



Orientaciones para la Implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) en la Atención Primaria de la Salud

EN ARTICULACIÓN CON LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

PARAGUAY - 2023





Cita sugerida

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPyBS y Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS (2023) Orientaciones para la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) en articulación con las Redes Integrales e Integradas del Sistema de Salud de Paraguay. Asunción, Paraguay.

ISBN: 978-99925-11-39-8

Ficha Técnica

Compilación de información, redacción y edición:

Patricia Lima Pereira

Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles:

Felicia Cañete
Rodrigo Burgos
Griselda De Peón
Derlis Duarte Zoilan
Eduardo Enciso
Claralina Mendoza
Aldo Ojeda
Claudia Osorio
Mirta Ortiz
Rocío Ozuna
Claudia Sánchez
Ethel Santacruz
Catherine Turnes
Martina Escobar
Zulma Florentín
Ema Herebia
Aarón Macchi
Arnaldo Vazquez
Cinthya Sanguina
Evita Arellano

Programa Nacional de Diabetes:

Doris Royg
Victor Arias
Federico Fariña

Programa Nacional de Prevención Cardiovascular:

Abdon Villamayor
Rocío Aparicio



Programa Nacional de Control del Tabaco y Enfermedades Respiratorias Crónicas:

Zunilda Palacios
Noelia Cañete

Programa Nacional de Lesiones por Causas Externas:

Ronald Delgadillo

Participantes de los talleres de validación:

Bernardo Jacquet	I Región Sanitaria - Concepción
Yasmin Cardozo	II Región Sanitaria - San Pedro
Andrés López	III Región Sanitaria - Cordillera
Marisol Ramos	IV Región Sanitaria - Guairá
Carmen Cabral	VII Región Sanitaria - Itapúa
Daysi Falcón	VIII Región Sanitaria - Misiones
Karina Caballero	IX Región Sanitaria - Paraguarí
Victor González	IX Región Sanitaria - Paraguarí
José Cantero	IX Región Sanitaria - Paraguarí
Addis Torres	XI Región Sanitaria - Central
Jorge Riveros	XII Región Sanitaria - Ñeembucú
Catalino Romero	XIII Región Sanitaria - Amambay
Luis Morel	XIV Región Sanitaria - Canindeyú
Edith Montiel	XV Región Sanitaria - Presidente Hayes
Cynthia Ortiz	XVI Región Sanitaria - Boquerón
Cristhian Ruiz Diaz	XVII Región Sanitaria - Alto Paraguay
Magali Caballero	XVIII Región Sanitaria - Capital
Sandra Soto	Centro Médico Nacional
Victor Molinas	Hospital Distrital de Limpio
Daniela Chaves	DAPS
Patricia Sobarzo	DGDSR
M.Magdalena Rojas	DGPS
Gloria Aquino	DGPS
Elva Lopez	Unidad de Salud Familiar - Amambay
Alfredo Arguello	Unidad de Salud Familiar - Boquerón
Rosa Corrales	Unidad de Salud Familiar - Caaguazú
Vincent Escobar	Unidad de Salud Familiar - Canindeyú
Francisco Vallejos	Unidad de Salud Familiar - Capital
Ariel Baez Paredes	Unidad de Salud Familiar - Itapúa
Derlis Duette	Unidad de Salud Familiar - Misiones
Julio Gutierrez	Unidad de Salud Familiar - Ñeembucú
Daniel Riveros	Unidad de Salud Familiar - Ñeembucú
Nilda Vazquez	Unidad de Salud Familiar - Presidente Hayes
Ninfa Torres	Unidad de Salud Familiar - San Pedro
Alberto Barceló	Universidad de Miami

Diseño Editorial:

Goiriz & Imagen y Cia. S.A.





AUTORIDADES

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Ángel José Ortellado Maidana
Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dra. María Agueda Cabello Sarubbi
Directora General de Vigilancia de la Salud

Prof. Dra. Felicia Cañete Villalba
Directora de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles





Abreviaturas y acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
ACIC	Assessment of Chronic Illness Care (Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas)
CAES	Centro Ambulatorio de Especialidades en Salud
DAPS	Dirección de Atención Primaria de Salud
DGDSR	Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DVENT	Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESF	Equipo de Salud Familiar
HTA	Hipertensión Arterial
MCC	Modelo de Cuidados Crónicos
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care (Evaluación del paciente sobre la atención de enfermedades crónicas)
PCI	Planes de Cuidados Individualizados
PCC	Planes de Cuidados Comunitarios
PNALCE	Programa Nacional de Lesiones de Causas Externas
PND	Programa Nacional de Diabetes
PNPC	Programa Nacional de Prevención Cardiovascular
PRONATERC	Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas
RCBP	Proyecto de Registro de Cáncer de Base Poblacional
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
SE	Semana Epidemiológica
USF	Unidad de Salud Familiar



Contenido

11 **Acerca de estas Orientaciones de Implementación**

12 **Introducción**

12 **Antecedentes**

13 **Justificación**

13 **Materiales y métodos utilizados**

14 **¿Cuál es el alcance de estas orientaciones?**

14 **¿A quién van dirigidas estas orientaciones?**

15 **Conociendo el Modelo de Cuidados Crónicos**

15 **Fundamentos teóricos**

15 **Antecedentes relevantes**

17 **Condiciones necesarias**

18 **Implementación de cada componente del modelo**

22 **Monitoreo y evaluación de la implementación del MCC**

25 **Consideraciones finales**

27 **Estrategias de implementación del modelo de cuidados crónicos en las RIISS del MSPyBS**

28 **Componente 1. Organización de los servicios de atención de salud**

32 **Componente 2. Sistema de información clínica**

34 **Componente 3. Diseño del sistema de atención**

38 **Componente 4. Apoyo a la toma de decisiones**

41 **Componente 5. Apoyo al automanejo**

44 **Componente 6. Articulación con la comunidad**

48 **Evaluación de la implementación del MCC en los servicios de salud del primer nivel de atención**

60 **Referencias consultadas**





**ORIENTACIONES DEL
MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS
CENTRADO EN LA PERSONA**



Acerca de las Orientaciones del Modelo de Cuidados Crónicos

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en todo el mundo, por la carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura que producen. Las muertes por ECNT suman 41 millones cada año a nivel mundial, lo que equivale al 71% de las muertes. En la Región de las Américas, representaban 5,5 millones de muertes cada año, equivalentes al 81% del total de muertes en la Región (OPS, 2021). En Paraguay, entre las cuatro principales causas de mortalidad figuran tres ECNT, específicamente enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes (DVENT/MSPyBS, 2022). Cuando no representan la causa directa, las ECNT están asociadas a complicaciones o mala calidad de vida. Por ejemplo, en 2021 la mayoría de los fallecidos en Paraguay por SARS COV-2 (COVID 19) presentaba ECNT como comorbilidad. Específicamente, en el 50% de los fallecidos se detectó cardiopatías, 24% diabetes, 19% obesidad y 9% neumopatía (DGVS/MSPyBS, 2022). Con respecto a la mortalidad en la población gestante, se objetivaron como principales comorbilidades diabetes y obesidad.

ANTECEDENTES

El control de las ECNT y sus factores de riesgo es complejo, y en la actualidad contempla medidas en diferentes escalas. A **nivel poblacional** intervienen las políticas públicas (como por ejemplo, la regulación de ambientes libres de humo o la reducción de sal en los alimentos procesados), a escala **organizativa y comunitaria** se proponen medidas de gestión y de promoción de la salud (por ejemplo, mejoras en el entorno físico, organización del servicio de atención, implementación de guías clínicas), en el entorno **familiar e individual** se implementan medidas de prevención y tratamiento en el marco de la consulta de salud (por ejemplo, planes de cuidado, apoyo al automanejo).

El **Modelo de Cuidados Crónicos** (MCC) propone un marco de trabajo que aborda principalmente la **escala organizativa de los servicios de salud** y se centra en la interacción de un **paciente informado y activado** con un **equipo de salud proactivo y bien preparado**, en el marco de una **red de atención apropiadamente organizada** y vinculada con los recursos necesarios **en la comunidad**. Es un modelo extendido a nivel mundial, por su enfoque integral.

En Paraguay, a partir de 2015, en la red de servicios dependientes del MSPyBS, se incorporan lineamientos del MCC en algunos instrumentos de gestión, con el propósito de reestructurar la atención de las ECNT creando colaboración entre el sistema de salud y la comunidad. Los componentes del MCC están alineados a la **Política Nacional de Salud 2015-2030** que reconoce la importancia de la participación comunitaria y la articulación interinstitucional para promover la salud y propiciar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades crónicas.



JUSTIFICACIÓN

El **Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIISS** aprobado en 2019 actualiza normativas, directrices y funciones genéricas del nivel gerencial y operativo para fortalecer la organización de las redes de servicios de salud y define la estructura funcional y organizacional de los cuatro niveles de atención existentes.

Según el **Modelo de Gestión** establecido en este manual, la adecuación organizacional para la gestión de los servicios de salud en redes, integra mecanismos de coordinación y funciones estandarizadas, desde el primer nivel como la Unidad de Salud Familiar (USF), hasta el cuarto nivel u hospitales especializados, bajo la rectoría de la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, responsable del monitoreo y supervisión de las diferentes unidades efectoras, en coordinación con otras Direcciones Generales responsables de la implementación de programas prioritarios de Salud Pública, respaldadas por sub sistemas de apoyo y adecuación de la capacidad instalada de los establecimientos para el cumplimiento de las funciones establecidas por niveles de atención.

Los Programas de Diabetes, Prevención Cardiovascular y Enfermedades Respiratorias Crónicas, bajo la coordinación de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DVENT), dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), tienen el mandato de establecer los lineamientos correspondientes al MCC, y este documento busca ofrecer esas orientaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS UTILIZADOS

Para la elaboración de este documento se realizó un recopilación y revisión de documentos y referencias bibliográficas sobre el MCC, RISS, evaluaciones previas realizadas, legislaciones y normativas vigentes. Se realizaron además seis entrevistas a profundidad a actores clave en diferentes niveles de gestión, y se realizaron dos talleres con la participación de un total 54 de profesionales vinculados a la atención de ECNT, para la definición y validación del contenido de la guía, utilizando métodos participativos y de inteligencia colectiva.

El documento, por tanto, consolida guías y documentos técnicos elaborados previamente por la DVENT y sus programas, y busca orientar los pasos a seguir para la implementación de las directrices del MCC en áreas gerenciales y programáticas, en los niveles regionales, distritales y locales de gestión de la salud.



¿CUÁL ES EL ALCANCE DE ESTAS ORIENTACIONES?

Esta guía se centra en actividades de gestión y organización de los servicios. Debe ser complementada con guías específicas para la promoción de la salud, la prevención, la educación en salud, la vigilancia epidemiológica y la práctica clínica. Algunos de estos materiales, en el caso de que estén disponibles, se referencian en el documento. Otros requerirán ser desarrollados, para cumplir con el propósito de avanzar hacia usuarios y usuarias de los servicios informados y activados y equipos de salud proactivos y bien preparados.

El capítulo 1 ofrece una breve introducción teórica sobre el MCC, que puede ser útil para entender el desarrollo histórico del marco de trabajo. Los siguientes capítulos presentan herramientas prácticas y directrices operativas. El último capítulo ofrece orientaciones para la evaluación y monitoreo de implementación en establecimientos de salud.

¿A QUIÉN VAN DIRIGIDAS ESTAS ORIENTACIONES?

Estas orientaciones están dirigidas a los responsables de implementar la gestión de la red de atención, en los niveles regionales, distritales y locales, es decir: directores regionales, directores de hospitales, directores de centros ambulatorios de especialidades (CAES), coordinadores, jefes de departamentos y programas, de las Regiones Sanitarias y los establecimientos de prestación de servicios de salud, principalmente los de primer y segundo nivel de atención. También puede ser útil para usuarios y usuarias de los servicios de atención de salud, profesionales vinculados a la atención, y equipos de investigación.



Conociendo el Modelo de Cuidados Crónicos

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

¿Qué es un modelo?

Es un esquema teórico que se elabora para facilitar la comprensión de un sistema complejo.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, los **modelos** son esquemas que permiten tener una **comprensión teórica y metodológica de cómo las políticas y sistemas de salud** pueden responder a las **necesidades de las personas**.

¿Qué es un modelo de cuidado?

Podemos definir un **modelo de cuidado** como un esquema que visualiza “la secuencia ordenada y oportuna de todas las prestaciones de salud requeridas para la promoción de la salud y prevención, detección precoz, tratamiento, seguimiento adecuado, cuidados paliativos y rehabilitación de una determinada patología o proceso fisiológico que brindan los integrantes del equipo de salud en los establecimientos de todos los niveles de complejidad de un sistema de salud” (MSPyBS, 2019)¹.

¿Qué es el Modelo de Cuidados Crónicos?

Es un modelo organizativo para el manejo de las ECNT, el cual se centra en la relación de un paciente activado con un equipo de atención médica proactivo y preparado; esto requiere de un sistema de salud apropiadamente organizado y vinculado con los recursos de la comunidad en general.

ANTECEDENTES RELEVANTES

En 1998 Edward Wagner propuso un Modelo de Cuidados Crónicos (en inglés, Chronic Care Model-CCM), que plantea la necesidad de modificar la atención de personas con problemas crónicos de salud. Los pacientes y las familias que luchan contra enfermedades crónicas tienen diferentes necesidades. Requieren interacciones planificadas y regulares con sus cuidadores, evaluaciones sistemáticas, atención a las pautas de tratamiento y apoyo para establecer conductas de autocuidado.

A partir de estas reflexiones y múltiples tentativas de mejorar la gestión de las enfermedades crónicas, revisiones sistemáticas de la bibliografía médica y de las aportaciones de un panel nacional de expertos, surge el modelo inicial usado (Figura 1) como base para posteriores desarrollos o adaptaciones.

1. Adaptado de la definición de Línea de Cuidado, definida en el Plan Estratégico Institucional del MSPyBS 2019.



MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS



Figura 1. El Modelo de Cuidados Crónicos, según Edward Wagner (1998)

El MCC reconoce que la gestión de enfermedades crónicas es el resultado de las interacciones de tres áreas superpuestas: 1) la comunidad como grupo, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; 2) el sistema sanitario, con sus organizaciones, proveedores y redes de atención; 3) la práctica clínica. Dentro de este marco, el MCC identifica elementos esenciales interdependientes que deben interactuar eficaz y eficientemente para alcanzar un cuidado óptimo de los pacientes con enfermedades crónicas. El propósito del modelo es ubicar a pacientes activos e informados como elemento central de un sistema que cuenta con un equipo dinámico de profesionales con los conocimientos y experiencia precisos. El resultado debería ser un cuidado de gran calidad, elevados niveles de satisfacción e indicadores de salud mejorados.

En el año 2013 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud elaboró una versión ampliada del modelo denominado Cuidados innovadores para las condiciones crónicas (Figura 2), que describe un manejo integrado de las ENT dentro del contexto de la estrategia de atención primaria de salud (APS), y proporciona orientaciones prácticas a los gerentes de programa de atención a la salud, las instancias normativas y otros interesados, sobre cómo planificar y prestar servicios de alta calidad para personas con ECNT o con factores de riesgo de ECNT. Además, el documento presenta ejemplos de experiencias en la Región.



CONDICIONES NECESARIAS

Fundamentos teóricos

De acuerdo a experiencias previas y sugerencias de expertos, el MCC debe ejecutarse íntegramente ya que sus componentes tienen efectos sinérgicos, donde el todo es mayor que la suma de las partes. Es fundamental integrar la atención a las enfermedades crónicas sobre la base de la gestión en la red de servicios y los programas existentes, considerando a la estrategia de Atención Primaria de Salud como articuladora del sistema, complementada por entornos de cuidados más especializados e intensivos, como laboratorios de análisis clínicos, consultorios de atención de especialidades, hospitales y centros de rehabilitación.

El MCC requiere de un marco de mejoras y reformas que promueva el acceso universal y la reducción de las inequidades en la atención.

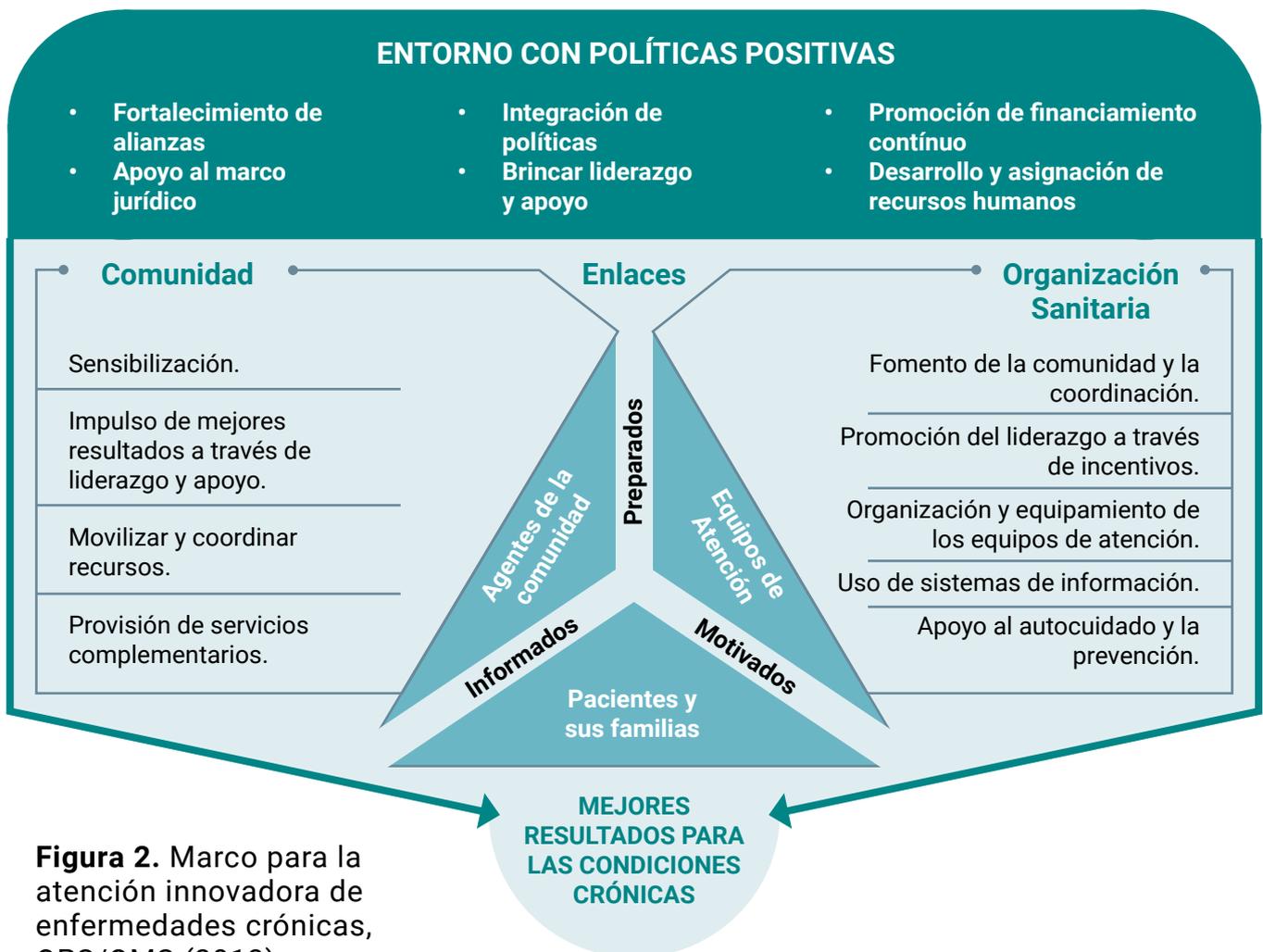


Figura 2. Marco para la atención innovadora de enfermedades crónicas, OPS/OMS (2013)



PARA CONOCER MÁS

Escucha en este video a Edward Wagner, del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EEUU), sobre cómo su trabajo clínico lo ayudó a desarrollar el modelo de cuidados crónicos, alentando al personal médico a colaborar con los pacientes para ayudarlos a administrar y elegir su propia atención. (Puedes activar los subtítulos en castellano)



Implementación de cada componente del modelo

El MCC plantea seis componentes esenciales que dependen entre sí y deben trabajar de forma articulada y en consecuencia de un mismo fin: efectivizar en calidad y recursos las atenciones realizadas a las personas con enfermedades crónicas (Rubiera y Riera, 2004).

Para cada componente, se han identificado las herramientas que hacen posible su aplicación en el contexto de la red de servicios de salud de Paraguay.

Componentes y Herramientas de gestión

1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Propósito

Implementar estrategias de gestión que permitan un manejo sistemático y abierto de problemas y desafíos en todos los demás componentes del MCC, a través de la gestión participativa liderada por el coordinador de cada nivel de complejidad, para garantizar una atención integral centrada en las personas con enfermedades crónicas.

Acciones a implementar.

- a. Designación de un coordinador/a de ECNT en cada nivel.
- b. Designación de un Gestor de la red para la aplicación de las directrices de referencia y retorno, por cada microred.

Cada coordinador tendrá a su cargo:

1. Visitas de Supervisión periódicas.
2. Evaluaciones periódicas de la implementación de cuidados crónicos (ACIC PY).
3. Elaborar un plan de gestión semestral para los cuidados crónicos.
4. Evaluación y planificación de mejoras sobre recursos, insumos e infraestructura, a través de reuniones de trabajo que podrán ser de modalidad presencial o virtual, con su red de servicios.



2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Propósito

Analizar la información clínica y de servicios referente a pacientes y población de riesgo que permita identificar sus necesidades, planificar la atención en el tiempo, dar seguimiento a las respuestas del tratamiento y evaluar los resultados de salud de las enfermedades crónicas. La información también puede usarse para proporcionar recordatorios oportunos a los proveedores y los pacientes.

Acciones a implementar.

- a. Sistemas de información clínica en formato electrónico ej.: (HIS, SAA)
- b. Sistema de información de insumos y medicamentos en formato electrónico (SICIAP).
- c. Registro Nacional de personas con Diabetes tipo 1.
- d. Otras fuentes de información clínica ejemplo: cuaderno de salud.

3. DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

Propósito

Garantizar una atención integral y de calidad para las personas con ECNT, incluyendo el diagnóstico, atención clínica, atención farmacológica, seguimiento periódico, adherencia y provisión de cuidados paliativos.

Existen diversos componentes que se manifiestan a nivel de la práctica clínica individual que han demostrado mejorar los cuidados crónicos. La evidencia sugiere que el manejo efectivo de las enfermedades crónicas implica más que la simple adición de intervenciones al sistema actual centrado en la atención a procesos agudos. Es necesario realizar cambios en los servicios que impacten sobre la provisión de cuidados crónicos como los detallados a continuación.

Acciones a implementar

- a. Detectar factores de riesgo para ECNT.
- b. Diagnosticar de forma oportuna.
- c. Identificar situaciones de agudización de las ECNT de forma oportuna.
- d. Clasificar pacientes según nivel de riesgo (score).
- e. Asistir de forma integral al paciente.
- f. Reforzar educación en ECNT.
- g. Asegurar un sistema de agendamiento programado.
- h. Garantizar el seguimiento del paciente en el nivel de complejidad según su riesgo.
- i. Ofrecer otras modalidades de atención telemática, ejemplo Teleconsultas y/o Teleinterconsultas.
- j. Implementar sistema de referencia y retorno.



4. APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

Propósito

Apoyo que se otorga al equipo de salud a través de guías clínicas y protocolos basados en evidencia, capacitaciones periódicas, en diversas modalidades, sesiones de consulta conjunta.

Acciones a implementar

- a. Guías de Práctica Clínica para el manejo de las ECNT.
- b. Manuales de práctica clínica para el equipo de apoyo.
- c. Guías rápidas y flujogramas de atención.
- d. Capacitaciones periódicas.
- e. Sesiones de consulta conjunta.
- f. Acceso a información técnica a través de la página web oficial recomendada.

5. ORGANIZACIÓN DEL APOYO AL AUTOMANEJO

Propósito

El apoyo al automanejo apunta a la implementación sistemática de intervenciones educativas por parte del equipo de salud, para mejorar habilidades, autoconfianza y el empoderamiento con el objetivo de lograr la autonomía del paciente en el manejo de su condición.

Acciones a implementar:

- a. Educación sobre estilo de vida saludable.
- b. Plan de cuidado individualizado para el automanejo según ECNT.
- c. Estrategias para motivar y mejorar adherencia terapéutica.
- d. Brindar materiales de apoyo (impreso, audiovisual, aplicaciones móviles).



6. ARTICULACIÓN CON LA COMUNIDAD

Propósito

La participación comunitaria es clave para la implementación y sostenibilidad de las estrategias orientadas a la prevención y control de las ECNT.

El reconocimiento de los miembros de una comunidad sobre entornos y comportamientos que promuevan la salud, favorece la adopción de normas culturales favorables, que se convierten en motivación positiva.

Acciones a implementar:

- a. Promover normativas locales sobre promoción de estilo de vida saludable.
- b. Gestionar convenios, acuerdos y/o alianzas con organizaciones de la comunidad para la promoción de estilo de vida saludable.
- c. Incentivar el liderazgo voluntario comunitario.
- d. Motivar la cooperación conjunta con el Consejo local de salud.



Monitoreo y evaluación de la implementación del MCC

Para realizar el seguimiento de la implementación del MCC en los diferentes niveles de atención se ha desarrollado un sistema de monitoreo y evaluación sencillo de implementar. Su aplicación ayudará a conocer su alcance, identificar problemas para establecer estrategias de corrección oportunas, además de medir y comunicar sus avances y resultados.

Como todo proceso de monitoreo, su aplicación requiere de una recolección sistemática de datos, análisis y utilización de la información recogida. Las herramientas aquí disponibles están diseñadas para aplicarse en dos niveles: a. En el nivel gerencial (central y regional); y b. En el nivel operativo (principalmente, primer y segundo nivel de atención).

a. Evaluación de la implementación del MCC a nivel gerencial (en el nivel central y regional).

Para la implementación del MCC se necesita, en primer lugar, que nivel central del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y las Regiones Sanitarias, cumplan con ciertos requisitos básicos e implemente las herramientas de gestión establecidas en el Componente 1: Organización de los Servicios de Atención de la Salud. Para ello, se establece aquí una lista de chequeo, que ayudará a los gerentes del nivel central, a establecer una hoja de ruta, que permita orientar la implementación del modelo, en forma equitativa, en todas las regiones sanitarias. Existen otras herramientas de gestión que corresponden a otros componentes, cuya efectiva aplicación depende también del nivel gerencial, y que son incluidas en esta lista de chequeo.

b. Evaluación de la implementación del MCC en los servicios de salud del primer nivel de atención.

Una vez cumplida con ciertas condiciones mínimas de implementación en el nivel gerencial, los responsables del nivel regional y central, tienen la responsabilidad de monitorear la implementación de los diversos componentes en los servicios de salud. Por tratarse de un modelo que tiene sus bases y aplicación en la Atención Primaria de Salud, se presenta aquí un instrumento para evaluar su implementación en los primeros dos niveles de atención, donde es clave el involucramiento comunitario y una estrategia sólida de abordaje territorial, con estrategias de articulación entre todos los niveles que componen las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Se reconoce que el éxito del MCC depende de una efectiva articulación entre todos los niveles de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Por eso, aunque el nivel gerencial, (Región Sanitaria) monitoreará principalmente la implementación de las herramientas en los primeros niveles de atención, debe velar por que funcione la articulación y exista un compromiso de todos los actores involucrados.



Condiciones básicas	1 RS	2 RS	3 RS	4 RS	5 RS	6 RS	7 RS	8 RS	9 RS	10 RS	11 RS	12 RS	13 RS	14 RS	15 RS	16 RS	17 RS	18 RS	Total	
¿Existe un coordinador/a regional de ECNT designado?																				
¿El 100% de los servicios de II, III y IV nivel de atención cuentan con un Gestor/a de la Red designado?																				
¿La RS implementa sistemáticamente un Plan de gestión de cuidados crónicos ?																				
¿La RS participa sistemáticamente de reuniones de trabajo virtuales con el nivel central?																				
¿La RS ha realizado una evaluación y plan de mejora sobre recursos, insumos e infraestructura para todos los establecimientos de su región?																				
¿La RS ha utilizado el instrumento de evaluación de la atención de enfermedades crónicas para medir la implementación en todos los establecimientos de su región?																				



Condiciones básicas	1 RS	2 RS	3 RS	4 RS	5 RS	6 RS	7 RS	8 RS	9 RS	10 RS	11 RS	12 RS	13 RS	14 RS	15 RS	16 RS	17 RS	18 RS	Total	
¿Las Guías de Práctica Clínica actualizadas para las diferentes ECNT y se han socializado en la RS?																				
¿La RS organiza sesiones de consulta conjunta entre especialistas y equipos del primer nivel de atención?																				
Cumplimiento de condiciones básicas																				

Indicador de seguimiento: % de establecimientos de salud de la RS que alcanzan la puntuación equivalente a cuidados buenos en enfermedades crónicas, según el MCC.

Línea de base: Fecha:	Monitoreo 1: Fecha:	Monitoreo 2: Fecha:	Monitoreo 3: Fecha:
--------------------------	------------------------	------------------------	------------------------



Consideraciones finales



Los factores claves para la sostenibilidad de la implementación del MCC son:

1. Acompañamiento y monitoreo por parte de la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, con el acompañamiento de los Programas de la Dirección General de Vigilancia de Enfermedades no transmisibles a los equipos gerenciales, y a través de estas, al plantel de profesionales de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención.
2. Fortalecimiento permanente del plantel de profesionales de la salud de las USF, con actualizaciones constantes en temas relacionados a la prevención y control de enfermedades no transmisibles.
3. Actualización constante, provisión y capacitación sobre Guías de Prácticas Clínicas y desarrollo de herramientas de gestión necesarias para estandarizar los procesos.
4. Provisión suficiente de insumos médicos, artículos de oficina, mantenimiento de equipos informáticos y equipos médicos a los establecimientos de salud.





**ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
DEL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS
EN LAS RIISS DEL MSPYBS**



Estrategias de implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en las RISS del MSPyBS



COMPONENTE 1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN (Y EN QUÉ NIVEL SE IMPLEMENTA)	FUNCIONES	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Designación de un coordinador/a de ECNT (En la Región Sanitaria y los Establecimientos de II, III y IV Nivel)</p>	<p>El coordinador/a de ECNT es la persona encargada de agilizar la gestión con el nivel central, proponer mejoras en la calidad de atención a partir del análisis de la carga de los datos en los sistemas informáticos, organizar jornadas de capacitación sistemáticas para los profesionales de salud del hospital y de los establecimientos de la red de influencia.</p>	<p>Cada Región Sanitaria y Establecimiento de II, III y IV Nivel designa un coordinador/a de ECNT, con carga horaria asignada para funciones gerenciales (24, 12 o 6 horas semanales, dependiendo de la complejidad de la red de servicios a su cargo).</p> <p>El punto focal de la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud trabajará en forma articulada con la DVENT.</p> <p>Revise enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado de Coordinadores Regionales de ECNT. • Funciones del coordinador/a de ECNT. • Listado de vacantes de coordinaciones. • Subir a la nube las funciones y listado de vacantes.
<p>Designación de la persona responsable de la Gestión de la Red. (En los Establecimientos de II, III y IV Nivel).</p>	<p>La función de Gestión de la Red debe ser asignada a un/a profesional en los establecimientos del segundo, tercer y cuarto nivel de atención, para la aplicación de las directrices de referencia y retorno. Su rol es de articulador, y su función será organizar y facilitar que los usuarios y usuarias accedan a los servicios, en el nivel que requieran.</p> <p>Si no hubiere designación, esta función queda a cargo del Director/a del servicio.</p>	<p>Cada Establecimiento de II, III y IV Nivel designa un gestor de red, para garantizar que se apliquen las directrices de referencia y retorno.</p> <p>Este gestor debe hacer un diagnóstico de cómo está funcionando el sistema de referencia y contrarreferencia, planificar acciones de mejora y sugerir ajustes, ayudar a programar los servicios para garantizar el acceso de los usuarios, registrar, y mantener en comunicación a todos los actores.</p>



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN (Y EN QUÉ NIVEL SE IMPLEMENTA)	FUNCIONES	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Plan de gestión semestral para los cuidados crónicos.</p> <p>(En la Región Sanitaria y los Establecimientos de II, III y IV Nivel).</p>	<p>Se plantea como una estrategia que analiza sistemáticamente los datos para mejora del desempeño y la calidad de atención, con foco en la identificación de errores y problemas.</p> <p>El modelo de gestión propuesto para el coordinador y el equipo de gestión de ECNT se basa en reuniones de trabajo que deberán ser documentadas en formato de minuta.</p> <p>Estas reuniones por mesas de trabajo deberán ser periódicas, con una visión integral, y conducidas en forma horizontal, para motivar la participación de los diferentes actores.</p> <p>Ejemplos de medios de verificación de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de gestión semestral. • Minuta de análisis sobre el Informe de Movimiento de Insumos (IMI) y números de pacientes nuevos cargados en el SAA y/o SICIAP. 	<p>Análisis de problemas en la carga en los sistemas SAA y HIS del número de pacientes nuevos y conocidos del mes en el área ambulatoria y datos cargados del área de urgencias e internados. Los datos cargados en los sistemas evidencian las debilidades de la red y permiten priorizar las jornadas de capacitación, las sesiones de consulta conjunta presenciales y las acciones para la aplicación del score de clasificación de pacientes según el nivel de complejidad.</p> <p>Jornadas de capacitación planificadas. Evaluación conjunta del coordinador/a de ECNT con el regente de parque y el encargado/a de farmacia, personal de apoyo informático para el análisis en el SICIAP del stock, distribución y consumo de los medicamentos e insumos con el objeto de confeccionar la solicitud de medicamentos e insumos, incluyendo datos de pacientes nuevos (por clasificación de CIE-10 relevantes por cursos de vida) y movimiento de insumos.</p> <p>Remisión en formato digital (foto) de las minutas al correo de la dirección de la Región sanitaria correspondiente.</p>
<p>Reuniones de trabajo virtuales con los programas de ECNT, según corresponda.</p> <p>(Para el Nivel Central y las Regiones Sanitarias).</p>	<p>Reuniones virtuales gerenciales por ejes geográficos, con de Programas de ECNT para actualización y el fortalecimiento del modelo de gestión. Por ejemplo, las telegerencias.</p> <p>Ejemplos de medios de verificación de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de reuniones de telegerencia que se realizan según el cronograma y con participación de los referentes. • Reporte de monitoreo de los planes de mejora establecidos. 	<p>Las 18 Regiones Sanitarias serán distribuidas en cinco ejes geográficos (Área Metropolitana, Centro Este, Norte, Sur y Chaco) y recibirán a inicio de año su calendario de reuniones periódicas.</p> <p>Se recomienda diseñar y comunicar previamente una agenda de reunión que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de Tablero de datos • Análisis de pedidos de insumos y medicamentos según base de datos y ajuste según nuevos casos. • Espacio para resolución de nudos críticos. <p>Revise un ejemplo en el enlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de reuniones de telegerencia.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN (Y EN QUÉ NIVEL SE IMPLEMENTA)	FUNCIONES	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Lista de Evaluación y plan de mejora sobre recursos, insumos e infraestructura.</p> <p>(Para el Nivel Central y las Regiones Sanitarias).</p>	<p>Para cumplir con los componentes del MCC se requiere garantizar las condiciones materiales básicas.</p> <p>Por cada nivel de atención el nivel central establecerá un listado de recursos humanos, equipos y capacidades requeridos para responder a las demandas del MCC, con el objetivo de garantizar las condiciones para un equipo multidisciplinario, integrado, capacitado y motivado.</p> <p>En base a las brechas identificadas en función a la evaluación de ese listado mínimo requerido, se diseñarán planes de mejora, con el compromiso del nivel de gestión, de ir cumpliendo con las prioridades establecidas en los mismos.</p> <p>Ejemplos de medios de verificación de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado básico de recursos, insumos e infraestructura requerida • Lista de chequeo de cumplimiento con respecto a los requerimientos, por cada servicio • Plan de mejora para cubrir la brecha, con metas y plazos 	<p>Los pasos básicos para cumplir con la evaluación y los planes de mejora son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel central (la DGRSS en coordinación con los programas) deberá definir y revisar periódicamente el listado básico de recursos humanos, insumos e infraestructura que se requiere para prestar los servicios definidos en los protocolos de atención de ECNT, en línea con lo establecido en la Cartera de Servicios por curso de vida y nivel de atención. • Evaluar la adecuación de cada servicio con respecto al estándar establecido, para definir las brechas. • Establecer un plan de mejora, que será usado como referencia por los gestores del nivel regional y local, para la definición de prioridades • Comunicar periódicamente los avances en relación a este plan, a todos los niveles de atención. • Usar los planes de mejora para responder, solucionar, inspirar, analizar, y mejorar las condiciones de atención.
<p>Visitas de Supervisión.</p> <p>(Para el Nivel Central y las Regiones Sanitarias).</p>	<p>Consiste en la supervisión capacitante a los profesionales de salud de los establecimientos de cada Región Sanitaria, con un único instrumento de evaluación (ACIC adaptado), que permite calificar el nivel de implementación de cada componente del MCC. Las visitas facilitan la retroalimentación con todos los integrantes del equipo de ECNT.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de supervisión y plan de mejora, utilizando el ACIC.PY. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un equipo designado por el Nivel Central integrado por referentes de los Programas tendrán a su cargo la organización de las visitas, en coordinación con las Regiones Sanitarias. • La aplicación del instrumento de evaluación se hará por parte de personas entrenadas, siguiendo un protocolo de trabajo. Para la evaluación se utiliza el instrumento del ACIC.PY, • Las visitas deben ser planificadas con antelación, y organizadas, de manera a contar con la participación de todo el equipo del servicio. • Al final de la supervisión se realizará una reunión de retroalimentación, de la que participará el Director Regional, Director de Hospital, Coordinador Regional ECNT, Jefe Regional de APS, Médicos, Licenciados en Enfermería y/o Nutrición, Estadígrafo, Informático, Regente de Farmacia. • En la reunión se presentarán los resultados y se desarrollarán acuerdos que faciliten la coordinación dentro y entre los diferentes establecimientos que conforman la red de responsabilidad. <p>Revise un ejemplo en este enlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de visitas de supervisión.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN (Y EN QUÉ NIVEL SE IMPLEMENTA)	FUNCIONES	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Instrumento de evaluación de la atención de las ECNT.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Se trata de una herramienta de autoevaluación que puede ser implementada por el equipo de salud para identificar fortalezas y debilidades del cuidado que están otorgando a personas con una enfermedad en particular, según el MCC. El mismo instrumento se utiliza en las visitas de supervisión, para entrenar sobre su uso.</p> <p>La herramienta, que se presenta al final de esta guía, fue inspirada en el cuestionario de Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (conocido como ACIC, por sus siglas en inglés), que es mundialmente utilizado.</p> <p>Tiene la característica de ser corto y fácil para medir el grado de implementación de los procesos en curso.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de evaluación 	<p>Todos los integrantes de la red de atención de enfermedades crónicas deben conocer y estar familiarizados con el instrumento de evaluación. Se debe acordar la frecuencia de autoaplicación para evaluar avances. Los pasos para la autoaplicación en cada establecimiento son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leer el instructivo del instrumento 2. Responder individualmente las preguntas. 3. Analizar las respuestas en equipo y llegar a consenso frente a cada ítem y componente del cuestionario. 4. Determinar el puntaje alcanzado, por componente y global. 5. Proponer posibles estrategias para mejorar los aspectos deficitarios, priorizarlas considerando factibilidad de intervenir y recursos disponibles. 6. Evaluar los avances volviendo a aplicar periódicamente el mismo cuestionario. <p>El cuestionario debe ser respondido por al menos 2 (idealmente 4) integrantes del equipo de salud. Se sugiere que el equipo llegue a un consenso a través de la discusión y no de un promedio matemático para asignar el puntaje a cada ítem.</p> <p>Revise el cuestionario de evaluación al final de este documento.</p>
<p>ACIC (Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas, por sus siglas en inglés).</p> <p>PACIC (Evaluación de Cuidados Crónicos para Pacientes, por sus siglas en inglés).</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Se trata de dos cuestionarios para evaluar la implementación de los diferentes componentes del MCC, desde el punto de vista de los gerentes y los usuarios, mundialmente utilizados.</p> <p>Se puede consultar la bibliografía sobre el tema en el apartado de referencias.</p>	<p>Para aplicar el ACIC y el PACIC se debe seguir los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar las versiones internacionales, para su aplicación en el contexto paraguayo. Existen alternativas utilizadas en países latinoamericanos, que pueden servir como referencia. • Entrenar a encuestadores que no estén vinculados directamente a la atención de pacientes. • Aplicar el cuestionario en una muestra representativa de servicios de salud y pacientes con una determinada patología crónica. • Analizar los resultados e interpretarlos. • En base a los resultados proponer estrategias de mejora. • Publicar y dar a conocer los resultados.



COMPONENTE 2. SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Elementos claves

Carga completa y oportuna en los sistemas de información utilizados por el establecimiento y análisis de la calidad de los datos.

Un buen sistema de registro debe ser integrado entre los distintos establecimientos y niveles de atención de los servicios de salud. Éste permite que los equipos de salud tengan acceso a información actualizada respecto a pacientes con necesidades específicas y a planificar la disponibilidad de medicamentos y una atención personalizada.

Cuadro X. Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Sistemas de información en formato electrónico.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Desde el 2015 el MSPyBS dispuso el registro obligatorio de los datos asentados en los formularios del Sistema Nacional de Información en Salud (SIS) en herramientas informáticas. El proceso inició con la universalización del uso del SAA (Sistema de Atención Ambulatoria). Desde 2018 se inició la implementación gradual del Sistema Informático en Salud (HIS, por sus siglas en inglés) que integra módulos de atención, enfermería, evolución médica, farmacia, historial clínico, gestión de camas, entre otros. Para el control de medicamentos e insumos utilizan SICIAP.</p> <p>Medios de verificación de su uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reportes del sistema • Visualización en Tableau 	<p>Registrar todas las presentaciones en los sistemas según corresponda: SAA y/o HIS, SICIAP, SIH.</p> <p>Actualizar y verificar la carga oportuna en forma quincenal.</p> <p>El nivel regional y central es el responsable de monitorear y brindar retroalimentación mediante indicadores de resultados de la atención a cada servicio, en forma periódica y frecuente para monitorear el desempeño de cada servicio.</p> <p>Conozca más: Resolución SG N° 544/2018 de implementación gradual del HIS.</p>
<p>Registro Nacional de personas con Diabetes.</p> <p>(Para servicios con profesionales especialistas que confirman diagnóstico).</p>	<p>Es la nominalización de las personas con diabetes en un sistema informático. En el momento de diseño de esta guía, se utiliza como soporte informático un módulo HIS en la modalidad web que es administrado directamente desde el Programa Nacional de Diabetes (PND), a partir del reporte de la red de médicos especialistas, responsables del diagnóstico.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe emitido por el PND. 	<p>En primera etapa, el registro funciona para pacientes con Diabetes tipo I.</p> <p>La notificación de nuevos casos se realiza a través de un formulario electrónico, administrado por el Programa Nacional de Diabetes. Esta dependencia se encarga de la verificación del caso y de la calidad del dato y de su carga en el módulo de registro.</p> <p>Permite contar con datos sistematizados y unificados para planificar la atención y provisión de medicamentos.</p> <p>Resolución S.G. N° 737/2021.</p>



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Registro nominal (listado de pacientes con enfermedades específicas).</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Para facilitar su seguimiento, cada servicio debe poder acceder a su listado de pacientes en tratamiento. Básicamente debería contar con la siguiente información básica: nombre, diagnóstico, score de riesgo, datos de contacto y fecha del último contacto. Este listado permite filtrar información y ordenar subpoblaciones según prioridades clínicas. Además está asociado a un sistema de recordatorios y alertas sobre los servicios necesarios. Para la preparación de este registro nominal se pueden utilizar los datos de la Ficha Clínica, el censo de USF, el HIS o el SAA. En el registro se puede incluir también los objetivos del automanejo del paciente, para su seguimiento. A partir de la identificación de los pacientes, se puede llevar un registro de quienes consultan la frecuencia recomendada y quienes no están en seguimiento, para planificar estrategias de vinculación.</p>	<p>El listado se puede extraer del registro del HIS o del SAA, las fichas clínicas o los registros del Censo de la USF.</p> <p>Si el equipo cuenta con las competencias para el manejo de la base de datos puede hacerlo directamente, o solicitar apoyo al nivel Regional, para su actualización trimestral.</p> <p>Es necesario generar informes rutinarios sobre los subgrupos relevantes de pacientes con necesidad de servicios, para que el equipo de salud pueda planificar y monitorear su atención.</p>
<p>Mi cuaderno de Salud.</p> <p>(Para Niveles I, II y III de atención).</p>	<p>Es una herramienta para el seguimiento y control de la dispensación de medicamentos.</p> <p>Efectivamente es un cuaderno, que queda a cargo del paciente, donde los distintos profesionales de salud van registrando sus intervenciones, y ayuda al seguimiento de sus condiciones de salud, el tratamiento y control de los medicamentos dispensados.</p> <p>Son características del cuaderno de salud: su uso universal (se entrega en la consulta a todos los usuarios y usuarias con ECNT), personalizado y orientativo.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de cuadernos entregados. • Listado interno de verificación de pacientes crónicos que acuden con su cuaderno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se entrega un cuaderno de seguimiento a cada paciente diagnosticado y se explica su contenido. El documento debe ser traído en cada consulta y apropiadamente completado por el equipo de salud, para visibilizar el seguimiento, apoyar el automanejo y servir como instrumento de comunicación entre los diferentes subsistemas de salud, pues complementa el formulario de referencia y retorno. • Los datos esenciales a ser completados por escrito en el cuaderno para garantizar la dispensación planificada de medicamentos son: a. Número de cédula de Identidad, b. Parámetros de control clínico, c. Fecha de próximo control, d. Medicación dispensada y e. Indicaciones de tratamiento no farmacológico. • En cada consulta, el personal de salud deberá solicitar al paciente su cuaderno, con el fin de instalar la costumbre de su utilización. <p>Conozca más: Descripción del Cuaderno de Salud e instructivo para su utilización.</p>



COMPONENTE 3. DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

Elementos claves

El MCC tiene a la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador, lo que implica contar con acceso universal, atención integral, integrada y continua, énfasis en la promoción y prevención, mecanismos activos de participación y orientación familiar y comunitaria.

Un principio del MCC es el cuidado centrado en el paciente, lo que significa que la provisión del cuidado toma en cuenta y busca responder a las necesidades del paciente y su familiar cuidador. Implica adecuar los horarios de atención a la disponibilidad de tiempo de los pacientes, prever llamadas de confirmación de citas, diversificar la oferta de prestaciones, flexibilizar la agenda de atención y planificar acciones para el rescate de pacientes que abandonan su tratamiento. Implica también respetar las creencias, las preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida. Busca garantizar cuidados respetuosos, efectivos, continuos, oportunos, integrales y coordinados.

Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Clasificación de pacientes según nivel de riesgo (score).</p> <p>En el caso de Diabetes el modelo de clasificación está incluido en la Guía rápida de atención ambulatoria a pacientes con Diabetes (Resolución S.G. N° 810).</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>El sistema de estratificación de la población atendida según nivel de riesgo es una herramienta que ayuda a gestionar las intervenciones según la necesidad del paciente, priorizando aquellos de mayor riesgo.</p> <p>Se estima que entre el 70-80% de los pacientes con enfermedad crónica solo requiere de apoyo para el automanejo; 15% tienen un riesgo intermedio y requieren de más recursos, y alrededor del 5% son de alta complejidad y requieren de un manejo individualizado y la coordinación de múltiples recursos.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A definir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar y mantener actualizado a todo el equipo de salud sobre el tipo de estratificación de riesgo que se utilizará en el establecimiento. • Contar con información nominal para cada paciente atendido, que permita clasificarlo y determinar su necesidad de atención. • Definir la frecuencia de controles individuales y grupales para pacientes según nivel en la estratificación de riesgo: Priorizar y dar flexibilidad de acceso a los pacientes de mayor riesgo. • Implementar estrategia de empadronamiento.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Cartera de Servicios por Curso de vida y Niveles de Atención y Complejidad.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Catálogo de prestaciones disponibles según grupos de edad a ser brindadas en cada nivel de atención, con el objetivo de programar y organizar la oferta, para garantizar capacidad de respuesta sostenible y continuidad del cuidado.</p> <p>Para más información revisar la Resolución S.G. N.º 423/2019; "Por la cual se aprueba el manual de Organización de los servicios en el marco de las Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS)".</p>	<p>Para su implementación en las diferentes unidades efectoras que integran la red nacional, redes regionales y micro redes locales de servicios de salud es importante garantizar que todo el equipo conozca las prestaciones que deben brindarse, se evalúe su implementación y se establezcan metas para reducir las brechas y aumentar la calidad de las prestaciones.</p> <p>El documento de la Cartera de Servicios está disponible en el portal del MSPyBS.</p>
<p>Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI).</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Es una herramienta de diagnóstico y análisis de la realidad local, incorporando dimensiones sobre comportamiento y determinantes sociales, orientada a identificar situaciones de riesgo específicas y niveles de desigualdades existentes en el territorio.</p> <p>Está incluida en el Manual de Funciones de las USF.</p> <p>Para más información revisar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Funciones de las USF. 	<p>La Guía de Trabajo en APS plantea que el ASSI debe incluir al menos los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción de la situación socio histórico y cultural del territorio. 2. Caracterización sociodemográfica de la población 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual 4. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población 5. Descripción de los servicios de la red, existentes y análisis de las acciones de salud realizadas 6. Análisis de la participación de la población 7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud; y 8. Elaboración del plan de acción <p>Para más información revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Dispensarización de pacientes.</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Es un proceso incluido en la Guía de Trabajo de APS, que consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas del territorio social de una USF, con el propósito de planificar y programar la prestación equitativa de servicios de salud.</p> <p>La herramienta propone clasificar a las personas en cuatro grupos dispensariales: Grupo I: Aparentemente sanos; Grupo II: Con factores de riesgo; Grupo III: Enfermos; y Grupo IV: Con discapacidad. En base a esta clasificación, se programa la frecuencia de las atenciones que debe recibir como mínimo cada paciente a lo largo del año.</p> <p>Para más información revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud. 	<p>Para su aplicación se deben considerar las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro: a partir de los datos del censo se recoge información sobre características demográficas, de salud y factores socioeconómicos que influyen en la situación de salud y riesgo familiar. • Evaluación: Incluye el examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud, mediante métodos clínicos e instrumentales, interpretación y análisis de los resultados, y clasificación de la persona en una de las diferentes categorías dispensariales. • Intervención: Planificar y aplicar las acciones y los recursos para la atención a las necesidades de la persona. • Seguimiento: Ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que se atiende.
<p>Teleconsulta.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Se refiere a las interacciones telemáticas entre el médico y el paciente a distancia, con el fin de proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico.</p>	<p>Se realiza con el fin de facilitar el acceso a atención de salud, y puede ser utilizada para monitorizar, orientar, diagnosticar y medicar a personas con ECNT, según los protocolos establecidos.</p>
<p>Sistema de citas y visitas programadas.</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Es un acuerdo interno que se establece entre el equipo de salud, para optimizar el tiempo de consulta, garantizar la accesibilidad y facilitar al paciente la continuidad de la atención.</p> <p>Se acuerda el mejor método para que el paciente sea atendido por varios proveedores en una única visita.</p> <p>Este sistema es personalizado y flexible, según las necesidades del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se acuerda el método de la gestión de citas y visitas programadas que tendrá el servicio durante una de las reuniones periódicas del equipo de salud. • Se asegura la implementación y el seguimiento mediante la asignación de responsabilidades a un funcionario (ej .profesional de enfermería para gestión de casos). • La persona asignada utiliza el registro y otros recordatorios para coordinarse con los pacientes y con el resto del equipo. • Pueden usarse diversos métodos y en distintas modalidades (mensajes por teléfonos, llamadas, visitas, etc.).



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Protocolos de sistemas de referencia y retorno.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>La referencia y retorno se refiere al proceso de comunicación entre los establecimientos de la red de servicios para dar respuesta eficiente y eficaz a las necesidades de salud de los usuarios. La referencia es el proceso de enviar a un paciente por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador, para recibir complementar su diagnóstico o tratamiento. El retorno es la respuesta que el profesional receptor de la referencia envía al profesional que la generó, con las debidas indicaciones a seguir.</p> <p>En Paraguay está protocolizada. El instrumento que se utiliza es el formulario de referencia y retorno, que incluye score de clasificación de pacientes por nivel de complejidad.</p>	<p>La gestión de la Referencia y retorno debe estar a cargo de un Gestor de la Red, designado en cada servicio de salud a partir del 2do Nivel. Su tarea es garantizar la atención del paciente en su territorio social y en el nivel de atención que le corresponda (según el Score de Niveles de Atención) a través de la actualización del directorio de referentes en todos los servicios de la redes de atención, planificación y programación del trabajo.</p> <p>La persona a cargo debe establecer el canal de comunicación entre los profesionales de diferentes niveles. Estos pueden ser formales (formularios de referencia y retorno, notas, protocolos, circulares), y combinados también informales (llamadas telefónicas, mensajes, grupos de whatsapp u otras redes). Lo importante es mantenerlos activos, que respondan a las necesidades, y que permitan llevar un registro de lo actuado.</p> <p>Una buena práctica para diseñar un buen sistema de referencia y retorno es hacer el ejercicio de ponerse en lugar del paciente usuario, y visualizar su ruta de atención, sus limitaciones y buscar resolverlos.</p>
<p>Reuniones periódicas del equipo de salud.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Reuniones interdisciplinarias secuenciales y programadas, con tiempo para análisis, consensos, definición de acuerdos, proyectos, planes.</p> <p>Dada la complejidad del modelo, es necesaria la participación y el compromiso de los miembros del equipo de salud y tomadores de decisiones involucrados.</p> <p>Medio de verificación de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de reuniones. 	<p>El coordinador de ECNT del nivel superior de gestión, debe apoyar en la designación de un encargado del MCC en cada establecimiento, que será el responsable del seguimiento de su implementación.</p> <p>Necesariamente se requieren de reuniones periódicas y sistemáticas del equipo.</p> <p>Pasos para una reunión efectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el propósito principal de la reunión. • Confirmar fecha, horario y lugar. • Identificar, convocar y realizar recordatorios a los participantes. • Definir la agenda y qué productos se esperan concretar en la reunión (acuerdos, informe, proyectos, revisión de protocolo). • Designar a una persona encargada de redactar un acta o minuta y socializarla al término de la reunión.



COMPONENTE 4. APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

Elementos claves

Para la elaboración y evaluación de las Guías de Práctica Clínica se recomienda seguir las metodologías estandarizadas, como por ejemplo, el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Esta metodología ofrece una guía estandarizada para la revisión sistemática de la evidencia sobre los riesgos y beneficios de las diferentes intervenciones diagnósticas y terapéuticas, la revisión de la calidad de la evidencia, y la calificación de la fuerza de las recomendaciones. El uso de esta metodología busca reducir al mínimo posible los sesgos financieros o intelectuales de los elaboradores de las guías mediante la declaración completa de los conflictos de interés, busca generar consensos mediante el acuerdo previo de los desenlaces clínicos críticos e importantes para evaluar la eficacia. También ofrecen propuestas de nuevas investigaciones que permitan resolver las áreas de incertidumbre.

Para la difusión e implementación de las guías y protocolos se deben aplicar diversos métodos de información y capacitación: el uso de materiales didácticos y materiales infográficos de rápida lectura, las reuniones educativas dando retroalimentación a los profesionales de la salud, y las sesiones de consulta compartida por especialistas y profesionales de atención primaria, son algunas intervenciones recomendadas.

Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Guías de Práctica Clínica actualizadas para las diferentes ECNT.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones basadas en la revisión sistemática de evidencia. Ayudan a conocer los beneficios y desventajas de diferentes intervenciones disponibles en la asistencia sanitaria. Su adecuado desarrollo, su difusión y su implementación apuntan a reducir la variabilidad en la práctica clínica, para mejorar la calidad y seguridad de la atención.</p> <p>Se recomienda que su redacción sea concisa, simple e interpretable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Programas de ECNT deben elaborar y mantener actualizadas las guías de práctica clínica, para los diferentes niveles de atención, en consenso con las sociedades científicas. • Se recomienda el uso de las metodologías estandarizadas (GRADE). • Las guías aprobadas, deben ser apropiadamente difundidas y estar disponibles para el equipo de salud de los diferentes niveles de atención. • Implementar estrategias de difusión, capacitación para su implementación, articulando entre los diferentes niveles. <p>Revise ejemplos en los siguientes enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia de Manejo de las patologías cardiocerebrovasculares del Paraguay. • Guia de practica clínica para el tratamiento de la Obesidad.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Guía rápida de ECNT.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Es un material con diseño infográfico, que sistematiza información actualizada sobre diagnóstico, tratamiento y educación al paciente, con el objetivo de facilitar y mejorar la calidad asistencial.</p> <p>Incluye flujogramas que ayudan al manejo ambulatorio del paciente dependiendo del tipo de diabetes que posea, señalando los pasos a seguir desde el primer contacto con el médico tratante hasta el diagnóstico y posterior tratamiento. Incluye información sobre fármacos, dosificación, indicaciones y contraindicaciones.</p>	<p>El material está diseñado para estar disponible en el consultorio, impreso en formato de resistente, para la revisión ágil antes, durante y entre consultas.</p> <p>Los profesionales de salud pueden usarlo como herramienta de capacitación a otros miembros del equipo, y de comunicación con los pacientes y familiares cuidadores.</p> <p>Revise ejemplos en los siguientes enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Rápida de ECNT.
<p>Sesiones de consulta conjunta.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Se trata de una modalidad de encuentros virtuales o presenciales, entre especialistas y profesionales de la atención primaria, donde se presentan casos clínicos con el objetivo de discutir el manejo del paciente (tratamientos implementados y sus respuestas). Es una forma de garantizar la implicación de especialistas en los cuidados de atención primaria. Los objetivos de estos encuentros son brindar retroalimentación y materiales para el aprendizaje, articular los mecanismos de referencia y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles de complejidad y revisar la evidencia científica que apoye la toma de decisiones de pacientes que no están logrando las metas de buen control.</p>	<p>Se debe agendar un encuentro de frecuencia periódica y según necesidad por Región o hospital, en un día y hora determinado. La presentación del caso clínico se prepara con antelación, y no debe durar más de 10 minutos.</p> <p>Se eligen casos que presenten alguna dificultad para su manejo, no se logren las metas, o se presenten problemas de adherencia al tratamiento, desde todos los puntos que abarcan al equipo multidisciplinario (Médico, Educador, Nutricionista, Psicólogo, etc.).</p> <p>Se sugiere presentar los datos de filiación, antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF), Antecedentes de la Enfermedad Actual, Examen físico, Estudios complementarios realizados, Diagnóstico, Manejo del Paciente y planteamiento del problema.</p> <p>Revise un formato sugerido en el enlace.</p>



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
Guías y flujogramas de atención. (Para todos los niveles de atención).	Son diagramas, esquemas y guías que muestran el orden de los diferentes pasos para completar un proceso de atención, que ayudan al personal de salud a la toma de decisiones con base en la evaluación médica y los factores de riesgo.	Estos protocolos y flujogramas de atención deben ser realizados y actualizados por los diferentes programas de ECNT. Cuando registran actualizaciones es importante que sean correctamente socializados, que el personal sea capacitado en su implementación, y que se realicen monitoreos y evaluaciones de su utilización en los diferentes niveles de atención.
Guía del educador en ECNT. (Para todos los niveles de atención).	<p>Es un material desarrollado por responsables de los programas de ECNT que incluye diversas herramientas didácticas que los miembros del equipo de salud pueden utilizar para proveer lineamientos de educación y motivación a pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>Se trata de un material en permanente revisión y que puede ser adaptado para cada situación específica.</p> <p>Están basadas en la guía de prácticas clínicas, adaptadas para los pacientes en los que se describe su rol en lograr el autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La educación a los pacientes no debe limitarse a la distribución de información escrita (folletos, panfletos).• Para plantear un programa de educación personalizado, que cumpla con las expectativas del paciente y su familiar es importante generar un espacio de confianza donde pueda manifestar sus dudas y preocupaciones, que serán tenidas en cuenta para elaborar el programa de educación y el plan de cuidados consensuado.• Los miembros del equipo de salud con mayores competencias en la educación clínica, deben afianzar y entrenar a sus colegas para realizar actividades de apoyo al automanejo.



COMPONENTE 5. APOYO AL AUTOMANEJO

Elementos claves

El éxito de estas intervenciones requiere la colaboración entre pacientes, su familia y el equipo de salud para establecer metas y prioridades, crear planes de cuidado y resolver problemas en la medida que van apareciendo.

Es deseable basar las intervenciones en un modelo de cambio de comportamiento, que ayude a identificar los factores relacionados a las capacidades, las oportunidades y las motivaciones (incluyendo las normas sociales, hábitos y la intención) que llevan a los pacientes a incorporar o no conductas de cuidado. La disponibilidad de programas de capacitación individualizada y grupal basados en evidencia, las intervenciones de apoyo psicosocial, las técnicas de cambio de comportamiento para crear o reforzar hábitos de cuidado, el establecimiento de metas y recompensas de conducta, y el fortalecimiento de la autoeficacia para pacientes y familiares, son elementos claves.

Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Grupos de apoyo entre pares para la adherencia al tratamiento y el automanejo (clubes).</p> <p>En la práctica, adquieren diferentes nombres y modalidades: Clubes de estilo de vida saludable, Clubes de personas con Diabetes e Hipertensión, o Clubes de Pacientes Crónicos¹.</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Son talleres grupales de educación para el automanejo de personas con enfermedades crónicas, familiares, cuidadores y otros miembros de la comunidad interesados en aprender sobre cuidados de la salud.</p> <p>En los encuentros se abordan cuestiones relacionadas al conocimiento, motivación, habilidades para manejar su condición; se incluyen herramientas de educación, concienciación y habilidades prácticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales que tendrán a su cargo la facilitación de los talleres, deben conocer metodologías de educación participativa de adultos y estrategias motivacionales que promueven o facilitan el cambio de conducta. • Dependiendo de la temática, el encuentro puede tener un momento vivencial, exposición y práctica. Preparar con anticipación un guión técnico con las dinámicas y contenidos. • Evaluar la satisfacción con la actividad al final de cada sesión y citar a la sesión siguiente, acordando el tema a tratar con los asistentes.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Plan de cuidado individualizado y consensuado.</p> <p>(Para primer y segundo nivel de atención).</p>	<p>Es un plan individualizado diseñado por el equipo de salud en conjunto con el paciente y el familiar cuidador, según corresponda, para mejorar la estabilización de la condición crónica y calidad de vida. Incluye acuerdos sobre la asistencia a controles, actividades educativas, tratamiento farmacológico y no farmacológico y cambios en el estilo de vida, basados en modelos de cambio de comportamiento.</p> <p>En los planes de cuidados, la continuidad de los cuidados tiene una alta prioridad, y todas las intervenciones incluyen la coordinación activa entre atención primaria, especialistas y otros grupos relevantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de cuidado individualizado exige la participación de equipos interdisciplinarios, técnicas de comunicación y entrenamiento en técnicas para el cambio de comportamiento. • Este plan será revisado periódicamente y se harán los ajustes necesarios en conjunto con el paciente y su familiar cuidador.
<p>Estrategias para facilitar los cambios de comportamiento.</p> <p>(Para primer y segundo nivel de atención).</p>	<p>Combinación de intervenciones basadas en evidencia que abordan factores personales, sociales y contextuales, para incorporar conductas y hábitos beneficiosos para la salud y la prevención de ECNT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Basados en la teoría social cognitiva y la teoría del comportamiento planificado (dos de las más usadas en promoción de la salud), podemos resumir los siguientes pasos para establecer una estrategia de cambio de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y cuantificar el comportamiento que se quiere incorporar • Identificar las causas del comportamiento (factores relacionados al conocimiento, las oportunidades y la motivación) • Identificar técnicas (por ejemplo, educación, fijación de metas, automonitoreo, incentivos, etc.) • Implementación, seguimiento y evaluación de avances. • Es importante que el equipo de salud reciba entrenamiento periódico sobre técnicas y se documenten y socialicen las innovaciones exitosas. <p>Ejemplo: Estrategia “Bailar, comer y reír, mi mejor medicina”</p>



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Visitas y consultas domiciliarias.</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>La visita domiciliaria ocurre cuando el personal de salud se traslada hasta el hogar de los usuarios, se aprovecha para compartir información útil sobre estilos de vida saludables, determinantes sociales de salud, invitaciones a eventos comunitarios o cerciorarse del estado de salud general de los miembros de la familia.</p> <p>A diferencia de la visita, la consulta domiciliaria, es llevada a cabo por profesionales de salud, según competencias y normativas del MSPyBS en base a los criterios de dispensarización y vulnerabilidad.</p> <p>Ambas actividades son parte del Manual de Funciones de las USF.</p>	<p>Durante la visita domiciliaria se realiza una entrevista a los miembros de la familia, como también se puede realizar una charla sobre alguna problemática detectada durante la visita.</p> <p>Las visitas son realizadas por el profesional técnico o auxiliar en enfermería u obstetricia y los Agentes Comunitarios de Salud, previa planificación de sus actividades.</p> <p>La consulta domiciliaria es realizada por un profesional de blanco (médico, odontólogo y por profesional con licenciatura).</p> <p>Para más información revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud.



COMPONENTE 6. ARTICULACIÓN CON LA COMUNIDAD

Elementos claves

El abordaje comunitario de la salud es uno de los principios que sustenta la estrategia de APS y el MCC, pero muchos equipos de salud carecen de preparación teórica para valorizar los recursos comunitarios y las instancias de participación, así como desconocen herramientas prácticas para propiciar su ejercicio.

Se requiere profundizar en la formación de los equipos de salud en herramientas que permitan afianzar los vínculos con la comunidad, tales como el mapeo de actores, el diagnóstico comunitario participativo, la planificación participativa local, campañas promocionales, la formación de líderes comunitarios, las mesas transectoriales de trabajo, los aty comunitarios, entre otras estrategias de articulación comunitaria que deben explorarse, según las características de la población y el territorio donde el servicio está asentado.

Los territorios sociales donde están asentadas las USF presentan entornos físicos, medios de vida y estructuras demográficas y comunitarias muy diversas. Estas diferencias deben ser identificadas y tenidas en cuenta en el momento de definir las estrategias de abordaje y seleccionar las mejores herramientas. La comprensión de las diferentes dinámicas comunitarias, identificación de oportunidades y creación de lazos de confianza sólo son posibles dedicándole tiempo a estas actividades comunitarias.

La temática de las ECNT y las acciones relacionadas a los factores de riesgo (alimentación saludable, actividad física y salud mental) despiertan interés en las comunidades, pero además, la reflexión sobre las posibilidades de acción debe tener en cuenta otras demandas prioritarias que surgen en los territorios, buscando motivar acciones de organización para resolver las necesidades más urgentes que emergen en los encuentros.



Intervenciones y herramientas que contribuyen a implementar este componente.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Implementación de campañas de salud comunitarias.</p> <p>(Para primer nivel de atención).</p>	<p>Las campañas de salud son un conjunto de actividades programadas en un período de tiempo determinado, encaminadas a conseguir la sensibilización sobre un problema y motivar comportamientos protectores para una vida saludable.</p> <p>Son excelentes oportunidades para identificar a líderes comunitarios y promover el uso de los recursos o activos de salud disponibles en la comunidad.</p>	<p>Actividades a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fechas alusivas a la prevención de las diferentes ECNT. • Se pueden aprovechar para convocar con anticipación a referentes de la comunidad, y sensibilizarlos sobre la problemática de las ECNT y reflexionar sobre acciones para la promoción de hábitos saludables y entornos protectores que puedan implementarse en el nivel local. • Es una buena práctica distribuir roles y compromisos con otros actores locales, haciéndoles co-organizadores de las actividades. • En el día principal de la campaña, se realiza una convocatoria masiva y se promueve su difusión y visibilidad a través de los diferentes medios de comunicación y las redes sociales.
<p>Formación y capacitación a líderes comunitarios.</p> <p>(Para primer y segundo nivel de atención).</p>	<p>En la comunidad pueden existir personas interesadas en vincularse en actividades de promoción de la salud y apoyo a la vinculación de pacientes a la atención, de manera voluntaria.</p> <p>Pueden compartir la misma condición de pacientes con ECNT o no. La participación de los líderes comunitarios es clave para brindar apoyo práctico, social y emocional a las personas usuarias del servicio, pues al compartir similares características, existe mayor confianza y sirven como buenos ejemplos para sus pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación: Las personas con interés en formarse como líderes comunitarios pueden ser identificadas en la comunidad, entre los usuarios del servicio, personas con condiciones crónicas que han asistido y participado activamente en talleres organizados por el equipo de salud, o a través de organizaciones comunitarias existentes en la comunidad. • Motivación: Se puede hacer una convocatoria entre las personas interesadas en capacitarse como líderes comunitarios. Lo ideal es contar con un grupo variable de personas. • Formación: Designar a un profesional de salud para organizar el programa de formación, dividido en sesiones. • Acompañamiento: Establecer un vínculo sólido entre el profesional formador y los líderes, por ejemplo, proveer de un número telefónico para contacto en horario hábil que les permita aclarar dudas y organizar reuniones de seguimiento. • Reconocimiento: Hacer actividades de reconocimiento de los líderes comunitarios y hacerlos sentir parte del equipo de salud.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Convenios, acuerdos y/o alianzas con organizaciones de la comunidad.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>La vinculación formal consiste en una estrecha coordinación y trabajo conjunto entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.</p> <p>Crear alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones que complementen las acciones de los equipos de salud de la familia. Tales vínculos pueden ir desde una colaboración poco definida o esporádica hasta la plena integración entre las organizaciones de atención de salud y los servicios comunitarios, donde estos últimos pueden ser aprovechados como aliados en la construcción de ambientes saludables y provisión de servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un listado de recursos disponibles en la comunidad que puedan ser útiles para personas con enfermedades crónicas. • Realizar entrevista con organizaciones comunitarias seleccionadas. • Establecer convenios/ alianzas con instituciones de interés, y planes de acción conjunta • Mantener una comunicación periódica con aquellas organizaciones que están apoyando a los pacientes con enfermedades crónicas con el fin de potenciar la efectividad de las intervenciones.
<p>Planes locales participativos o territoriales de salud.</p> <p>(Para el primer y segundo nivel de atención).</p>	<p>Es un instrumento de trabajo que establece las prioridades de acción, las metas, las actividades y los responsables que el equipo de salud se compromete a realizar en un plazo determinado (generalmente un año) en coordinación con otros actores de la comunidad, que asumen el compromiso de apoyar su implementación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para la realización del Plan Local de Salud el primer paso es la identificación y convocatoria a actores locales interesados en la temática de salud. • Se debe realizar un diagnóstico participativo, para lo cual se pueden utilizar las herramientas sugeridas en el Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) u otras herramientas que promuevan el análisis de la realidad local y la identificación de prioridades. • Una vez definidas las prioridades de acción, se establece un plan de trabajo realista y factible de aplicación, identificando indicadores de cumplimiento, actividades, plazos y responsables. • Acordar reuniones de seguimiento y de rendición de cuentas.



HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN
<p>Ordenanzas u otras normativas de promoción de la salud y control de las ECNT y los factores de riesgo.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>La legislación es una herramienta fundamental para instrumentar políticas de control de ECNT y pueden implementarse a nivel local, a través de ordenanzas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mesas de trabajo con las autoridades del gobierno local y con organizaciones no gubernamentales. • Facilitar información, datos, y propuestas de ordenanzas, para su implementación a nivel local. • Favorecer espacios para el monitoreo y evaluación de la aplicación de estas normativas y sus resultados. • Sensibilizar a las autoridades sobre la problemática de las ECNT.
<p>Estrategias de Promoción de la Salud</p> <p>Municipios Saludables, Escuelas Saludables, Centros Laborales Saludables, Familias Saludables.</p> <p>(Para todos los niveles de atención).</p>	<p>Los entornos saludables son aquellos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.</p>	<p>Implementar las estrategias de Promoción de la Salud en los diferentes entornos, según los manuales y las guías de trabajo establecidas.</p> <p>Puede consultar más información en los siguientes enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Municipios Saludables. • Escuelas Saludables. • Centros Laborales Saludables. • Familias Saludables.



Evaluación de la implementación del MCC en los servicios de salud del primer nivel de atención

En esta sección se presenta un **Cuestionario de evaluación de la atención de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención**.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a los equipos de salud del primer nivel de atención para una puesta al día en el manejo de las enfermedades crónicas e identificar oportunidades de mejora. Se pueden utilizar en las visitas de supervisión, o bien, en forma programada, por parte del propio equipo de salud, para medir sus avances.

Cada Equipo de Salud de la Familia es entrenado para realizar esta autoevaluación de la implementación de las herramientas de gestión de los diferentes componentes del MCC en su establecimiento, y a partir de los resultados, establecer un plan de mejora. El Coordinador/a del Nivel Regional aplica la misma herramienta en sus visitas de supervisión, para entrenar al equipo en su utilización. Asimismo, verifica, sistematiza y consolida estas evaluaciones, y monitorea los planes de mejora.

Instrucciones para completar el cuestionario:

El cuestionario debe ser respondido por al menos 2 (idealmente 4) integrantes del equipo de salud. Se sugiere que el equipo llegue a un consenso a través de la discusión y no de un promedio matemático para asignar el puntaje a cada ítem.

Los pasos para la autoaplicación en cada establecimiento son los siguientes:

1. Acuerden en el equipo sobre la atención a qué ECNT se autoevalúan: Diabetes, Hipertensión, otras afecciones cardiovasculares, EPOC, otras condiciones crónicas no transmisibles.
2. Responder individualmente las preguntas acerca de cómo está funcionando su organización del trabajo respecto a la atención a las ECNT que están evaluando.
3. Analizar las respuestas en equipo y llegar a consenso frente a cada ítem y componente del cuestionario. Si hay diferencias, deliberar en equipo y acordar el puntaje por consenso. Se pueden incluir observaciones al final de la evaluación para dejar registrados los acuerdos o divergencias.
4. Para cada fila, rodee con un círculo la puntuación que mejor describa el nivel de cuidados que actualmente existe en el establecimiento para el conjunto de ECNT. Cada una de las filas representa un aspecto clave en el cuidado de las enfermedades crónicas. Cada uno de estos aspectos se encuentra dividido en niveles según fases en la mejora de los cuidados crónicos. Estas fases están representadas por puntos que oscilan de 0 a 11. La puntuación más alta indica que las acciones descritas en la caja correspondiente, están siendo implementadas de forma completa.



5. Determinar el puntaje alcanzado, por componente y global: Suma los puntos de cada sección (ej., puntuación total de la parte 1), calcule la puntuación promedio (total/nº de preguntas), e introduzca los resultados en el espacio correspondiente al final de cada sección. A continuación suma el total de cada sección y obtenga la puntuación final del programa dividiendo dicha cantidad total entre 6.
6. Proponer posibles estrategias para mejorar los aspectos deficitarios, priorizarlas considerando factibilidad de intervenir y recursos disponibles.
7. Evaluar los avances volviendo a aplicar periódicamente el mismo cuestionario.

Cuestionario de evaluación de la atención de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención		
Nombre del establecimiento:	Región Sanitaria:	Fecha: ____/____/____ Día Mes Año
Nombre y cargo de las personas que participan del llenado del cuestionario:		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Responda a las preguntas indicadas por cada componente y calcule su puntaje promedio.

COMPONENTE 1. Organización de los servicios de atención de salud: Los programas de manejo de enfermedades crónicas pueden ser más efectivos si la organización está orientada y dirigida de forma que sea posible tener un enfoque en el cuidado de los pacientes crónicos. La mayoría de las herramientas de gestión en el nivel organizativo se aplican en la Región Sanitaria, pero es necesario que el equipo de salud del primer nivel de atención conozca el MCC y su instrumento de evaluación.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿El equipo de salud conoce este Instrumento de evaluación de la atención de ECNT?	Este instrumento de evaluación no se conoce por parte de los integrantes del equipo.			Los integrantes del equipo conocen este instrumento de evaluación pero se aplica sólo en forma muy ocasional.			Los integrantes del equipo conocen este instrumento de evaluación y se aplica en forma sistemática, pero no participan todos.			Los integrantes del equipo conocen este instrumento de evaluación y se aplica en forma sistemática con una activa participación.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Organización de los servicios de atención de salud: Puntuación: _____



COMPONENTE 2. Sistema de Información clínica: La disponibilidad de información útil y oportuna sobre pacientes y poblaciones con enfermedades crónicas es clave para que los programas de manejo de estas enfermedades sean efectivos, en especial si se aplica un enfoque poblacional.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿Se utilizan en el establecimiento sistemas de información en formato electrónico?	No están disponibles			Las presentaciones se registran en los sistemas (SAA y/o HIS) pero con limitaciones.			Las presentaciones se registran en los sistemas (SAA y/o HIS) y se utilizan los reportes para para ordenar subpoblaciones según prioridades clínicas.			Las presentaciones se registran en los sistemas (SAA y/o HIS) y el sistema está asociado a guías de práctica clínica que disparan recordatorios y alertas sobre los servicios necesarios por cada paciente.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Se utiliza en el establecimiento el Registro Nacional de personas con Diabetes?	No se conoce en el servicio.			El servicio tiene identificado a uno o más profesionales especialistas que confirman el diagnóstico de Diabetes Tipo I y tiene a su cargo la notificación de nuevos casos en el Registro Nacional.			El servicio está en comunicación con uno o más profesionales especialistas que confirman el diagnóstico de Diabetes Tipo I y tienen a su cargo la notificación de nuevos casos en el Registro Nacional.			El servicio está en comunicación con uno o más profesionales especialistas y realiza el seguimiento de los casos registrados.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11



Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
<p>¿Se cuenta en el establecimiento con un Registro nominal?</p> <p>(listado de pacientes con enfermedades específicas).</p>	No está disponible.			El listado se puede obtener por solicitud sólo mediante esfuerzos especiales, no está disponible en forma rutinaria.			El listado está disponible de forma rutinaria (se actualiza trimestralmente con datos del SAA, el HIS u otras herramientas de registro).			Se facilita el listado a los miembros del equipo de salud de forma rutinaria para ayudarles a brindar cuidados planificados y monitorear la atención.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<p>¿Se utiliza en el establecimiento Mi cuaderno de Salud?</p>	No se utiliza.			El cuaderno es entregado, pero no se realiza seguimiento.			El cuaderno es entregado y se verifica que sea traído en cada consulta, pero no se utiliza como instrumento complementario de referencia y retorno en otros niveles de atención.			El cuaderno es entregado y se verifica que sea traído en cada consulta y es utilizado como un instrumento complementario para referencia y retorno.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sistema de Información clínica:

Puntuación total: _____ **Puntuación promedio:** (Total / 4): _____



COMPONENTE 3. Diseño del sistema de atención: La evidencia sugiere que el manejo efectivo de las enfermedades crónicas implica más que la simple adición de intervenciones al sistema actual centrado en la atención a procesos agudos. Pueden ser necesarios cambios en la organización de los servicios que impacten sobre la provisión de cuidados.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿De qué forma utilizan la clasificación de pacientes según nivel de atención (score)?	No se conoce ni se utiliza.			El equipo de salud conoce y ha sido capacitado, pero no se utiliza sistemáticamente.			El equipo conoce y ha sido capacitado, y cada paciente recibe su clasificación de riesgo, pero no se hace el seguimiento.			El equipo ha sido capacitado en el uso del SCORE, cada paciente es correctamente clasificado y se monitorean los controles.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Realizan el Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI)?	No se realiza.			Se ha realizado en alguna oportunidad el ASSI, pero no se ha actualizado.			Se tiene actualizado el ASSI, pero el proceso de elaboración ha sido poco participativo.			Se tiene actualizado el ASSI y su elaboración ha sido un proceso participativo e intersectorial		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Realizan la dispensarización de pacientes?	No se realiza.			Se ha realizado en alguna la clasificación de los pacientes para dispensarización, pero no se ha actualizado			Se realiza la clasificación de los pacientes por grupos de dispensarización, pero no se cumplen las normas de atención establecidas.			Se realiza la clasificación de los pacientes por grupos de dispensarización, y se cumplen las normas de atención recomendadas para cada grupo.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Utilizan un sistema de citas y visitas programadas?	No se utiliza.			Se agendan algunas citas y visitas, pero no en forma sistemática.			Se utiliza un sistema de citas y visitas programadas, pero no se hacen recordatorios a los pacientes.			Se utiliza un sistema de citas y visitas programadas, que incluye recordatorios para coordinar con el paciente y el resto del equipo.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11



Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿Se utiliza un sistema de referencia y retorno?	No se tiene actualizado el directorio de referentes de la cartera de servicios que integran la red.			Se dispone un directorio actualizado de los referentes de la cartera de servicios que integran la red, y un canal de coordinación establecido.			El canal de coordinación y comunicación es activo y responde en algunas situaciones.			El canal de coordinación y comunicación es activo y responde en la mayoría de las situaciones.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Se realizan reuniones periódicas del equipo de salud?	No se realizan			No se agendan y se realizan en situaciones excepcionales, no se lleva registro sistematizado de las decisiones o los acuerdos.			Se agendan y se realizan en forma periódica, se lleva un registro limitado de las decisiones o los acuerdos.			Se agendan y realizan en forma periódica, se lleva un registro de las decisiones y de los acuerdos establecidos, que permite hacer seguimiento de los procesos.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Diseño del sistema de atención:

Puntuación total: _____ **Puntuación promedio:** (Total / 6): _____



COMPONENTE 4. Apoyo a la toma de decisiones: Los programas efectivos de manejo de enfermedades crónicas garantizan el acceso de los proveedores a la información basada en la evidencia necesaria para el cuidado de los pacientes y el apoyo a la toma de decisiones. Esto incluye guías de práctica clínica o protocolos basados en la evidencia, consultas especializadas, educación de los proveedores, y la activación de los pacientes para lograr que los equipos de proveedores estén al tanto de las terapias efectivas.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿De qué forma utilizan las Guías de Práctica Clínica, actualizadas para las diferentes ECNT?	No se conocen o no están disponibles.			Están disponibles para algunas ECNT pero no incorporadas a la prestación de servicios.			Están disponibles y apoyadas mediante la educación del equipo de salud.			Están disponibles para todas las ECNT, apoyadas mediante la educación del equipo de salud e integradas en la prestación de servicios mediante recordatorios a los proveedores de servicios.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿Participan de sesiones de consulta conjunta?	No se realizan en la RS ni existe ningún canal para implicar a los especialistas en los cuidados de atención primaria.			No se participa pero hay alguna implicación de especialistas en los cuidados de atención primaria a través de los métodos tradicionales, como la derivación.			Se participa ocasionalmente y hay implicación de especialistas en los cuidados de atención primaria a través de los métodos tradicionales.			Se participa sistemáticamente, utilizando métodos optimizados, e incluye el liderazgo de los especialistas designados que proveen entrenamiento y educación al equipo.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿De qué forma utilizan la Guía del educador en ECNT?	No se conoce ni utiliza.			Se conoce sobre la guía y se reconoce su propósito pero no se utiliza.			Se conoce y se utiliza ocasionalmente pero no de forma sistemática.			La guía se conoce, está disponible, el equipo fue capacitado en su utilización y se aplica en forma sistemática.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Apoyo a la toma de decisiones:

Puntuación total: _____ Puntuación promedio: (Total / 3): _____



COMPONENTE 5 Apoyo al automanejo: El apoyo al automanejo efectivo puede ayudar a los pacientes y a sus familias a afrontar los retos que surgen al vivir con una enfermedad crónica, y permite controlar los síntomas y reducir las complicaciones.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente	Nivel Básico	Nivel Bueno	Nivel Óptimo
<p>¿Se organizan grupos de apoyo entre pares para contribuir al automanejo?</p> <p>Ej. Clubes de pacientes.</p>	No se organizan.	Se organizan espacios donde se entrega información escrita (folletos, trípticos) y se brindan explicaciones orales breves .	Se organizan espacios donde se brinda información de forma oral (charlas expositiva) con poca interacción entre los participantes.	Son reuniones donde se da intensa interacción con los participantes y se utilizan técnicas y dinámicas innovadoras, con evaluación de los resultados.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<p>¿El equipo de salud establece un plan de cuidado individualizado y consensuado con cada paciente?</p>	No se realiza.	El plan de cuidado se realiza en forma básica. Es decir, el profesional establece una meta terapéutica, que se comunica en palabras sencillas al paciente, pero el plan a seguir no se establece de manera interdisciplinaria y participativa.	El plan de cuidado se realiza en forma interdisciplinaria y participativa, pero con limitaciones por falta de conocimiento de estrategias de cambio de comportamiento.	El plan de cuidado se realiza en forma interdisciplinaria y participativa, incorporando entrenamiento en técnicas para el cambio de comportamiento.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<p>¿El equipo realiza visitas y consultas domiciliarias?</p>	No se realizan.	Se realizan según necesidad.	Se realizan en forma programada, para dar cumplimiento a la programación establecida en las normativas.	Se realizan en forma programada, para dar cumplimiento a la programación establecida en las normativas, y son coordinadas en forma participativa con los involucrados.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Apoyo al automanejo:

Puntuación total: _____ **Puntuación promedio** (Total /3): _____



COMPONENTE 6. Articulación con la comunidad: Los vínculos entre los proveedores de servicios y los recursos comunitarios juegan un papel muy importante en el manejo de las enfermedades crónicas.

Herramientas a implementar	Nivel Deficiente	Nivel Básico	Nivel Bueno	Nivel Óptimo
¿El equipo organiza campañas y actividades de salud comunitaria? (Por ejemplo, octubre rosa, noviembre azul entre otros).	El equipo no organiza eventos o actividades para la comunidad.	Se organizan algunas campañas y actividades, pero la frecuencia y alcance son limitados.	Se organizan campañas y actividades de manera regular y planificada. Existe una variedad de eventos que abordan temas relevantes para la comunidad. Son principalmente actividades expositivas del equipo de salud.	Se organizan campañas y actividades de forma continua, participativa y sistemática entre el equipo de salud, la comunidad y los pacientes. Además de las actividades expositivas incluyen dinámicas participativas con los pacientes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
¿Identifican y capacitan a personas líderes comunitarias en salud?	No se han identificado a personas líderes comunitarias que apoyen el abordaje de las ECNT en el servicio.	Se identifican personas líderes de la comunidad pero trabajan independientemente en temas de ECNT, sin coordinación con el servicio de salud.	Las personas líderes comunitarias realizan algunas actividades sobre ECNT en coordinación con el servicio de salud, pero no están coordinadas en un plan.	Las personas líderes comunitarias realizan actividades sobre ECNT y están vinculadas a un plan de trabajo con el equipo de salud.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
¿El equipo genera acciones de autogestión (para apoyo y logística de sus actividades comunitarias)? Por ejemplo, convenios, acuerdos y/o alianzas con organizaciones	No se implementan ninguna de estas estrategias.	Se implementan algunas estrategias de entornos saludables, pero con escaso acompañamiento y bajo impacto.	Se implementan estrategias de entornos saludables, en forma intermitente, con algunos resultados pero sin garantía de sostenibilidad.	Existen experiencias exitosas y sostenidas de trabajo articulado con estrategias de entornos saludables.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11



Herramientas a implementar	Nivel Deficiente			Nivel Básico			Nivel Bueno			Nivel Óptimo		
¿Cuentan con un plan local o territorial de salud que aborde las ECNT?	No existe o no contempla actividades de abordaje de las ECNT y sus factores de riesgo.			Considera algún grado de coordinación con las ECNT y los factores de riesgo pero las actividades no se implementan.			Considera algún grado de coordinación con las ECNT y los factores de riesgo y las actividades se implementan parcialmente.			Contempla e implementa actividades para el abordaje comunitario de las ECNT y sus factores de riesgo.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿El equipo de salud fomenta ordenanzas u otras normativas de promoción de la salud y control de las ECNT y los factores de riesgo?	No existen ordenanzas ni se fomentan las mismas.			El equipo de salud se involucra en el fomento de ordenanzas y normativas pero aún no han sido aprobadas.			El equipo de salud se involucra en el fomento de ordenanzas y normativas que están aprobadas, pero no se monitorea su cumplimiento.			El equipo de salud se involucra en el fomento de ordenanzas y normativas que están aprobadas y existe un seguimiento de su cumplimiento por parte de actores interinstitucionales.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
¿El equipo de salud fomenta estrategias de entornos saludables? Por ejemplo, escuela saludable, municipio, barrio saludable.	No se implementan ninguna de estas estrategias.			Se implementan algunas estrategias de entornos saludables, pero con escaso acompañamiento y bajo impacto.			Se implementan estrategias de entornos saludables, en forma intermitente, con algunos resultados pero sin garantía de sostenibilidad.			Existen experiencias exitosas y sostenidas de trabajo articulado con estrategias de entornos saludables.		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Articulación con la Comunidad:

Puntuación total: _____ **Puntuación promedio** (Total / 6): _____



Métodos utilizados para recabar la información

Describa brevemente el proceso que usó para rellenar el cuestionario (por ejemplo, mediante consenso por el responsable junto a los otros miembros del equipo; o cada miembro relleno un cuestionario y se promediaron las puntuaciones, etc).

Resumen de puntuaciones (apunte aquí las Puntuaciones Promedios de cada componente anterior).

COMPONENTE	Puntuaciones
Organización de los servicios de atención de salud	
Sistemas de información clínica	
Diseño del sistema de atención	
Apoyo a la toma de decisiones	
Apoyo del automanejo	
Articulación con la comunidad	
Puntuación total (Suma de totales)	
Puntuación promedio (Total / 6)	Región Sanitaria:

Interpretación de los resultados.

Este **Cuestionario de evaluación de la atención de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención** está organizado de forma que la puntuación promedio más alta (un 11) se refiere a cuidados óptimos en enfermedades crónicas y la más baja (un 0) corresponde a unos cuidados crónicos deficientes.

Es decir:

Entre "0" y "2" = cuidados deficientes en enfermedades crónicas

Entre "3" y "5" = cuidados básicos en enfermedades crónicas

Entre "6" y "8" = cuidados buenos en enfermedades crónicas

Entre "9" y "11" = cuidados muy buenos en enfermedades crónicas

Lo habitual en una colaboración será comenzar con puntuaciones por debajo de 5 en casi todas las áreas. Con frecuencia los equipos se puntúan inicialmente por encima de los cuidados que en realidad están dando. Por ello, conforme comienza la aplicación de los cambios, puede parecer que las puntuaciones disminuyen, lo que suele significar un mejor entendimiento del sistema de cuidados descrito en cada componente. Con el tiempo los totales mejoran de forma clara, gracias a la implantación de medidas correctoras.



Consolidado de evaluación de la atención de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención por Región Sanitaria.

En este cuadro el Coordinador/a Regional de ECNT puede llevar un registro donde verifica, sistematiza y consolida estas evaluaciones, y monitorea las evaluaciones realizadas en los establecimientos del primer nivel de su Región Sanitaria. En una matriz similar se puede monitorear las metas establecidas en los planes de mejora.

Región Sanitaria:

Responsable:

Componentes evaluados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	...	Puntaje promedio por Componente
Fecha de última evaluación														
Organización de los servicios de atención de salud														
Sistemas de información clínica														
Diseño del sistema de atención														
Apoyo a la toma de decisiones														
Apoyo del automanejo														
Articulación con la comunidad														
Puntaje promedio por Establecimiento														

Entre "0" y "2" = cuidados deficientes en enfermedades crónicas; Entre "3" y "5" = cuidados básicos en enfermedades crónicas; Entre "6" y "8" = cuidados buenos en enfermedades crónicas; Entre "9" y "11" = cuidados muy buenos en enfermedades crónicas.

Reporte de monitoreo.

Indicador de seguimiento: % de establecimientos de salud de la RS que alcanzan la puntuación equivalente a cuidados buenos en enfermedades crónicas, según el MCC.			
Línea de base: Fecha:	Monitoreo 1: Fecha:	Monitoreo 2: Fecha:	Monitoreo 3: Fecha:



Referencias consultadas

- Bengoa R, Martos F, Nuño R, Kreindler S, Novak T, Pinilla R (2010). Management models. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>.
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & VonKorff, M. (2002). Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health services research*, 37(3), 791–820. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00049>.
- Cabral de Bejarano, M. S., Sedliak, D., Tullo Gómez, E., & Royg Brugada, D. (2023). Innovación instrumental y metodológica para sistematizar Análisis de Situación de Salud Integrada (ASSI) en el Primer Nivel de Atención. *UNIDA Salud*, 2(2), 31–39. Recuperado a partir de <https://revistacientifica.unida.edu.py/publicaciones/index.php/unidasld/article/view/163>.
- González-Burboa A. et al (2019). Diabetes Mellitus tipo 2 y cuidados crónicos en Chile. *Rev Med Chile*; 147: 361-366.
- Kuerten Rocha, Patricia, & Lenise do Prado, Marta. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo?. *Index de Enfermería*, 17(2), 128-132.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017) Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud ISBN 978-99967-36-48-3 Asunción, Paraguay.
- Organización Panamericana de la Salud (2013) Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC.. ISBN 978-92-75-11738-5.
- Organización Panamericana de la Salud (2016) Manual de Tecnologías de la Salud. Cómo mejorar el manejo integrado de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención de los servicios de salud. Washington, DC. ISBN 978-92-75-31885-0.



- Organización Panamericana de la Salud (2014). Pasaporte para una Vida Saludable. Washington DC. . Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/opsoms-pasaporte-para-vida-saludable-2014#:~:text=El%20Pasaporte%20de%20Cuidados%20Cr%C3%B3nicos,la%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica>.
- Royg, Doris (2022). Información estratégica para la elaboración del Plan Operativo Anual de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2022. Documento de Trabajo del Programa Nacional de Diabetes.
- Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaeche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., & Alonso-Coello, P. (2015). Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica [GRADE: Methodology for formulating and grading recommendations in clinical practice]. *Atencion primaria*, 47(1), 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>.
- Sanchez, Claudia (2021). Implementación de la estrategia del modelo de cuidados crónicos en las 18 Regiones Sanitarias en el marco del Plan Nacional de las ECNT 2014-2024. Documento de Trabajo de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.
- Schmittdiel, J., Mosen, D. M., Glasgow, R. E., Hibbard, J., Remmers, C., & Bellows, J. (2008). Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of general internal medicine*, 23(1), 77–80. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0452-5>.
- Wagner E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective clinical practice : ECP*, 1(1), 2–4.





Orientaciones para la Implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) en la Atención Primaria de la Salud

**EN ARTICULACIÓN CON LAS REDES INTEGRADAS E
INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)**

PARAGUAY - 2023

ISBN: 978-99925-11-39-8

