seguras.



## Mejora de los Cuidados Crónicos

b) Diagnóstico temprano y tamizaje para principales enfermedades crónicas no transmisibles  
El tamizaje y diagnóstico temprano de las principales enfermedades crónicas es clave para que estas puedan ser detectadas y tratadas oportunamente, prolongando la vida y la calidad de la misma. El primer nivel de atención a la salud juega un rol muy importante en el diagnóstico temprano y tamizaje de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS), la Asociación Americana de Diabetes (ADA), y la Sociedad Americana del Corazón (AHA)<sup>26</sup> propusieron el tamizaje de rutina para el diagnóstico temprano de diabetes, varios tipos de cánceres y las enfermedades cardiovasculares en personas aparentemente sanas, como parte integral de los estándares de la práctica médica aprovechando todas las oportunidades de contacto entre pacientes y proveedores. Se trata de que dichos encuentros puedan ser utilizados para facilitar acciones preventivas tales como la revisión y actualización periódica de los antecedentes familiares y de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas como la dieta inadecuada, la falta de actividad física, el uso de tabaco y uso nocivo de alcohol. Además proponen reconsiderar el concepto de chequeo preventivo anual en los Estados Unidos. El tamizaje de individuos aparentemente sanos sólo debe ser implementado en aquellos lugares donde existe acceso adecuado a servicios curativos. En el recuadro abajo se ilustran las guías generales de exámenes preventivos para todos los adultos en riesgo, de acuerdo a la edad y el género.<sup>26</sup> La utilidad del uso del Antígeno Prostático Específico (APE) es controversial y debe ser considerado con cautela.

**Figura 5.** Guías de Prevención General

TEST	Edad			
	20	30	40	50+
IMC			En cada consulta	
Presión arterial (PA)	En cada visita al menos una vez cada 2 años si PA < 120/80 mm Hg			
Perfil lipídico			Cada 5 años	
Glucemia				Cada 3 años
Examen clínico de mama (ECM) y mamografía		ECM cada 3 años	ECM y Mamografía	
Tamizaje de cáncer de cuello uterino		Cada 1-3 años, dependiendo del tipo de prueba y los resultados anteriores		
Tamizaje de cáncer de colon y recto			La frecuencia depende del examen escogido	
Examen clínico de próstata y antígeno prostático específico (APS)			Ofrecer cada año; asistir con información para decidir	

Poner en práctica este tipo de guías de detección temprana, será posible si los equipos de salud comparten guías y protocolos de prevención y si son capaces de aplicarlas en todos los adultos en riesgo. Por otra parte, tal como se muestra en la tabla anterior, estas actividades de diagnóstico temprano deben realizarse con la periodicidad establecida, aprovechando los diferentes encuentros del equipo médico con el paciente. De este modo, se estaría actuando tanto a nivel de los factores de riesgo comunes de estas enfermedades, como en el tamizaje y diagnóstico temprano conjunto, así como en las recomendaciones básicas generales tales como actividad física, alimentación adecuada y la cesación del tabaquismo.

Resulta relevante organizar las actividades de prevención y el diagnóstico temprano de acuerdo al ciclo de vida, porque, si bien las enfermedades crónicas en general son más comunes después de los 50 años, la exposición a determinados factores de riesgo comienza muy temprano en la vida. Un ejemplo de esto es lo que ocurre con la exposición al humo del tabaco, o la iniciación del tabaquismo, la alimentación no saludable, el consumo nocivo de alcohol y la falta de actividad física. Asimismo, cada vez es más evidente que la obesidad puede comenzar tempranamente, incluso en la infancia; que la hipertensión arterial comienza a ser frecuente en los hombres después de los 30 años y una década después en las mujeres; que el perfil lipídico y la glicemia puede comenzar a alterarse en los adultos jóvenes y, que determinados tipos de cánceres particularmente en individuos de alto riesgo y con antecedentes familiares requieren de una estrategia de tamizaje precoz. Hay algunas enfermedades, tal como la diabetes tipo 1, que son más frecuentes en los niños y jóvenes. Otras enfermedades, a la vez, tienen una agregación por género, tales como el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama o el cáncer de próstata.

### **3. Servicios especializados, coordinación e integración**

Los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud son necesarios para normalizar las prestaciones de servicio y asegurar la integración con los otros niveles de atención. La atención a las enfermedades crónicas requiere de la utilización de recursos, que por su complejidad técnica, nivel de especialización y otros asuntos relacionados con la seguridad del paciente, no están ubicados en el primer nivel de atención. Tal es el caso de determinados medios diagnósticos y tratamiento, o de procedimientos terapéuticos como las derivaciones cardíacas, la diálisis o los cuidados paliativos. El acceso desde el primer nivel de atención debe ser efectivo y también la coordinación con los niveles de mayor complejidad técnica del sistema. Para esto, se debe garantizar la coordinación e integración efectiva y continua de los cuidados a las enfermedades crónicas a través de todos los niveles del sistema de salud.

La red de servicios deberá estar en condiciones de permitir, a quienes padecen de enfermedades crónicas, orientarse y desenvolverse entre los distintos niveles del sistema, teniendo acceso a servicios generales, especializados, de apoyo para el autocuidado, y

al apoyo de organizaciones comunitarias, pudiendo obtener de este modo los cuidados continuos y diversos que estos pacientes requieren. La complejidad de los cuidados que requieren los enfermos crónicos muchas veces necesita de un coordinador de cuidados que ayude al paciente a orientarse y a conducirse por el sistema para que este pueda recibir la atención necesaria para su enfermedad. La Sociedad Norteamericana del Cáncer (ACS, del inglés American Cancer Society) aporta un ejemplo de coordinación efectiva de los cuidados con su programa denominado Programa de Navegación.<sup>28</sup> Cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer, la ASC le brinda la opción de tener un navegador. Un navegador es una persona entrenada y conocedora del sistema de atención que actúa como coordinador de cuidados. El navegador ayuda a coordinar el tratamiento, los procedimientos y los exámenes a la vez que brinda apoyo psicológico al paciente y a la familia.

Aunque hay maneras diferentes de expresar este concepto, para los propósitos de este documento, la integración <sup>29</sup> se define como un conjunto coherente de modelos y métodos, utilizados por los diferentes niveles organizacionales, clínicos y de entrega de servicios para crear conectividad, alineamiento y colaboración al interior de y entre los componentes de la atención. El propósito de estos métodos y modelos es mejorar la calidad de atención y la calidad de vida, la satisfacción y la eficiencia del sistema para los pacientes con problemas complejos, de largo plazo, relacionando múltiples servicios, proveedores y entornos.

Se puede distinguir entre integración clínica e integración de servicios:

La integración clínica se produce cuando la atención ofrecida por profesionales y proveedores está ordenada de manera coherente y forma parte de un mismo proceso, por ejemplo a través del empleo de guías y protocolos comunes. La integración de los servicios se produce cuando los servicios clínicos están integrados a un nivel organizacional, por ejemplo, a través de equipos profesionales multidisciplinarios.

En la integración de servicios, pueden existir diversos niveles, tales como:

- integración horizontal: fusión de dos o más organizaciones de salud que prestan servicios a un nivel similar, por ejemplo, hospitales de atención aguda, o fundaciones que brindan conjuntamente atención de salud y social
- integración vertical: cuando se unen dos o más organizaciones que brindan servicios a distintos niveles, por ejemplo, hospitales de atención aguda con servicios de salud comunitaria, o servicios terciarios trabajando junto con aquellos del nivel secundario.

A la vez, la integración horizontal o vertical puede establecerse de modo real, tales como fusiones entre organizaciones, o por medios virtuales, tales como alianzas, asociaciones y redes.

La integración clínica puede también cumplir con el rol de entrenamiento de la fuerza de trabajo. Las interconsultas con especialistas han sido señaladas como una estrategia

efectiva de entrenamiento del personal del primer nivel de atención.<sup>28, 29,30</sup> Es por eso que muchas organizaciones han incorporado el concepto de integración de la atención del primer nivel con especialistas para ofrecer una atención más completa. Tal es el caso de la Fundación Kaiser Permanente<sup>31</sup> y de la Administración Federal de Veteranos de los Estados Unidos,<sup>32</sup> que son dos ejemplos de integración efectiva de todo el espectro de servicios que necesita la población que atiende.<sup>8</sup>

En síntesis, en términos de red y fortalecimiento de los servicios, para organizar la atención a las enfermedades crónicas se requerirá de una adecuada articulación entre el primer y el segundo nivel de atención, así como reorientar la práctica del personal de salud entregándole la capacitación adecuada.

#### **4. Atención centrada en el paciente**

La prevención y el control de las afecciones crónicas se puede abordar mejor ofreciendo una atención centrada en el paciente<sup>33</sup>, como se señala a continuación, en lugar de meramente atención focalizada a una enfermedad en particular.

La atención centrada en el paciente<sup>34</sup> se caracteriza por:

- Garantizar acceso y continuidad de los cuidados
- Fortalecer la participación del paciente en los cuidados, haciendo más fácil para estos expresar sus preocupaciones, y más fácil para los proveedores de salud el respetar los valores, preferencias y necesidades de los pacientes y proveerles de apoyo emocional, particularmente para el alivio de la ansiedad y el temor
- Apoyar el automanejo a través de todos los niveles del sistema de salud, facilitar el establecimiento de objetivos terapéuticos e incrementar la confianza del paciente y de su familia en el automanejo
- Establecer mecanismos más eficientes de coordinación e integración entre unidades

Asimismo, la atención centrada en el paciente implica que el personal de la red de salud esté consciente de estos principios, y adecuadamente capacitado para ofrecer este tipo de cuidados, pudiendo también integrar los recursos de la comunidad.

Para organizar cuidados centrados en el paciente es necesario realizar las siguientes acciones:

- Definir los roles y distribuir tareas entre los miembros de los equipos multidisciplinarios;
- Usar interacciones planificadas para apoyar la atención basada en evidencia;
- Asegurar seguimiento regular a los pacientes; y
- Otorgar atención que los pacientes comprendan y que sea consistente con su cultura.

Otra medida que puede resultar en mejores resultados en la atención centrada en el paciente es el uso apropiado de tecnología avanzada para mejorar la comunicación con el mismo. El uso del correo electrónico para dar seguimiento a los problemas y requerimientos de los pacientes ha demostrado ser efectivo en disminuir el número de visita médicas así como a un incremento de los indicadores de calidad de la atención y satisfacción del paciente.<sup>35</sup> Los pacientes que requieren cuidados crónicos a menudo requieren de la atención de una variedad de profesionales que no siempre están ubicados en el mismo lugar físico, haciendo que, entre otras molestias, se les solicite una y otra vez la misma información. Esto puede resolverse creando un rol de coordinador de la atención, situado en el primer nivel, que le permita reducir estos problemas de comunicación y que apoyen al paciente a navegar en el sistema. Otras herramientas de ayuda son los formularios para referencia y contrareferencia, impresos y tarjetas manejadas por los propios pacientes, el expediente electrónico y el sistema de información clínica.

El proveedor de salud, a su vez, deberá convenir o acordar con el paciente los objetivos de su plan de cuidados. Las guías y protocolos de atención de dicho plan deben ser compartidas con el paciente. Las metas de automanejo establecidas para cada paciente, deben tener en consideración sus antecedentes y contexto de vida, así como las barreras potenciales. Es apropiado emplear modalidades de consejería colaborativa y no directiva, que efectivamente involucren al paciente en su plan de cuidado. De este modo, el paciente se vuelve un consumidor informado; un paciente activado, un coproductor de su tratamiento y un colaborador de las estrategias de mejora de calidad.<sup>36</sup> Pero para ello, cada visita del paciente necesita estar planificada y preparada con anticipación, con toda la información pertinente al día y disponible en la visita.

## GOBERNANZA Y ESTRATEGIA

### 1. Sistema de gobernanza único para toda la red

La fragmentación de la atención es un problema frecuente de la atención médica y particularmente de la atención a las afecciones crónicas. La fragmentación de los sistemas, caracterizada por niveles diferentes de acceso y cobertura de servicios, medicamentos, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos esenciales afecta muy fuertemente el manejo de las afecciones crónicas, ya que estas requieren de atención coordinada y continua.

En algunos países se observa una dualidad de sistemas compuesto por una asistencia social subsidiada y un sistema de seguro social.<sup>37</sup> Esto hace que veces coexisten diferentes guías y protocolos, diseños de entrega de servicios, sistemas de información y programas de automanejo, en diferentes sistemas como los de protección y seguro

social. Estas diferencias a veces son una verdadera duplicación de servicios que generan un uso irracional de recursos, una falta de coordinación y una dilapidación de esfuerzos. Esta falta de conexión entre la asistencia social y la seguridad social tiene raíces que exceden las fronteras de la salud, pero le afectan directamente en términos de beneficios. La falta de conexión surge por la forma en que financia cada sistema. Así, la seguridad social se mantiene a través de cotizaciones de los trabajadores del sector formal y de sus empleadores lo que les permite el acceso a determinados beneficios sociales. Aquellos fuera del mercado formal del trabajo, se benefician de la asistencia social, financiada por el Estado. Aunque los niveles de los beneficios de los trabajadores del mercado formal siguen siendo en promedio, muy superiores, los mecanismos de financiación que se han puesto en marcha constituyen, en efecto, un impuesto sobre el sector formal del empleo, junto con un subsidio en el sector informal.

En otros países, sin embargo, se ha organizado un sistema único de salud con mecanismos de pago también único. Un sistema de gobernanza único permite que las guías y protocolos se implementen a través de todo el sistema de atención, involucrando, además del personal de atención, a los pacientes. De este modo, se provee atención consistente a través de todo el sistema, a la vez que se mantiene concentrada la atención en el paciente y en los resultados de la atención. Así, un sistema de gobernanza único para toda la red de atención es un aspecto crítico para mejorar la atención a las enfermedades crónicas.

Las responsabilidades de la gobernanza de la red incluyen:

- Definición de objetivos (visión, misión y objetivos estratégicos de la red); la calidad de la atención y el compromiso con las estrategias de mejora de calidad debe estar reflejada en la visión, misión y objetivos de la red.
- Coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red para garantizar la orientación preventiva del sistema de atención que cubre los problemas de salud más apremiantes como son la mejoría de los servicios materno infantil o el control de la tuberculosis o el SIDA. En el caso de las enfermedades crónicas, incluye desde la promoción de la salud en las escuelas, la creación de espacios adecuados para la actividad física y las políticas de accesibilidad y asequibilidad a la alimentación saludable y la desestimulación del consumo de alcohol y tabaco, empleando regulación de precios y de lugares de consumo.
- Asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; los objetivos de la red deben apoyar los cuidados crónicos a través de los subsistemas o componentes de servicios de modo que los pacientes puedan transitar fácilmente entre niveles y servicios durante el proceso de cuidados.
- Asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los procesos y los resultados; la información proveniente

de la atención clínica debe garantizar el monitoreo adecuado de las acciones para contribuir a la mejoría constante del sistema de cuidados.

- Normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; los integrantes de los equipos multidisciplinarios dedicados a la atención crónica deben tener roles definidos, de forma tal en que se optimicen los recursos y todas las funciones sean asumidas en forma coherente.
- Asegurar una financiación adecuada para la red; los sistemas de pagos de servicios y medicamentosa deben ser asegurados en forma continua durante la atención crónica. La cobertura universal es la modalidad ideal para la obtención de atención médica continua de larga duración.
- Asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno, incorporando la mejora de calidad de modo permanente.
- Incluir la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional al sistema. Son frecuentes los proyectos financiados por donantes en países de medianos y bajos ingresos que concentran la atención en una enfermedad específica como diabetes o cáncer. La red debe integrar la cooperación internacional al sistema, de modo que esta sea más efectiva y se disminuyan los costos de ejecución.<sup>2</sup>

## 2. Participación social amplia

La participación social entendida como uno de los elementos de gobernanza y estrategia de las RISS es clave para la prevención y control de enfermedades crónicas. Al menos tres modalidades de participación resultan relevantes para este propósito:

a) la participación social y comunitaria para promover políticas públicas y la asignación de recursos para la prevención de enfermedades crónicas. Este tipo de modalidad de participación social es especialmente importante en países de ingresos bajos y medianos, donde aún existe el mito de que este tipo de enfermedades son más bien problemas de países ricos, o que sólo afectan a las personas de mucha edad.<sup>38</sup> Estos mitos dificultan el actuar sobre los factores de riesgo y la detección temprana de enfermedades en los países que más lo requieren, pues, como se señalara, la carga de este tipo de enfermedad les afecta fuertemente, y en particular entre las poblaciones desfavorecidas.

b) organizaciones y grupos de pacientes y de apoyo. Dado el carácter crónico de estas enfermedades y la necesidad de cuidados continuos a lo largo de la vida resulta importante que los pacientes se agrupen en organizaciones voluntarias que les ayude a sobrellevar la enfermedad, a aprender a vivir con la misma y a apoyarse mutuamente. Por ejemplo, existen numerosos clubes de personas con diabetes, con enfermedades del corazón y de sobrevivientes del cáncer, así como organizaciones no gubernamentales dedicadas a fomentar el apoyo para la educación, el apoyo entre pares, tales como "Peers for Progress",<sup>39</sup> entre otras.

c) organizaciones no gubernamentales o fundaciones privadas, religiosas o caritativas que ofrecen servicios que no están disponibles en el sistema público, tales como las Sociedades del Cáncer, que ofrecen servicios a los pacientes, detección temprana, tratamiento y educación, o las clínicas especializadas que reciben financiamiento externo al sistema de salud para ofrecer una atención gratuita. Un ejemplo de esto es la clínica de diabetes de Homestead, Estados Unidos,<sup>39</sup> que provee atención gratuita, educación nutricional y acceso a especialistas en ejercicio, entre otras.

### **3. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud**

Dada la alta prevalencia de las enfermedades crónicas en los países de ingresos medios y bajos, así como la existencia de factores de riesgo comunes, es necesario abordar las principales determinantes de la salud.<sup>7</sup> Es particularmente importante mejorar las condiciones de vida y abordar las inequidades, actuando sobre los entornos sociales y medioambientales que faciliten la adopción de decisiones saludables.

Una de las iniciativas para la acción intersectorial y el abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud es la red latinoamericana CARMEN.<sup>41</sup> La finalidad de CARMEN es mejorar la salud de las poblaciones en las Américas mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles a través del desarrollo, la implementación y la evaluación de políticas públicas, la movilización social, las intervenciones comunitarias, la vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo y los servicios preventivos de salud. Las intervenciones que se desarrollan en el marco de CARMEN implican la definición de un espacio poblacional (local, provincial, nacional) y las acciones tienen como características básicas la integración de las mismas, la búsqueda de la promoción de equidad en salud y el efecto demostrativo. Existen redes similares en otras regiones de la Organización Mundial de la Salud.

Destaca también la experiencia de Brasil que ha implementado un programa de atención primaria basado en la comunidad. En los centros de salud presta atención un equipo formado por al menos un médico, una enfermera, un asistente médico y entre 4 a 6 agentes de salud comunitarios que han sido entrenados para este fin. Además de las prestaciones clínicas tradicionales, este equipo realiza visitas domiciliarias y actividades de promoción de salud en los barrios. Este programa fue, iniciado en 1994, y ha permitido reducir de manera significativa las hospitalizaciones por enfermedades susceptibles de atención ambulatoria tales como enfermedades cardiovasculares, accidente cerebro vascular, y asma. En una evaluación reciente, en los municipios brasileños con alta cobertura del Programa de Salud Familiar, las tasas de hospitalización por enfermedades crónicas fueron 13% menores que en aquellas con baja cobertura.<sup>42</sup>



# ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

## 1. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

Además de los elementos de modelo asistencial que es preciso implementar en los servicios de salud para una atención crónica de alta calidad, existen elementos relativos a la organización y gestión de las redes integradas que es necesario tomar en cuenta con el objetivo de asegurar que el modelo asistencial opere adecuadamente. Entre estos destacan: la coordinación y la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; la instalación y uso apropiado de sistemas de información; y una gestión basada en resultados.

Los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, incluyendo las farmacias, necesitan gestionarse de forma también integrada a través de equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos tendiendo hacia líneas de servicio clínico.

Se puede distinguir entre integración contractual, tal como aquella que se produce con los proveedores, o integración organizacional. Esta última puede incluir grupos de especialistas, incentivos alineados, uso de tecnología de la información, guías, responsabilidad por el desempeño, poblaciones definidas, alianzas entre los médicos y la administración, liderazgo efectivo y una cultura colaborativa. Todos estos elementos de los sistemas integrados contribuyen a su buen desempeño. Pero la integración organizacional únicamente, no garantiza la integración clínica y de los servicios.

En los Estados Unidos se han creado recientemente las Organización Responsable de la Atención (Accountable Care Organizations)<sup>43, 44</sup> como una nueva forma de coordinación que reúne grupos de prestadores de servicios y cuidados para fomentar la competencia, balancear el presupuesto a la vez que combaten el fraude, y el abuso del sistema.

Los sistemas de referencia y contrareferencia son de particular importancia en el caso de los cuidados crónicos. Los sistemas de atención deben garantizar que los pacientes que requieran cuidados que no están al alcance del primer nivel de atención puedan ser atendidos oportunamente en los niveles secundario o terciario según corresponda, como se ha señalado anteriormente. A su vez los servicios del primer nivel de atención deberían recibir a los pacientes después de haber acudido a servicios de mayor complejidad y ser informados de los resultados y las recomendaciones ofrecidas en ese nivel.

## **2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red**

El enfoque de las RISS enfatiza en la necesidad de recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. A la vez, la red asistencial necesita contar con personal técnico especializado en enfermedades crónicas.

El equipo de atención del primer nivel debe servir como puerta de entrada al sistema, integrando y coordinando la atención y el acceso a los servicios más especializados. Al respecto, la OMS<sup>45</sup> ofrece las siguientes orientaciones basadas en la identificación de cinco competencias básicas que debieran crearse y desarrollarse en la fuerza de trabajo de atención al paciente crónico:

- ofrecer atención centrada en el paciente crónico, que involucra: entrevistar y comunicar efectivamente; ayudar en los cambios de comportamiento relativos a la salud; apoyo al automanejo; empleo de un enfoque proactivo
- acompañamiento, que involucra a los pacientes, los proveedores y las comunidades
- estrategias de mejora de calidad, es decir: medir la atención de salud y sus resultados; aprender y adaptarse al cambio; traducir la evidencia a la práctica
- utilización de tecnologías de información y comunicación, es decir: diseñar y emplear registros de pacientes, usar tecnologías informáticas, y establecer comunicación con los socios
- perspectiva de salud pública: proveer atención poblacional; pensamiento sistémico; trabajo a través de todo el continuo de atención; trabajar en sistemas liderados por la atención primaria.

Una red asistencial necesita de personal de salud con competencias específicas de gestión y dirección. Se requiere pues entrenar a los recursos humanos en estas nuevas competencias. Por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, mejoramiento continuo, gestión de redes, trabajo en equipo, y además es posible sea necesario crear nuevos puestos, tales como directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red.

## **3. Sistema de información**

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

En particular, los sistemas de información clínica para la atención crónica se usan para:

- proveer recordatorios oportunos tanto para los proveedores como para los pacientes
- identificación de subpoblaciones tal de proveer atención proactiva
- facilitar la planificación de la atención individual
- compartir información con los pacientes y con los proveedores para coordinar la atención
- monitorear el desempeño de los equipos clínicos y de cuidados.

**RECUADRO 1:** Sistema de Información de Enfermedades Crónicas en Calgary, Canadá.



Este proyecto desarrollado en Calgary<sup>46</sup> es un sistema de información basado en las personas más que en enfermedades específicas, de modo que se ingresa toda la información de los pacientes incluidos en el programa independientemente de la enfermedad que padezcan. Los resultados indicaron un mejoramiento ostensible del control de la diabetes y la hipertensión. Las visitas de urgencia y las hospitalizaciones disminuyeron en un 34% y 41% respectivamente. La estadía hospitalaria disminuyó en 31%. Estos resultados fueron posibles utilizando un programa de control de enfermedades crónicas, aplicando modalidades de mejora continua de calidad y midiendo el impacto en la población y en la utilización del sistema.

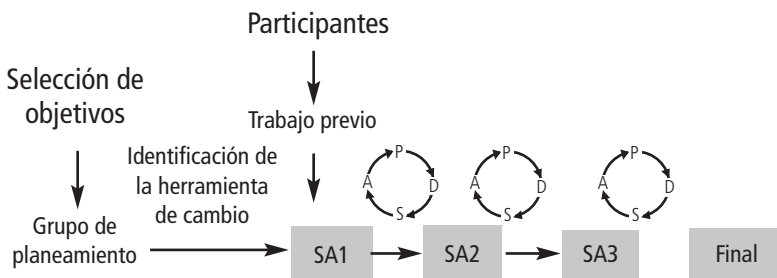
#### 4. Gestión basada en resultados y mejora continua de calidad

Una red integrada de salud requiere de una gestión basada en resultados, asegurando una planificación y gestión estratégicas en todos los niveles de la misma, y orientando los servicios prestados hacia resultados medibles e incorporando la mejoría continua de calidad.

Instalar modelos de atención crónica de alta calidad con una perspectiva de redes integradas supone un liderazgo efectivo y constante para producir los cambios necesarios e identificar los resultados buscados. Si bien estos liderazgos pueden ser múltiples y a distintos niveles, es preciso un alineamiento con la dirección superior y con un estilo de gestión- tal como aquel basado en resultados- que permita efectivamente hacer coherentes y medibles los cambios.

El modelo de mejora de calidad más frecuentemente utilizado para mejorar la atención de enfermedades crónicas es la Serie de Avance Innovador (Breakthrough Series, o BTS), desarrollado por el Institute for Health Care Improvement (IHI).<sup>47</sup> Una serie colaborativa de Avance Innovador es un sistema de aprendizaje de corta duración (6-15 meses), con ciclos sucesivos de planificar- hacer- estudiar- actuar (ciclos plan, do, study, act, PDSA), con mediciones periódicas para conocer los efectos de los cambios y si el cambio constituye una mejora.

**Figura 6.** Serie de avance innovador en los cuidados de enfermedades crónicas



**RECUADRO 2: El proyecto VIDA en México**

El objetivo del proyecto VIDA<sup>16</sup> (del inglés Veracruz Initiative for Diabetes Awareness) fue mejorar la calidad de la atención a diabetes usando el modelo de atención crónica y la metodología colaborativa BTS (the Breakthrough Series) de mejora de calidad. Se realizó un estudio comparativo con y sin intervención en 10 centros de atención primaria y se siguió a los pacientes durante 18 meses. El estudio incluyó 196 casos y 111 controles. Los resultados indicaron que la proporción de personas con buen control glicémico ( $A1c < 7\%$ ) aumentó de 28% antes de la intervención a 39% después de la misma. La proporción de pacientes que cumplió tres o más metas de mejora de calidad aumentó de 16,6% a 69,7% mientras que el grupo sin intervención disminuyó desde 12,4% a 5,9%. El foco en el equipo de atención primaria y la participación de personas con diabetes fueron elementos estratégicos incorporados en la metodología; los participantes introdujeron modificaciones para resolver problemas de la atención identificados por ellos mismos en cuatro áreas del modelo de atención crónica (apoyo al automanejo, apoyo a las decisiones, diseño de entrega de servicios y sistemas de información).

**RECUADRO 3:** Mejoramiento de la prevención y el control del cáncer cervicouterino en El Salvador

El objetivo de este proyecto<sup>48</sup> fue mejorar la prestación de servicios de prevención y diagnóstico del cáncer cervico uterino en un servicio del primer nivel de atención en el área rural de El Salvador. El proyecto utilizó estrategias de mejora continua de calidad -series BTS- y de comunicación con los usuarios. La intervención consistió en la implementación de 4 ciclos de planificar, hacer, estudiar y actuar (PDSA), facilitando vínculos entre procesos de trabajo, y el establecimiento de un grupo de control de calidad. El proyecto involucró a los niveles de decisores, provisión de servicios y comunidad. Los resultados indicaron que 3.408 mujeres fueron tamizadas por primera en un año en los servicios regulares. Las muestras insatisfactorias fueron reducidas a la mitad y el tiempo de retorno de análisis de muestras fue reducido a 1/3. El seguimiento de mujeres con resultados positivos aumentó de 24% a 100%. Estos resultados fueron posibles debido a modificaciones destinadas a mejorar los vínculos entre detección y diagnóstico a través del refuerzo de trabajo de equipo y coordinación funcional, lo que contribuyó también a incrementar el seguimiento; se restauraron los vínculos entre tamizaje y procesos de lectura de muestras, mejorando el tiempo de retorno; el trabajo con los promotores de salud entrenados facilitó la detección de mujeres que nunca se habían hecho una prueba de detección de cáncer cervico uterino.

## ASIGNACIÓN E INCENTIVOS: FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED

Las consecuencias económicas de las enfermedades crónicas en las Américas son sustanciales. Por ejemplo, los costos relacionados con la diabetes han sido estimados en US\$ 65 mil millones anualmente,<sup>49</sup> que van desde un 1,8% del Producto Interno Bruto en Venezuela hasta un 5,9% en Barbados. En México, en tanto, estimaban que en el 2007, las condiciones crónicas tales como diabetes tipo 2, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y VIH/SIDA explicaban más del 12% de los gastos totales de Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>50</sup>

Sin embargo, hay evidencia de la existencia de intervenciones costo-efectivas que se pueden llevar a cabo a través del primer nivel de atención. Así, existen intervenciones de prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares que son muy costo-efectivas, como tratar con una terapia poli medicamentosa (aspirina, dos antihipertensivos y una estatina) a los individuos que tienen un alto riesgo cardiovascular total, definido como una probabilidad de 25% de tener un evento cardiovascular en los próximos 10 años.<sup>51</sup> Se estima que esta intervención puede costar \$1,20 per cápita y que podría reducir en un 20% la mortalidad cardiovascular.<sup>48</sup> Asimismo, se ha sugerido que un tamizaje de riesgo simplificado sin laboratorio para identificar a un 6% de la población con riesgo cardiovascular > 25% que costaba aproximadamente \$1,20 per cápita, podría llevar a un 20% de reducción en la mortalidad cardiovascular.<sup>52</sup>

Un aspecto relevante de la asignación e incentivos es contar con el financiamiento adecuado para asegurar el acceso a tecnologías y equipos adecuados para la prevención y control de enfermedades crónicas. Por otra parte es importante el empleo de modalidades de pagos que permitan fomentar la prevención y la integración de los servicios, pues no todas ellas operan como incentivos para la coordinación. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial (por ejemplo, el pago por acto, pago por servicio o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales.

En respuesta a lo anterior, en el ámbito de las RISS se han creado mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial, como por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo.<sup>7</sup> Existen otros ejemplos de pagos por servicios, o por acto, que han sido sustituidos por modalidades tales como paquetes de servicios que incentivan la entrega de servicios eficientes y basados en la evidencia; o pagos a los pacientes que utilizan los servicios educativos, como en Brasil donde una ley federal preconiza la entrega de



insumos a las personas con diabetes, tales como glucómetros e insulina, como incentivos a la participación en un curso de educación en diabetes.<sup>53</sup>

El pago por desempeño (Pay-for-Performance, "P4P") es otra de las modalidades de pago consistente en la transferencia de dinero o bienes materiales con la condición de realizar una acción medible o lograr una meta de desempeño predeterminada. La finalidad es mejorar la utilización de servicios, fundamentalmente preventivos, y/ o la calidad de servicios prestados. Su característica básica es su vínculo con el desempeño, la calidad o con acciones específicas de la demanda, o de la oferta. No incluye aumentos de salarios, o subsidios que no están directamente ligados a indicadores de desempeño estrechamente vinculados a resultados mejorados de salud.<sup>54</sup> En relación con pagos directos a la demanda, denominados transferencias condicionales a la demanda, se han empleado subsidios al transporte, a la alimentación, o a comportamientos de búsqueda de servicios preventivos por parte de los usuarios.

Otro modo de mejorar los cuidados a las enfermedades crónicas es ofrecer un conjunto de garantías, entre ellas, protección financiera estatal frente a la enfermedad, como es el caso de Garantías Explícitas en Salud<sup>55</sup> (también conocido como AUGÉ) en Chile.

Este sistema ofrece las siguientes garantías, reguladas por ley:

- a) Acceso: asegurar acceso a los beneficios, sean en los sistemas públicos o privados de salud
- b) Calidad de los beneficios
- c) Oportunidad del beneficio, vinculante para cada proveedor considerado en el beneficio
- d) Protección financiera: que regula el monto del copago

Algunas modalidades innovadoras de financiamiento son el uso de ganancias producto del incremento de los impuestos a tabaco y el alcohol para programas de prevención y control de enfermedades crónicas. Un 50% de aumento en los impuestos al tabaco podría generar US\$ 1,42 billones en fondos adicionales en 22 países de bajos ingresos.<sup>20</sup> El incremento de impuestos a alimentos y bebidas no saludables podría también constituir una buena forma de búsqueda de recursos para programas preventivos.<sup>56</sup> El programa de diabetes de Finlandia<sup>57</sup> usa las ganancias de la máquinas traga monedas como forma de financiamiento y constituye un ejemplo de colaboración comunitaria efectiva.

En síntesis, la prevención y control de las enfermedades crónicas requiere que las RISS se reorienten en varias direcciones en términos de financiación: en la provisión de financiamiento adecuado para asegurar el acceso a servicios y procedimientos que emplean alta tecnología; reorientar las modalidades de pagos desde el pago por servicios hacia otros esquemas que estimulen una atención eficiente y basada en evidencia; diseñar los incentivos a la oferta y a la demanda tal de promover la prevención y el diagnóstico oportuno de las enfermedades crónicas; y proteger financieramente a quienes padecen estas enfermedades de alto costo, particularmente aquellos más vulnerables.



# Conclusiones

**E**l desarrollo de RISS favorece altamente la implementación de cuidados crónicos integrales tal como se ha descrito en este documento. En particular, una red integrada de servicios de salud facilita la labor preventiva y de control a la población de referencia, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud ayudado por el conocimiento que adquieren los equipos de salud acerca de la población de cobertura. Asimismo, una RISS permite a las personas afectadas por enfermedades crónicas un acceso más amplio a la red de servicios, a través de la puerta de entrada al sistema- el primer nivel de atención y, a la vez, transitar entre los otros niveles de complejidad que requieren como parte de una oferta integrada. La orientación al paciente y sus necesidades y preferencias es también un punto de convergencia entre el enfoque de RISS y el MCC. Los esfuerzos de las RISS hacia sistemas de financiamiento más equitativos y accesibles para las poblaciones de menores recursos es un elemento que permitirá a los enfermos crónicos acceder a servicios que muchas veces suelen ser onerosos. A la vez, disponer de protocolos de atención comunes y basados en evidencia tal como lo propone el MCC puede contribuir al fortalecimiento de las RISS y fomentar una cultura de mejoramiento de la atención para todas las atenciones de salud que las RISS deben prestar, mejorando también su rendimiento y la propia satisfacción de los usuarios y del personal de salud.



# Lista de Abreviaturas

ACS:	Sociedad Americana de Cáncer, del inglés American Cancer Society
ADA:	Asociación Americana de Diabetes, del inglés American Diabetes Association
AHA:	Asociación Americana del Corazón, del inglés American Heart Association
ASP:	Antígeno Prostático Específico
AUGE:	Acceso Universal a Garantías Explícitas
BTS:	Serie de Avance Rápido, del inglés Breakthrough Series
CARMEN:	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades Crónicas
IHI:	Instituto para la Mejora de la Salud, del inglés Institute for Health Improvement
MCC:	Modelo de Cuidados Crónicos
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
P4P:	Pago por desempeño, del inglés Pay for Performance
PDSA:	Planear-Hacer-Estudiar-Actuar, del inglés Plan-Do-Study-Act
PIB:	Producto Interno Bruto
RISS:	Redes Integradas de Servicios de Salud
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIDA:	Iniciativa de Diabetes de Veracruz, del inglés Veracruz Initiative for Diabetes Awareness
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana



# Referencias

1. Organización Mundial de la Salud/ OMS. Plan de Acción Mundial frente a las Enfermedades No Transmisibles. Documento temático. 28 de mayo de 2008. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues\\_paper2/es/](http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/)
2. Organización Mundial de la Salud/ OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. Atención Primaria en Salud. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud/ OMS. "La Organización Mundial de la Salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población" Comunicado de Prensa, 6 de septiembre 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas. ISBN 978 92 7 532826 2, Washington DC, 2008. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncls.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo). 46.o Consejo Directivo. Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 200. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-decl-s.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. Acceso A Los Medicamentos. 45.o Consejo Directivo. Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre 2004. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-10-s.pdf>
7. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. (disponible en [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL1&Lang=E) visitado el 3 de Febrero de 2012)
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas N 4. Washington, DC 28 de octubre de 2008. Disponible en: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_opas\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf)
9. Improving Chronic Care Illness. The Chronic Care Model. Disponible en: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)
10. Improving Chronic Care Illness. The Chronic Care Model. The Rand Evaluation. Disponible en: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_RAND\\_Evaluation&s=32](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_RAND_Evaluation&s=32)
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: part two. JAMA, 2002, 288(15):1909-1914
12. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. American Journal of Managed Care, 2005, 11:478-488
13. Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care, 2005, 17(2):141-146
14. Coleman R, Gill G, Wilkinson D. Non-communicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76:633-660

15. Janssens B et al. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:880-885.
16. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, Esqueda AL, Martínez JA, Holguin EM, Meiners M, Bonfil GM, Ramirez SN, Flores EP, Robles S. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes*. 2010 Oct;4(3):145-53
17. Beaglehole R et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*, 2008, 372(9642):940-949.
18. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 2003, 7(1):73-82.
19. World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions*. Geneva, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>
20. Organización Mundial de la Salud. *La Financiación de los Sistemas de Salud: el Camino hacia la Cobertura Universal*. ISBN 978 92 4 3564029 Organización Mundial de la Salud, 2010
21. McWilliams Meara E, Zaslavsky A, Ayanian J Health of Previously Uninsured Adults After Acquiring Medicare Coverage, *JAMA*, December 26, 2007—Vol 298, No. 24 (Reprinted)
22. Curry N, Ham C. *Clinical and Service Integration. The route to improved outcomes. The King's Fund* 2010. Disponible en: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=96801>
23. Ferrante, J. M, Balasubramanian B.A, Shawna V. Hudson S. V., Crabtree B. Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. *Annals of Family Medicine*, Vol 8, N 2- March-April 2010
24. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, and Peugh J. Chronic conditions: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs*, 2009, 28(1): w1-16.
25. Caja costarricense de seguro social. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. *Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular 2011*. San José, Costa Rica, 2011.
26. Eyre H, Kahn R, Robertson RM. Prevention cancer, cardiovascular disease, and diabetes. A common agenda for the American Cancer Association, the American Diabetes Association and the American Heart Association. Special Article. *Diabetes Care*, vol 27, N 7, July 2004.
27. Freeman HP. Patient Navigation: A Community Based Strategy to Reduce Cancer Disparities. *J Urban Health*. 2006 March; 83(2): 139–141
28. Kodner D, Spreuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002;2:e12.
29. McCulloch DK, Glasgow RE, Hampson SE, Wagner EH. A systematic approach to diabetes management in the post-DCCT era, *Diabetes Care* 17 (7) (1994) 1–5.
30. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH, A population-based approach to diabetes management in a primary setting: early results and lessons learned, *Effective Clinical Practices* 1 (1) (1998) 12–22.
31. Schilling L, Dearing JW, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 4: Creating a learning organization. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011;37(12):532-43.
32. Kuehn BM. Veterans health system cited by experts as a model for patient-centered care. *JAMA*. 2012;307(5):442-3.
33. Gerteis E (Editor) *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care (Jossey-Bass Health Series)*. Jossey- Bass, publisher, 1993

## Mejora de los Cuidados Crónicos

34. Bergson, SC. A Systems Approach to Patient Centered- Care. Commentary. *Jama*, December 2006- Vol 296, N 23
35. Baer D. Patient-physician e-mail communication: the kaiser permanente experience. *J Oncol Pract*2011;7(4):230-3.
36. Institute for Health Improvement. New Health Partnerships: improving health by engaging Patients. Disponible en: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/NewHealthPartnerships.htm>
37. Ferreira FHG, Robalino D. Social Protection in Latin America: achievements and limitation. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349\\_20100510134942/Ren-dered/PDF/WPS5305.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Ren-dered/PDF/WPS5305.pdf) ).
38. Organización Panamericana de la Salud/ OPS. Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas. Disponible en: [HUhttp://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf)
39. American Academy of Family Physicians Foundation. Peers for Progress. <http://www.aafpfoundation.org/online/foundation/home/programs/education/peersforprogress.html>
40. Baptist Church South Florida. Homestead Hospital: diabetes services. <http://www.baptisthealth.net/en/facilities/homestead-hospital/Pages/Diabetes-Services.aspx>
41. Organización Panamericana de la Salud. Red CARMEN. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>
42. HMacinko JH, Hde Oliveira VBH, HTurci MAH, HGuanais FCH, HBonolo PFH, HLima-Costa MFH. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *HA M J Public Health.H* 2011 ;101(10):1963-70.
43. Welch SS, Gregory AG. Health Care Reform and Accountable Care Organizations: are they really relevant? *J Med Assoc Ga.* 2010;99(4):28, 30.
44. Weinberg SL. Accountable Care Organizations- ready for prime time or not? *Am Heart Hosp J.* 2010;8(2):E78-9.
45. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century:the challenge of chronic conditions. 2005. Disponible en: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/index.html)
46. 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.
47. Institute for Healthcare Improvement. How to Improve. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>
48. Agurto I, Sandoval J, De La Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *Int J Qual Health Care.* 2006 Apr;18(2):81-6. Epub 2006 Jan 26.
49. Barcelo A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean. *World Health Organization Bulletin* 2003;81(1):19-27. [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81\(1\)19-27.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81(1)19-27.pdf)
50. Instituto Mexicano de Seguridad Social (MSS). Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007. IMSS, Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. México, DF.
51. Gaziano TA, Opie LH, Weinstein MC. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2006; 368: 679–86
52. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007, 370: 1939-46.

**Mejora de los Cuidados Crónicos**

52. Governo do Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Portaria No 2.583, de 10 de Outubro de 2007. Disponible en <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11473-2583.html?q=> visitado el 17 de Febrero de 2012.
53. Eichler, R. Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?. Working Paper, February 2006. Disponible en: <http://www.cgdev.org/doc/ghprn/PBI%20Background%20Paper.pdf>
54. Biblioteca del Congreso. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&buscar=AUGE>
55. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. Preventive Medicine. 2011;52:413-416. Disponible en [http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/economics/SSBTaxesPotential\\_PM\\_6.11.pdf](http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/economics/SSBTaxesPotential_PM_6.11.pdf) visitado el 6 de Febrero de 2012.
56. Finnish Diabetes Association. Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland Dehko 2000–2010. Disponible en: [http://www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=451](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=451)





**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

**110**  
110° ANIVERSARIO

