

Unidad temática 1

**El Modelo de Atención de Personas
con Enfermedades Crónicas - MAPEC**

1

1 Objetivos de esta unidad temática.

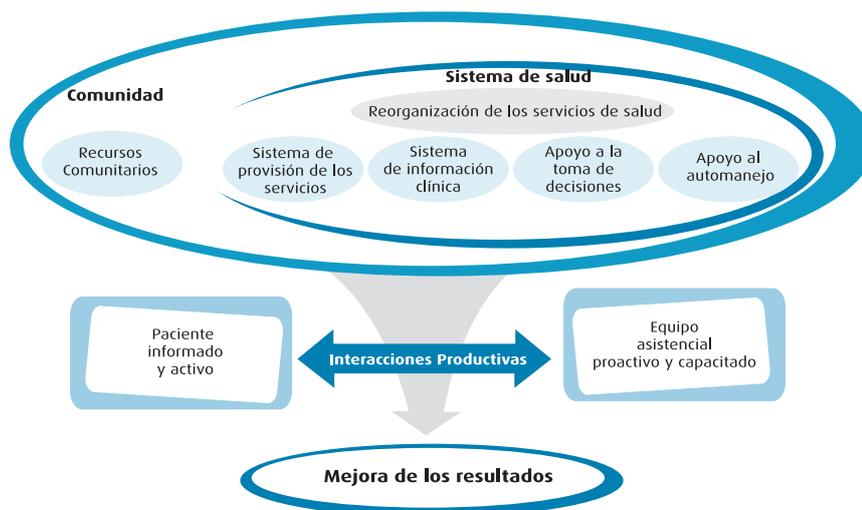
- Identificar los componentes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC).
- Anticipar los contenidos que se desarrollarán a lo largo del módulo de capacitación.
- Reconocer la importancia de la implementación de este modelo para el logro de mejores resultados en la atención de las personas con enfermedades crónicas.

2 Introducción.

El recorrido de esta unidad temática presenta el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC) y la estrategia nacional que se impulsa desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles en conjunto con el Programa Remediar + Redes.

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

GRÁFICO 1: REDISEÑO DEL GRÁFICO DE BARR VJ, ROBINSON S, MARIN-LINK B, UNDERHILL L, DOTTS A, RAVENSDALE D, SALIVARAS S. (2003) CITADO EN ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (2012)



2.1 La importancia de la implementación de este modelo.

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

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

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



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

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

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

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

Importante

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento.

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

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

Consta de seis componentes:

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

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

3 Desarmando el modelo.

3.1 Organización de la atención a la salud.

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

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

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

Para pensar

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



3.2 Sistema de provisión de los servicios.

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

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

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

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

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

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

3.4 Sistemas de información clínica.

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

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

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

Los servicios que brindan cuidados crónicos necesitan disponer de sistemas de información integrados, que vinculen a todos los miembros de la red; que incluyan información de

la planificación y de los procesos para la evaluación y monitoreo, así como de herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas, que permitan agregar datos para orientar la mejora continua de la calidad de atención.

Importante

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

3.5 Apoyo a la toma de decisiones.

Como ya se dijo, para el MAPEC, la mejora de los resultados en salud es el resultado de interacciones productivas entre equipos de salud preparados y pacientes informados, involucrados y activos.

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

Cuando el equipo está preparado ofrece una mejor calidad de atención. Cuando una persona con una enfermedad crónica sabe a qué atenerse en relación con el tratamiento, se sentirá más involucrado con su automanejo y estará más capacitado para tomar decisiones.

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

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

3.6 Apoyo al automanejo.

Para que este componente sea eficaz es necesario darle a las personas con enfermedades crónicas las herramientas necesarias que le permitan tomar las mejores decisiones para controlar su enfermedad y preservar su calidad de vida.

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

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

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

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

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

La intervención breve o intervención de las cinco "A" (averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle) que ha mostrado ser efectiva para el abandono del tabaco, puede ser útil para establecer acuerdos y fijar metas, y así mejorar la adherencia a las diferentes pautas del tratamiento de las enfermedades crónicas.

3.6 Recursos comunitarios.

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

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

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

Las organizaciones comunitarias y las ONG, dentro de ellas, las asociaciones de pacientes, desempeñan un papel importante al abogar en favor de políticas de promoción de la salud, prevenir las enfermedades y mejorar la asistencia de las personas con enfermedades crónicas.