



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PROPORCIONADA A USUARIOS/AS
CON ENFERMEDAD CRÓNICA CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN
CON INDICADORES DE COMPENSACIÓN**



MARIA ELENA LAGOS GARRIDO

TESIS PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

Profesor Guía Dra. Alide Salazar Molina

Julio 2014

Concepción, Chile

©2014 María Elena Lagos Garrido

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por

Cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PROPORCIONADA A USUARIOS/AS
CON ENFERMEDAD CRÓNICA CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN
CON INDICADORES DE COMPENSACIÓN**

POR

MARIA ELENA LAGOS GARRIDO

**TESIS PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

Profesor Guía Dra. Alide Salazar Molina

Julio 2014

Concepción, Chile

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO

CALIFICACIONES

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dr. Alide Salazar Molina

Profesor Asociada Universidad de Concepción
Doctor en Enfermería, U. de Concepción, Chile.

Profesora Dr. © Daisy Vidal Gutiérrez

Profesor Asociado Universidad de Concepción
Dr. © en Salud Mental. Universidad de Concepción, Chile

Profesora Magíster Mónica Muñoz Peñailillo

Profesora Asistente Universidad de Concepción.
Magíster en Enfermería, Universidad de Concepción.

Directora del Programa

Profesora Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil

Convenio de Desempeño UCO1201 de la Universidad de Concepción Apoyo financiero para el desarrollo de la tesis



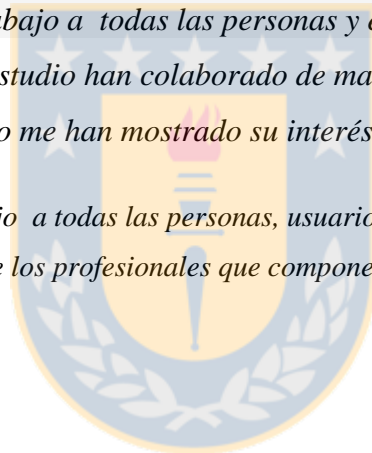
DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Así también dedico este trabajo a todas las personas y equipos de salud que a lo largo de la elaboración de este estudio han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones, o me han mostrado su interés y apoyo moral.

Finalmente dedico este trabajo a todas las personas, usuarios y familias que confían su vida en los conocimientos y esfuerzos de los profesionales que componen los diferentes equipos de salud.



AGRADECIMIENTOS

A Dios agradezco su gran amor y absoluta compañía, quien siempre ha estado en mi vida y la ha bendecido para hacer de ella su voluntad en quienes más lo necesitan.

Agradezco a quienes alumbraron y apoyaron las decisiones que motivaron a iniciar este proceso, mis padres y mi familia, Felipe y mi hija Gabriela, gracias por entender y respetar mis deseos. Agradezco infinitamente todas sus preocupaciones.

Asimismo reconozco la gran comprensión y apoyo de mi docente guía Alide Salazar Molina y de mi gran compañera de Doctorado Sara Guerrero Núñez.

Del mismo modo agradezco el apoyo de la Universidad de Concepción, a través de Programa Vida Saludable por el financiamiento. Así como también al Servicio de Salud Talcahuano, a través de Sra. Ingrid Briones asesora del Programa de Salud Cardiovascular.

Finalmente entregó mis agradecimientos a todos los Departamentos de Salud y sus correspondientes equipos de salud por haber participado en esta investigación y al Doctor Oscar Arterga por haber facilitado el instrumento ACIC 3.5 e información relevante para este estudio.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	8
INDICE DE TABLAS	11
INDICE DE FIGURAS	12
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	17
INVESTIGACIÓN PROPUESTA	17
1.1. Fundamentación del problema de investigación.	17
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL	24
2.1. MARCO TEORICO.	24
Modelo de Cuidados Crónicos.	24
2.2. MARCO CONCEPTUAL	28
2.2.1. Evaluación de la Calidad de la Atención de Salud.	28
2.2.2. Programa de Salud Cardiovascular.	30
2.3. MARCO EMPIRICO	35
CAPITULO 3: HIPOTESIS	40
3.1. Hipótesis Conceptual:	40
3.2. Hipótesis Operacional:	40
CAPITULO 4: OBJETIVOS	41
4.1. Objetivo General:	41
4.2. Objetivos Específicos:	41

CAPITULO 5: SUJETOS Y METODOS	43
5.1. Diseño:	43
5.2. Unidad de análisis:	43
5.3. Unidad de Observación:	43
5.4. Universo:	43
5.5. Variables del estudio:	44
5.5.1. Variables independientes:	44
5.5.2. Variable Dependiente:	44
5.6. Criterios de inclusión:	44
5.7. Criterios de exclusión:	44
5.8. Instrumentos recolectores de datos:	45
5.9. Recolección de datos:	46
5.10. Procesamiento de los datos:	46
5.11. Análisis de los datos:	46
5.12. Consideraciones Éticas:	48
CAPITULO 6: RESULTADOS	50
CAPITULO 7: DISCUSION	64
CAPITULO 8: CONCLUSIONES	77
CAPITULO 9: SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	79
9.1. Sugerencias	79
9.2. Limitaciones	81
CAPITULO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82

CAPITULO 11: ANEXOS	90
11.1. ANEXO A. Definición Nominal y Operacional de Variables.	90
11.2. ANEXO B. Cuestionario de Variables Biodemográficas.	94
11.3. ANEXO C. Instrumento ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC) Version 3.5- Adaptado al Castellano Chileno).	96
11.4. ANEXO D. Consentimiento Informado.	113
11.5. ANEXO E. Carta de aprobación de Comité de Ética Universidad de Concepción.	115
11.6. ANEXO F. Carta de aprobación de Comité de Ética Servicio de Salud Talcahuano.	116
11.7. ANEXO G. Carta de financiamiento de Convenio de Desempeño Vida Saludable CDUCO1201.	118

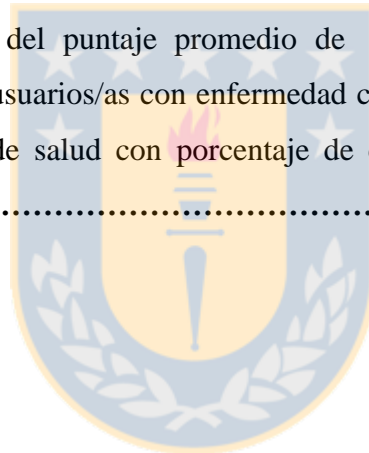


Tabla 2.1. Porcentaje de Compensación para la hipertensión arterial en la Región del Bío-Bío.....	32
Tabla 2.2. Porcentaje de Compensación para la diabetes mellitus tipo 2 en la Región del Bío- Bío.....	34
Tabla 5.1. Plan de análisis de la Información.....	47
Tabla 6.1. Características biodemográficas de los participantes del estudio	50
Tabla 6.2. Puntajes promedios obtenidos por cada estamento en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica, según sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global.....	52
Tabla 6.3. Puntajes promedios obtenidos en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica de cada sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global por cada equipo de salud.....	55
Tabla 6.4. Análisis de Varianza y explicación de los puntajes promedios obtenidos en cada Centro de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano (Puntaje Global /7).....	59
Tabla 6.5. Distribución numérica y porcentual, respecto de las dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).....	60
Tabla 6.6. Distribución numérica y porcentual de los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial, correspondiente al Servicio de Salud Talcahuano.	61

GRAFICO 2.1. Modelo de Cuidado Crónicos..... **25**

GRAFICO 6.1. Correlación del puntaje promedio de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5) de cada equipo de salud, con porcentaje de compensación de hipertensión arterial..... **62**

GRAFICO 6.2. Correlación del puntaje promedio de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5) de cada equipo de salud con porcentaje de compensación de la diabetes mellitus tipo 2. **63**



Antecedentes: Los cambios epidemiológicos han puesto a prueba los sistemas de salud, revelando deficiencias en la organización, seguimiento y tratamiento, de la atención de los usuarios con enfermedades crónicas.

Objetivo: Determinar si la atención proporcionada por los equipos de salud del Servicio de Salud Talcahuano (SST) a usuarios/as crónicos con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, en el nivel primario de atención, es congruente con el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) y si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada con los indicadores de compensación del programa de salud cardiovascular.

Sujetos y Método: Diseño: Transversal, descriptivo correlacional. Unidad de observación: el equipo de salud cardiovascular compuesto por Médico, Enfermera, Nutricionista, Asistente Social, Técnico en Enfermería, Psicólogo. Universo: Todos los equipos de salud que otorguen atención al usuario crónico cardiovascular (diabético e hipertenso) en establecimientos del nivel primario de atención en el Servicio de Salud Talcahuano, (10 equipos) y los registros de los indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del programa cardiovascular del Resumen Estadístico Mensual (REM). Instrumento: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas versión 3.5 adaptada al castellano Chileno. Análisis estadístico: Estadística descriptiva e inferencial. Se consideró como significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados: La atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica, fue evaluada como apoyo básico a las enfermedades crónicas, la sección mejor evaluada categorizada, como un apoyo razonablemente bueno a las enfermedades crónicas, correspondió a “Organización del Sistema de atención de salud”, las secciones evaluadas con más bajos puntajes correspondieron a “Integración de los componentes del modelo” y “Apoyo a la toma de decisiones”. Con respecto a relación entre la evaluación de la atención otorgada por los equipos de salud a usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial e indicadores de compensación del programa de salud cardiovascular, se encontró una correlación con tendencia positiva, pero no significativa.

Conclusión: Este estudio permitió conocer que el equipo de salud evalúa la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular como apoyo básico a las enfermedades crónicas, sin encontrarse relación significativa con los indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Palabras clave: Enfermedad crónica, prestación de atención de salud, equipo de atención al paciente, enfermería cardiovascular.



Background: Epidemiological changes have challenged health systems, revealing shortcomings in the organization, monitoring and treatment of the attention of users with chronic illnesses.

Objective: To determine whether the care provided by health teams is congruent with the Chronic Care Model (CCM) and the correlation between the evaluation of care given by health teams to chronic users with type 2 diabetes mellitus and / or hypertension pressure, the primary care level, with indicators compensation program cardiovascular health.

Subjects and Methods: Design: A cross-sectional descriptive correlational study .Unit of observation: the cardiovascular health team consisting of Physicians, Nurse, Nutritionist, Social Worker, Nursing Technician, Psychologist. Universe: All teams that give health care to cardiovascular chronic user (diabetes and hypertension) in Primary Health Care Centers of the Health Service Talcahuano (10 teams) and records indicators compensation for type 2 diabetes mellitus hypertension and cardiovascular program Monthly Statistical Summary. Instrument: Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) Chilean version 3.5 adapted to Castilian. Statistical analysis: descriptive and inferential statistics. Statistical significance was considered as $p < 0.05$.

Results: The attention given to users / as chronic disease, was evaluated as basic support for chronic diseases, the section best evaluated categorized as a reasonably good support for chronic disease corresponded to " Organization System of health care" , sections evaluated with lower scores corresponded to "Integration of chronic care components" and "Decision Support". Regarding the relationship between evaluation of care given by health teams to users / as with diabetes mellitus type 2 and / or Hypertension, compensation and indicators of cardiovascular health program a correlation was found with positive trend, but not significant.

Conclusion: This study yielded information that the computer evaluates the health care provided to users / as chronic cardiovascular disease as basic support for chronic diseases. found no significant relationship to performance indicators compensation for Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension.

Keywords: chronic disease, health care delivery, patient care equipment, cardiovascular nursing.



INVESTIGACIÓN PROPUESTA

1.1. Fundamentación del problema de investigación.

En la actualidad el mundo ha experimentado una inestabilidad entre los problemas de salud agudos y crónicos. Las enfermedades crónicas son responsables del 60% de la carga mundial de morbilidad y continúan aumentando de tal manera que para el año 2020 los países en desarrollo pueden aumentar en un 80% su carga de morbilidad causada por los problemas crónicos. La Organización Mundial de Salud (OMS) refiere que de 6,3 millones de muertes en el mundo, las tres cuantas partes corresponden a enfermedades crónicas ⁽¹⁾.

Las enfermedades crónicas (EC) son definidas como enfermedades de curso prolongado, que no se resuelven espontáneamente, rara vez se curan totalmente, pueden ser prevenibles al actuar sobre los factores de riesgo, pueden compartir varios factores de riesgo y además presentan efectos interactivos, aditivos y sinérgicos. Si estos factores de riesgo fueran eliminados se podría prevenir al menos 80% de las enfermedades del corazón, el ataque cerebral, la diabetes tipo 2, y 40% de los cánceres ⁽²⁾. Existen muchas enfermedades crónicas y con ellas problemas de discapacidad, pero todas tienen en común que afectan habitualmente a los aspectos social, psicológico y económico de la vida de las personas ⁽²⁻⁶⁾.

En Chile los cambios a nivel demográfico y epidemiológico, han aumentado la esperanza de vida al nacer, el envejecimiento y con esto la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, adicción al tabaco, hiperlipidemias, insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular, asma y depresión ⁽³⁾. Es así como un 84% de la carga de enfermedad corresponde a las enfermedades crónicas y un 12% al grupo de lesiones. Se destaca la enfermedad

isquémica del corazón como la causante de más muertes en población adulta baja y la baja proporción de personas con diabetes mellitus tipo 2 que está bien controlada, con Hb A1c <7%, entre un 19,7% y 17,6%. ⁽³⁻⁵⁾. En la Región del Bío-Bío la prevalencia de hipertensión arterial supera el promedio nacional con 29,9 %, por su parte los indicadores de compensación para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran bajo el promedio nacional, con un 61% y un 41% ⁽⁴⁾.

Los cambios epidemiológicos descritos han puesto a prueba los sistemas de salud, revelando deficiencias en la organización, seguimiento y tratamiento de la atención de enfermedades crónicas, debido a 3 problemas ⁽⁶⁾:

1. Los pacientes pueden estar largos períodos sin que nadie se preocupe por sus condiciones, lo que disminuye la adhesión a las terapias y tratamientos, resultando en mala salud a un costo muy elevado para las familias, los gobiernos y la sociedad ⁽⁶⁾.
2. El sistema sanitario y los modelos de salud tradicionales están preparados para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, no para la atención proactiva de los enfermos crónicos ^(6,7).

En el mundo, los sistemas de salud tienen un plan para la gestión de enfermedades crónicas, pero simplemente tratan los síntomas cuando se presentan.

Los profesionales de atención sanitaria continúan trabajando con el modelo de salud de cuidados centrados en episodios a corto plazo, a pesar de los cambios epidemiológicos, avances tecnológicos y cambios económicos ⁽⁹⁾.

3. Los profesionales de atención de salud continúan otorgando cuidados de forma rutinaria, esto significa que la formación de los proveedores de la salud no ha experimentado, por lo general, una evolución pareja. Autores han señalado que la formación, educación y conocimientos de los expertos de la salud de hoy día no son los adecuados para la atención a los enfermos crónicos ^(7,8, 10).

Por otra parte las intervenciones tradicionales (consultas y controles, educación, medicamentos), no han logrado resolver estos problemas, especialmente si se dan en forma aislada y prevee que la atención no mejorará con agregar más estrés al sistema actual ⁽¹⁰⁾.

Es así como la forma en que se otorgan los cuidados actualmente conlleva a una identificación inadecuada de los usuarios en la población, escasa coordinación entre los servicios que atienden y los usuarios, evaluación solo de resultados en la población y deficiente calidad en la atención otorgada ⁽⁸⁻¹¹⁾.

El problema del cuidado de las enfermedades crónicas, necesita una solución multidimensional que afecte al comportamiento de los individuos, lo que significa que los clientes crónicos necesitan atención coordinada a lo largo del tiempo, centrada en sus necesidades, valores y diferencias, además necesitan adquirir conocimientos dirigidos hacia el autotratamiento con la finalidad de la prevención de complicaciones predecibles.

Rediseñar y reestructurar la atención de salud, ha sido una propuesta de diferentes organizaciones a nivel mundial, enfocada en intervenciones de cambio en el proceso de atención sanitaria, que mejoran los sistemas de cuidados de las personas con afecciones crónicas ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han desarrollado estrategias que contemplan modelos de gestión que involucran la elaboración de políticas y habilidades económicas para prevenir y controlar las afecciones crónicas ⁽⁹⁾. Los modelos de gestión de cuidados de enfermedades crónicas desarrollados corresponden al Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) de Wagner y el Marco para los Cuidados Innovadores de los Estados Crónicos de la OMS (ICCC), los cuales son desarrollados y adaptados según la realidad local de cada país.

Del mismo modo, el Consejo Internacional de Enfermeras, refiere que es necesario que en todo el mundo las enfermeras tomen la iniciativa y se comprometan con todas las partes de la comunidad y sectores para abordar esta amenaza creciente para la salud y el bienestar mundial ^(10,11).

En nuestro país una oportunidad para alcanzar un equilibrio entre las acciones curativas y las preventivas, es la formulación de Objetivos Sanitarios, dirigidas a reducir la incidencia de las enfermedades crónicas ^(12,13). En particular, en área cardiovascular el nuevo enfoque del Programa Salud Cardiovascular (PSCV), tiene como objetivos: detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conducta y adherencia a tratamiento, promover estilos de vida saludable, que permita evitar la aparición de factores de riesgo; mantener y ampliar los programas tradicionales y realizar gestión eficiente ⁽¹³⁾. Para ello se precisa el monitoreo y seguimiento, a través de la medición de los indicadores de compensación de los usuarios/as atendidos en el programa cardiovascular. Sin embargo es necesario considerar como se ejecuta el proceso, por lo tanto es ineludible una mirada integral de los pacientes portadores de estas condiciones crónicas permitiendo disminuir los daños en salud y lograr un adecuado uso de los recursos del sector ⁽¹²⁾.

En adición a lo anterior la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en Chile, resulta de una propuesta Ministerial plasmada en los objetivos estratégicos 2011-2020, objetivo estratégico N° 2, tema Estrategias transversales, cuyo resultado esperado es “Implementación del Modelo de Cuidados crónicos”, el cual es un sistema efectivo de entrega de cuidado para la mejora de la calidad, lograr los mejores resultados, controlar los costos y dar énfasis en investigar la evidencia. Sus metas son mejorar resultados clínicos, de satisfacción y costos, alcanzar la seguridad y lograr relaciones continuas a través de interacciones entre equipos preparados y proactivos y personas informadas y activas ⁽¹²⁾.

Este modelo propone promover el desarrollo de conductas saludables en las personas, potenciando las acciones para el cuidado de la salud integral, más que solo tratar la enfermedad. Fortaleciendo la responsabilidad y toma de decisiones, ubicando a la persona y familia en el centro de la atención, otorgándole un mayor protagonismo en el cuidado de su salud y en la decisión del uso de los servicios de atención ⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Además propone establecer una relación cercana y estable entre las personas, sus familias y el equipo de profesionales en todo el proceso salud – enfermedad y no

basarlas solo en contactos cara a cara, incorporando tecnologías de contactos virtuales y permanentes (uso del teléfono, Web). Estos aspectos están relacionados con la efectividad en el tratamiento y son más fáciles de controlar en programas articulados con seguimiento de casos, administración del cuidado y equipos de cabecera, principalmente porque el paciente con condición crónica requiere: cambios en su estilo de vida, desarrollo de destrezas para el automanejo, habilidades en la toma de decisiones, educación, participación, aspectos de mayor complejidad difíciles de abordar en el modelo tradicional ⁽¹⁸⁾.

Es así como el Modelo de Cuidados Crónicos, se convierte en una oportunidad para mejorar la atención de los usuarios crónicos, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de enfermedades crónicas en atención primaria, que busca un equipo preparado con actitud proactiva y al mismo tiempo reducción el gasto de las enfermedades. Sin embargo, en Chile se desconoce en qué medida el Modelo de Cuidados Crónicos ha sido implementado en la atención primaria.

De acuerdo a lo presentado surgen las siguientes preguntas de investigación ¿la atención proporcionada por los equipos de salud del programa cardiovascular es congruente con las orientaciones técnicas dirigidas a proveer una atención basada en el Modelo de Cuidados Crónicos?, ¿La evaluación de la atención otorgada por los equipos de salud a usuarios/as con enfermedad crónica, se relaciona con los resultados de los indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial?

Los resultados de este estudio permitirán, en primer término, conocer si la atención proporcionada por los equipos de salud es congruente con el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) e identificar áreas de mejoramiento y proponer estrategias en caso de ser necesario. Ello orientará la toma de decisiones por parte de las autoridades para el mejoramiento de la calidad de la prestación de salud otorgada y en segundo término conocer si el cuidado de los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial se relaciona con los resultados de compensación propuestos por el MINSAL.

El abordaje de esta temática es relevante para enfermería, ya que cada vez más, las/os enfermeras/os asumen un papel de dirección en la gestión de las enfermedades crónicas. En algunos contextos esto sucede por defecto, a consecuencia del creciente número de personas que necesitan cuidados. En otros contextos, la introducción de enfermeras especialistas y de enfermeras clínicas de práctica avanzada es la respuesta estratégica que se ha dado a una necesidad identificada ⁽¹⁰⁾.

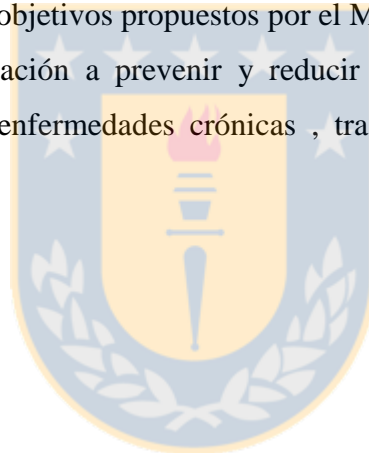
Con relación a ello, Bodenheimer afirma que “las publicaciones sobre atención de salud y la experiencia de numerosas iniciativas para mejorar los cuidados crónicos indican que las enfermeras, y no los médicos, son la clave para aplicar el modelo de cuidados crónicos en un equipo de atención centrado en el paciente” ⁽¹⁹⁾.

Es así como, por la naturaleza de su formación y rol, las enfermeras están en posición de encabezar la transformación del cuidado crónico. En muchos países, las/os enfermeras/os han desarrollado este papel durante décadas ⁽²⁰⁾. Los profesionales de enfermería son especialmente aptos para actuar en equipo y pueden establecer una interacción, quizá más beneficiosa que otros profesionales, con los pacientes. Por tanto, las/os enfermeras/os deben estar bien preparadas para asumir el reto de tratar la epidemia de las enfermedades crónicas en todo el mundo ⁽²⁰⁾.

De este modo, es un gran desafío para los profesionales de enfermería, como gestores del cuidado y como parte de la organización del sistema de salud, el desarrollo de esta investigación, para conocer cómo evalúa el equipo de salud la atención prestada y como esta se relaciona con los indicadores de compensación, lo que guiará al equipo a descubrir las fortalezas y debilidades en su prestación de atención y permitirá, de ser necesarias, elaborar formas de mejoramiento que incluyan nuevas estrategias, de acuerdo con los desafíos propuestos en nuestro país para optimizar la atención de salud a los usuarios con enfermedades crónicas, con la finalidad de que se proporcionen cuidados eficaces con una visión totalizadora de la persona por parte de todos los integrantes del equipo de salud, los cuales serán correlacionados con el modelo y con los indicadores de salud, obteniendo finalmente seguimiento, mejora sostenida e impacto en las personas, familias y comunidad.

Esta oportunidad de conocer cómo se otorga el cuidado a los usuarios crónicos, no solo es de importancia para enfermería, sino que también refuerza el valor del trabajo en salud multidisciplinario e interdisciplinar, con una combinación de aptitudes apropiadas, precisando ampliar las competencias de los profesionales de la salud para que puedan hacer frente a las complejidades de las afecciones crónicas con un enfoque de equipo. Ello probablemente requerirá que los profesionales de enfermería y el equipo de salud refuercen sus competencias y adquirieran nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, para diseñar nuevas modalidades de interacción con los usuarios, familias, comunidades, los cuales vayan transfiriendo tanto la sapiencia como la responsabilidad del cuidado al propio individuo y su familia ^(18,19).

Este desafío se convierte a su vez en una ocasión para ensayar estrategias y acciones innovadoras que logren los objetivos propuestos por el Ministerio de salud de Chile para el año 2011- 2020, en relación a prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas , trastornos mentales , violencia y traumatismos.



2.1. MARCO TEORICO.

Modelo de Cuidados Crónicos.

Con el fin de mejorar la atención de las enfermedades crónicas, Wagner et al. Elaboraron el modelo de atención crónica, el cual resume los elementos básicos y esenciales para la atención en el sistema de atención primaria. Los fundamentos de este modelo surgen de la necesidad de rediseñar la atención primaria como propuesta del Instituto de Medicina estadounidense con la finalidad de cerrar el abismo entre la actual práctica clínica y los estándares óptimos de calidad ⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

El modelo fue creado mediante encuestas sobre la mejor práctica clínica, opinión de expertos, las intervenciones más efectivas y el trabajo en la mejora de la Calidad desarrollada en 6 organizaciones sanitarias de Estados Unidos.

En general es una oportunidad para mejorar la atención de usuarios, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de enfermedades crónicas en atención primaria, que busca el encuentro entre un paciente informado y motivado y un equipo de atención primaria preparado con actitud proactiva.

El Modelo de Cuidados Crónicos enfatiza la participación y un papel de decisión principal al paciente a través del Servicio de Salud. El concepto de empoderamiento, capacitar al paciente para que se responsabilice de su situación de salud, es el gran desafío en la implementación de este modelo ⁽¹⁴⁾.

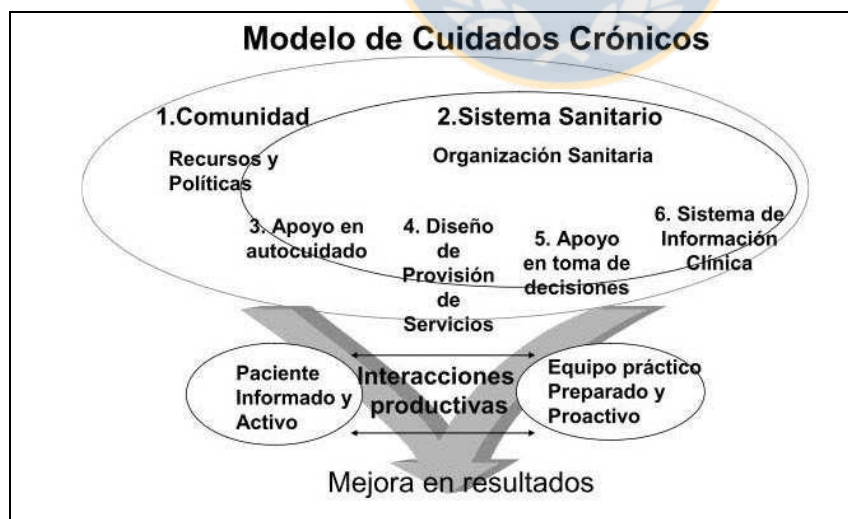
Objetivos del Modelo.

1. Capacitar al paciente para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente para que la relación médico-paciente sea mucho más productiva.
2. Capacitar al equipo de salud para evitar que actúe de forma reactiva a los problemas que presenta el paciente, para lo que debe conocer los servicios que éste necesita y preparar y seguir un plan específico (individual) de cuidados.

Los objetivos secundarios tratan de resolver los problemas detectados en el cuidado de los enfermos crónicos:

1. Identificación inadecuada de los pacientes en la población.
2. Calidad de los cuidados extremadamente variables.
3. Escasa coordinación entre los servicios que atienden a estos pacientes.
4. Ausencia de sistema de evaluación de resultados en la población.

GRAFICO 1. Modelo de Cuidados Crónicos



Componentes del Modelo.

1. Políticas y recursos comunitarios. La mejora de las enfermedades crónicas necesita de los recursos de la comunidad, por ejemplo, programas de ejercicio físico, hogares de la tercera edad, asistencia social y grupos de autoayuda.
2. Organización de cuidados en el sistema sanitario. Se requiere que la organización y los líderes consideren la enfermedad crónica y la innovación en su atención como una prioridad.
3. Apoyo al autocuidado. Las personas viven con las enfermedades crónicas muchos años, por lo que los cuidados de la enfermedad requieren que dieta, ejercicio físico, automediciones (p. Ej., glucemias) y manejo de la medicación estén directamente a cargo del paciente. Se pretende que el enfermo adquiera los conocimientos, las habilidades y la confianza para utilizar las herramientas que le permitan el control de su enfermedad.
4. Equipo de cuidados. La estructura de la práctica médica debe ser alterada, creando equipos con una clara división y separando los cuidados agudos del control de las enfermedades crónicas. El equipo se anticipa a los problemas, tiene un trabajo regular, comunicación permanente y seguimiento del paciente.
5. Sistemas de información clínica informatizada permite el registro individualizado del paciente, con sus condiciones y su planificación, y puede integrar las guías y protocolos. El sistema es utilizado tanto por el equipo de cuidados como por el médico, y se puede observar las mejoras de la enfermedad crónica.
6. Apoyo a las decisiones. Guías de práctica clínica con protocolos integrados en la práctica. Idealmente, los equipos de trabajo cuentan con la colaboración de los médicos generales y los especialistas.

La principal ventaja de la implementación de este modelo es la mejora en salud y la reducción del gasto de las enfermedades. El modelo no pretende afectar a los equipos de atención primaria, ni apartar a unos pocos cientos de pacientes con enfermedades crónicas, pero es un aspecto clave seleccionar adecuadamente a los pacientes que más se van a beneficiar de este modelo.

Los resultados de este modelo han sido validados con estudios randomizados para personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, asma. Produciendo mejores resultados clínicos, disminución de hospitalizaciones, disminución de costos y aumento de su autocontrol. En todos ellos se hace mención a la importancia del control y el seguimiento ⁽²¹⁻²³⁾.



2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Evaluación de la Calidad de la Atención de Salud.

La evaluación de la calidad de la atención a los usuarios/as en salud, se define, a través de los siguientes conceptos:

La evaluación: La evaluación es una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de los programas e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos. Evaluar implica establecer un juicio sobre el valor o mérito de algo, una conclusión valorativa. Para ello se requiere siempre de la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente ⁽²⁶⁾.

La calidad: “calidad es un atributo del proceso de salud que tiene que ver con estar haciendo lo apropiado, lo correcto y estarlo haciendo bien”. Calidad de la atención: Hacer lo correcto, en el momento correcto, en la forma correcta, por el personal correcto y teniendo los mejores resultados posibles. Según esta agencia hay dos tipos básicos de medidas. Medidas de calidad: Las que incluyen la valoración de los consumidores (clientes o pacientes). Las que involucran indicadores del desempeño clínico, también llamados medidas de calidad técnica ⁽²⁶⁾.

Las áreas que pueden ser valoradas en el sistema de salud con la finalidad de conocer la calidad de sistema sanitario son:

Estructura: Políticas de salud (nacional y local), El sistema de atención y prestación de servicios (disponibilidad, organización y financiamiento), Poblaciones en riesgo (factores predisponentes, necesidad), Ambiente físico, social y económico de las comunidades.

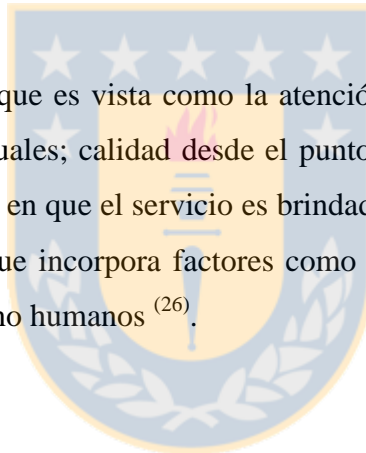
Proceso: Corresponde al acceso real (utilización y satisfacción), los riesgos de salud (del ambiente y de comportamiento), este indicador permite cuantificar aspectos del proceso de asistencia, desde su llegada y clasificación hasta su finalización. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos (nos reflejan el cómo se hacen las cosas) ⁽²⁶⁾.

Resultados intermedios: Corresponde a la Eficiencia, Efectividad clínica

Resultados de impacto Corresponde a los resultados finales obtenidos en la Salud de los individuos y de las comunidades.

Al mismo tiempo la calidad en salud puede dividirse en dimensiones, las cuales son definidas como:

Calidad médica o profesional que es vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales; calidad desde el punto de vista del cliente/usuario, donde se valora tanto la forma en que el servicio es brindado como los resultados de esa atención y calidad gerencial que incorpora factores como el uso más apropiado de los recursos tanto humanos como no humanos ⁽²⁶⁾.



2.2.2. Programa de Salud Cardiovascular.

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Su objetivo es prevenir la morbilidad y la mortalidad en personas en riesgo cardiovascular ⁽⁴⁾. Este “nace” el año 2002 producto de la reorientación de los subprogramas de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), cuyo principal cambio fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular (CV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada ⁽²⁷⁾.

Organización del Programa de Salud Cardiovascular en Chile.

En Chile, se encuentra establecido que cada centro de salud deberá tener un equipo responsable del PSCV, médico, enfermera, nutricionista y auxiliar paramédico al menos, y el apoyo de asistente social, psicólogo y kinesiólogo o profesor de educación física, según disponibilidad ⁽²⁷⁾.

El equipo encargado a nivel del establecimiento debe reunirse semanalmente para monitorizar y evaluar tanto los procesos como los resultados del PSCV, analizar las orientaciones técnicas y definir responsabilidades ⁽²⁷⁾. Dentro de las actividades propuestas por el Ministerio de Salud para mejorar la eficiencia y los resultados del PSCV se encuentra, por ejemplo: la planificación de estrategias para realizar el Examen Médico Preventivo del Adulto (EMPA) en grupos de población que no consultan (adultos 35-54 años, trabajadora(es), identificar recursos comunitarios que podrían brindar una red de apoyo social a las personas en PSCV y/o ayudarlos en sus esfuerzos para cambiar o mantener un estilo de vida más saludable, así como también verificar los ingresos al PSCV del último mes (exámenes completos, adecuada clasificación de riesgo CV, indicación terapéutica apropiada, asimismo se propicia realizar monitoreo semestral de las tasas de cobertura y compensación, difusión de los resultados y evaluaciones cualitativas: satisfacción de los

usuarios, identificar causas por las cuales algunos grupos no acceden al PSCV, entre otras (28)

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial en Chile, corresponde a la principal causa específica de carga de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres. Estimaciones para el año 2004, señalan que la hipertensión arterial fue responsable de 257.814 años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad. Su prevalencia es de 26,9% ⁽¹²⁾, siendo el grupo donde se produce la mayor carga el de 20-59 años ⁽¹²⁾,

La hipertensión se diagnóstica en aquellas personas con Presión arterial (PA) mayor o igual a 140/90 mmHg realizar un perfil de presión arterial (al menos 2 mediciones en 2 días distintos con técnica estandarizada) para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA. En aquellas personas con valores de PA muy elevados mayor o igual a 180/110 mmHg, no está indicado hacer perfil de PA, sino referir al PSCV en forma inmediata ⁽²⁸⁻³¹⁾.

Este problema de salud fue incorporado al sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) en el año 2005 y su atención se realiza en atención primaria, cuando es primaria o esencial. La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es uno de los 4 factores de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares, junto a las dislipidemia, la diabetes y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. El diagnóstico precoz y el buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, retrasa la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo, si la patología se confirma, es significativa en la prevención del daño ⁽²⁹⁻³¹⁾.

La meta de impacto seleccionada para esta enfermedad, corresponde a mejorar la cobertura efectiva (indicador) de la hipertensión arterial. Es decir, no solo procurar que las personas con esta enfermedad conozcan su condición, sino que accedan a tratamiento, y logren un

control adecuado ⁽¹²⁾. A nivel nacional el porcentaje de compensación de población bajo control (Presión arterial <140/90 mmHg) logrado para el año 2012 fue de 65% y a nivel regional de 61% ⁽⁴⁾.

La tabla 2.1 resume los porcentajes de compensación logrado para la hipertensión arterial desde a nivel regional, según Servicio de Salud, desde el año 2008 al año 2012.

Tabla 2.1. Porcentaje de Compensación para la hipertensión arterial en la Región del Bío- Bío ⁽⁴⁾.

Porcentaje de Compensación hipertensión arterial (HTA) <140/90 mmHg					
Servicio de Salud	2008	2009	2010	2011	2012
SS Concepción	46	47	55	56	57
SS Nuble	49	52	62	66	66
SS Talcahuano	38	43	57	59	62
SS BíoBío	49	51	59	66	70
SS Arauco	42	42	55	58	63

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Su prevalencia en Chile es de 9,4% ⁽¹²⁾. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética, además de pie diabético. Sin embargo, existe evidencia sólida que señala que el buen control de la glicemia, presión arterial y niveles de colesterol, reduce el riesgo de las complicaciones ⁽¹²⁾.

La diabetes mellitus se diagnostica en aquellas personas con una glicemia de ayunas alterada, con cifras entre 100-125 mg/dl, solicitar prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO). En aquellas que presentan una glicemia en ayunas mayor o igual a 126mg/dl solicitar un segundo examen, en condiciones estandarizadas ⁽³¹⁾.

La diabetes fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y cuya atención de salud se realiza en un 90% en atención primaria. En los últimos años la mortalidad, tanto en número absoluto como en tasa, presenta tendencia al aumento, ante lo cual resulta prioritario avanzar en acciones que tiendan a un diagnóstico precoz y al buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, lo cual retrasará la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia ⁽²⁷⁻³¹⁾.

En una Atención Primaria centrada en la familia, se espera que su principal contribución esté en los aspectos preventivos y el fortalecimiento de los factores protectores, pero cuando la patología ya se ha instalado, al realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento y seguimiento, disminuirá el daño y complicaciones del individuo. Además colabora a evitar que surjan nuevos casos en la familia ^(30,31).

La meta seleccionada para esta enfermedad corresponde a mejorar la cobertura efectiva de la población diabética (indicador), medida por el control de la hemoglobina glicosilada ⁽¹²⁾. A nivel nacional el porcentaje de compensación de población bajo control (Hb A1c < 7 mg) logrado para el año 2012 fue de 42% y a nivel regional de 41% ⁽⁴⁾.

La tabla 2.2 resume los porcentajes de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 logrado desde el año 2008 al año 2012 en la región del Bío-Bío.

Tabla 2.2. Porcentaje de Compensación para la diabetes mellitus tipo 2 en la Región del Bío- Bío ⁽⁴⁾.

Porcentaje de Compensación diabetes mellitus Hb A1c <7					
Servicio de Salud	2008	2009	2010	2011	2012
SS Concepción	34	32	33	35	38
SS Nuble	43	40	40	43	47
SS Talcahuano	32	31	34	35	40
SS BíoBío	41	43	42	44	50
SS Arauco	35	29	28	35	42

De esta forma, evaluar la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica, desde el punto de vista del equipo de salud, a través del presente estudio, se convierte en la ocasión para conocer la calidad de los procesos de la atención sanitaria y como estos se relacionan con los resultados de compensación para los usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y con el Modelo de Cuidados Crónicos. De este modo generar oportunidades de mejoramiento y seguimiento de la calidad de la atención de salud de usuarios con enfermedad crónica cardiovascular.

2.3. MARCO EMPIRICO

La revisión de literatura da cuenta de una amplia evidencia de la utilización del Modelo de Cuidados Crónicos y de la evaluación de los cuidados proporcionados a los usuarios con enfermedad crónica, utilizando como herramienta el instrumento ACIC (Assessment of Chronic Illness Care), elaborado en los Estados Unidos por The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative, basado en el MCC. Este instrumento de proceso tiene como finalidad el mejoramiento de la calidad y ayudar a organizaciones a evaluar las fortalezas y debilidades de su prestación de la atención para las enfermedades crónicas en seis áreas: la comunidad y los vínculos, el apoyo a la autogestión, el apoyo a la decisión, diseño de sistemas de entrega, sistemas de información, y la organización de la atención.

En los Estados Unidos la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, surge como una herramienta centrada en la organización de la atención para las enfermedades crónicas, en lugar de las medidas tradicionales de resultado, con la finalidad de ayudar a los equipos a identificar áreas de mejora en el cuidado de crónicos.

Para poner en práctica esta herramienta se realizó una valoración de 108 equipos de la organización de sistemas sanitarios de los Estados Unidos, donde participaron expertos en el manejo de la condición clínica de las enfermedades crónicas, entre ellos, enfermeras, médicos, especialistas médicos, nutricionistas. De este trabajo se obtuvieron resultados de la evaluación y se retroalimentaron a todos los equipos de salud, demostrando que el ACIC es una herramienta útil para identificar la calidad de la atención otorgada e identificar áreas de mejora en la atención de salud ⁽³²⁾.

Posteriormente en el mismo país se han realizado otros estudios utilizando la herramienta ACIC, con la finalidad de conocer la relación de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y los beneficios otorgados al sistema sanitario, clientes internos y externos. Ejemplo de esto fue la investigación realizada en 20 clínicas de Texas, donde se examinó una muestra de 618 usuarios, con el propósito de conocer la relación entre el nivel de hemoglobina A1c y la medida en que la atención prestada

a los pacientes con diabetes tipo 2 es consistente con el modelo de atención crónica, esto después de realizar estrategias para controlar las conductas de autocuidado. Se encontró una relación significativa entre la puntuación ACIC y la hemoglobina a1c, pero esta relación variaba según el grado de autocuidado, siendo más fuerte para aquellas personas que se adherían al ejercicio. Por cada aumento de 1 punto en la puntuación de ACIC, A1c era 0,144% menor ($p < 0,001$), además se concluyó que las características físicas de la clínica de atención primaria es un predictor importante del control de la glucosa, por lo que si los recursos para la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos son limitados, los resultados también ⁽³³⁾.

Otra Investigación que utilizó el instrumento ACIC antes y después de la implementación del MCC con la intención de probar mejoras en la calidad de la atención incluyó una muestra conformada por médicos de 17 clínicas de atención primaria de los Estados Unidos que atendían a usuarios con enfermedades cardiovasculares y con depresión. Se manejaron los datos clínicos anuales de los establecimientos, para medir cambios en la calidad de atención, mostrando que la puntuación general de ACIC, aumentó significativamente en 1,4 puntos (5,8 a 7,2 en una escala de 1 a 11), los incrementos se dieron en cada uno de los componentes del modelo. Durante este periodo los usuarios disminuyeron los eventos cardíacos de 17,2% a 11,4%, el uso de antidepresivos no cambió, pero estos clientes tenían más visitas por el equipo de salud. Concluyeron que a pesar de la aplicación del MCC y las mejoras de la calidad, existían muy pocas correlaciones de cambio, demostrando que se requiere más tiempo, cambios más grandes y participación de todos los componentes evaluados ⁽³⁴⁾.

El instrumento ACIC no solo ha sido una herramienta aplicada en Estados Unidos, sino que también se ha utilizado para evaluar los cuidados otorgados a los usuarios crónicos en países como Holanda, Alemania, Suiza, España, México que han incluido el Modelo de Cuidados Crónicos en la atención de Salud ⁽³²⁻⁴¹⁾.

En Holanda y los Países Bajos al igual que en el resto del mundo el manejo de las enfermedades crónicas ha presentado deficiencias en la organización y prestación de salud con evidencia en infradiagnósticos, además se ha desmostado la no utilización de las medidas preventivas en la atención primaria y se desconoce si los pacientes con enfermedades crónicas reciben atención congruente con el modelo de cuidados crónicos ⁽³⁵⁾. Es así como en el año 2009, se aplica el cuestionario ACIC en varios programas de manejo de enfermedades crónicas, de diferentes regiones de Holanda, a través de la versión traducida al holandés S-ACIC, con el objetivo de conocer cómo se otorgaba la atención de salud, conocer cómo se acercaba con el MCC e identificar las áreas de mejoramiento y la naturaleza de las mejoras introducidas en el manejo de las enfermedades crónicas. La muestra estuvo compuesta por 22 programas de enfermedades con 218 profesionales de salud, los cuales se sometieron a una evaluación de los cuidados proporcionados. Se utilizaron ecuaciones estructurales y análisis factorial. Se concluyó que ACIC y S-ACIC poseen buenas propiedades psicométricas, siendo un instrumento prometedor para evaluar el cuidado de la enfermedad crónica, manteniendo una adecuada validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio ⁽³⁵⁾.

En Alemania, el Consejo Asesor Alemán sobre avances en el Sistema de Salud, refiere que el Modelo de Cuidados Crónicos en un modelo prometedor en Atención Primaria, ya que, a través de su enfoque basado en la evidencia ha logrado mejorar en la calidad de atención a usuarios crónicos, cambiando la forma de cuidar. Este modelo fue introducido en Alemania en el año 2006 y hasta el año 2007 las únicas evaluaciones realizadas son desde el punto de vista del usuario externo, con la aplicación del cuestionario para evaluar como el paciente percibe la atención otorgada P-ACIC ⁽³⁶⁾.

En el año 2011 un grupo de investigadores realizaron un estudio con el propósito de medir el grado en que un Sistema de Salud Alemán se adhiere a los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos. Para ello confeccionaron un nuevo cuestionario, tomando como referencia el MCC, pero con una base teórica sensible al Sistema Sanitario del País. De esta investigación surge la versión QCPC, el que puede ser

usado por los equipos de Salud, sin tener conocimientos de los elementos básicos del Modelo ⁽³⁶⁾. De esta investigación se concluyó que la transferencia de conocimientos entre los países, mediante el uso de un instrumento de un Sistema Sanitario distinto, puede conducir a un cuestionario completamente nuevo que permita medir de igual manera el cuidado de los clientes con enfermedades crónicas.

En Suiza se desconocía si los pacientes recibían atención congruente con el Modelo de Cuidados Crónicos, para lo cual realizaron la evaluación de la atención en enfermos crónicos G-ACIC, en los centros de atención primaria de este país, a través de la versión traducida al alemán, con la intención de validar una versión corta ⁽³⁷⁾.

En España, se realizó la validación el instrumento Evaluación de Cuidados Crónicos Cliente Interno ACIC, basado en la versión de la escala ACIC 3.5, el cual tuvo buenos resultados ⁽³⁵⁾. Es así como en la región de Murcia España se desarrolla actualmente la implementación del proyecto de rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas diabetes tipo 2, Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (EMCA) en colaboración con la OMS ⁽³⁸⁾.

En México se realizó un proyecto para el mejoramiento de la atención en diabetes denominado Veracruz Project for the Improvement of Diabetes Care (VIDA) donde participaron 10 centros de atención primaria seleccionados al azar. De estos, 5 de los centros de salud fueron seleccionados en forma aleatoria para que recibieran una intervención de 13 meses consistente en capacitación en diabetes y cuidados del pie (casos), mientras los otros 5 establecimientos constituyeron los controles. Los resultados de la intervención evaluados con el ACIC, disponibles para los 5 centros que recibieron la intervención, fueron los siguientes: la mayoría de los establecimientos transitaron del nivel “básico a un nivel razonablemente bueno”, mientras que los miembros de un centro de salud consideraron que este mejoro su atención de un “nivel razonablemente bueno” a una “atención de enfermedades crónicas totalmente desarrollada” ^(40,41).

De las investigaciones realizadas en los Estados Unidos y los países Europeos se concluye que el ACIC es un instrumento cuya eficacia ha sido probada, permitiendo identificar áreas de perfeccionamiento y medir el grado en el que los cambios son acordes con el MCC incorporado.

Es así como Arteaga et al. en Chile realizaron un estudio para validar el instrumento ACIC al Castellano Chileno, como parte del proyecto financiado por FONIS*.

Los estudios realizados en Chile, Estados Unidos y en el mundo, motivaron a que surgiera el propósito de este estudio como un gran desafío de conocer si los cuidados proporcionados son congruentes con las orientaciones sanitarias, que sugieren a los equipos de salud de Atención Primaria en Chile, a proveer atención acorde con el MCC.



* Arteaga et al. Resultados preliminares Proyecto FONIS Validación y Aplicación del Instrumento ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana. FONIS n° SA07I20014 (no publicados)

3.1. Hipótesis Conceptual:

A mejor evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular mayor porcentaje de usuarios/as compensados.

3.2. Hipótesis Operacional:

3.2.1. A mejor evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular mayor porcentaje de usuarios/as con hipertensión arterial compensados con presión arterial menor a 140/90.

3.2.2. A mejor evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular mayor porcentaje de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 compensados con Hb A1c menor a 7 mg/dl.

4.1. Objetivo General:

Determinar si la atención proporcionada por los equipos de salud del Servicio de Salud Talcahuano (SST) a usuarios/as crónicos con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, en el nivel primario de atención, es congruente con el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) y si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada con los indicadores de compensación del programa de salud cardiovascular.

4.2. Objetivos Específicos:

Respecto de los equipos del SST que otorgan atención a usuarios/as crónicos con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, en el nivel primario de atención:

- Describir el perfil biodemográfico.
- Describir como cada estamento profesional y técnico evalúa la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica del programa.
- Describir cómo evalúa, en promedio, la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica del programa cardiovascular.
- Determinar si existen diferencias en la evaluación de la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.

Describir los resultados de los indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del programa cardiovascular de los establecimientos del nivel primario del Servicio de Salud Talcahuano.

Determinar, si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada por el equipo de salud a usuarios/as con enfermedad crónica del programa de salud cardiovascular en el nivel primario con el indicador de compensación para hipertensión arterial.

Determinar, si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada por el equipo de salud a usuarios/as con enfermedad crónica del programa de salud cardiovascular en el nivel primario con los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2.



CAPITULO 5: SUJETOS Y METODOS

5. SUJETOS Y METODOS

5.1. Diseño:

Transversal, descriptivo correlacional.

5.2. Unidad de análisis:

La atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.

5.3. Unidad de Observación:

El equipo de salud cardiovascular del nivel primario de atención compuesto por Médico, Enfermera, Nutricionista, Técnico en Enfermería, Psicólogo.

5.4. Universo:

Corresponde a todos los equipos de salud cardiovascular que realiza actividades de atención de salud con usuarios crónicos cardiovasculares en establecimientos de nivel primario en el Servicio de Salud Talcahuano, Región del Bío-Bío, ellos correspondieron a Hualpén, Talcahuano Sur, Floresta, Bellavista, Alberto Reyes, Penco, Los Cerros, Leocán Portús, Paulina Avendaño y San Vicente.

Indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del programa cardiovascular, contenidos en el Resumen Estadístico Mensual (REM) de cada establecimiento. Correspondientes al porcentaje de usuarios/as con hipertensión arterial compensados (140/90) y al porcentaje de usuarios con diabetes mellitus tipo 2 compensados Hb A1c menor a 7 mg/dl.

5.5. Variables del estudio:

5.5.1. Variables independientes:

- Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica Cardiovascular.
- Sexo
- Profesión
- Años de desempeño profesional
- Dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).
- Establecimiento

5.5.2. Variable Dependiente:

Indicador de compensación para diabetes mellitus tipo 2 del programa cardiovascular

Indicador de compensación para la hipertensión arterial del programa cardiovascular

5.6. Criterios de inclusión:

Personal del equipo de salud que realice atención de salud a usuarios crónicos del programa cardiovascular en el nivel primario.

Que el establecimiento autorice la participación en esta investigación.

Otorgar su consentimiento informado.

5.7. Criterios de exclusión:

No ser parte del equipo de salud que realice atención de salud a personas crónicas del programa cardiovascular.

Encontrarse con licencia médica durante el periodo de recolección de datos.

Que el establecimiento no disponga de los Indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del programa cardiovascular, contenidos en el Resumen Estadístico Mensual (REM).

5.8. Instrumentos recolectores de datos:

Cuestionario de variables Biodemograficas, este instrumento confeccionado por la autora de este estudio (Anexo B).

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (Assessment of Chronic Illness Care), este instrumento fue creado por Bonomi et al. ⁽³²⁾. Fue diseñado para ayudar a los Sistemas de Salud en una puesta al día en el manejo de las enfermedades crónicas, consta de 7 sub.-escalas o secciones: sección 1: Organización del Sistema de Atención de Salud, sección 2: Vínculos con la Comunidad, sección 3: nivel de atención de pacientes, sección 3a: apoyo al auto-cuidado, sección 3b: Apoyo a la Toma de Decisiones, sección 3c: Diseño del Sistema de Atención, sección 3d: Sistemas de Información Clínica, integración de los componentes del Modelo de Atención de Enfermedad Crónicas

Los resultados pueden ser usados para ayudar a los equipos sanitarios a identificar oportunidades de mejorar. El instrumento y su interpretación se encuentran en el (Anexo C).

La adaptación al adaptada al castellano Chileno del Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) versión 3.5 fue realiza por Arteaga et al. en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana FONIS n° SA07I20014 en el cual 116 profesionales de establecimientos de nivel primario de atención de salud involucrados en los programas de enfermos crónicos en las ciudades de Santiago y Rancagua respondieron el cuestionario autoadministrado de evaluación de la atención de enfermedades crónicas ACIC.

Confiabilidad: Se aplicó un análisis de consistencia interna, obteniéndose como resultado un coeficiente alpha de Cronbach para el cuestionario completo de 0,94. Dentro de las 7 sub.-escalas o secciones que componen el instrumento, 4 obtuvieron un alpha sobre 0,70.

Validez: Se realizó análisis factorial con rotación Varimax. Se extrajeron 6 factores con una varianza explicada acumulada de 67,6% de los cuales 4 sub.-escalas se mantienen como las originales con pequeñas modificaciones.

Este estudio concluyó que el Cuestionario de Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (ACIC) puede ser considerado una escala con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación del sistema de salud en proveer una atención eficiente, efectiva y equitativa a los pacientes con enfermedades crónicas y entregar información oportuna para poder orientar a los centros de salud en el mejoramiento de sus modalidades de atención.

5.9. Recolección de datos:

La recolección de los datos se realizó, con previa autorización del Servicio de Salud Talcahuano, Dirección de Salud Municipal y Centros de Salud Familiar.

La tesista coordinó la visita y entrevista con los miembros del equipos de salud de cada establecimiento, para que cada profesional/técnico respondiera el cuestionario.

Cuando no se encontrara todo el equipo se procedió a solicitar una segunda vista hasta completar la información necesaria.

Para obtener la información de los indicadores de compensación del programa cardiovascular se solicitó las autorizaciones de cada establecimiento y al Servicio de Salud Talcahuano.

5.10. Procesamiento de los datos:

Los datos fueron codificados e incorporados en la base de datos SPSS versión 12.0.

5.11. Análisis de los datos:

Análisis estadístico: Estadística descriptiva e inferencial. Se considerara como significancia estadística $p < 0,05$. En la tabla 5.1 se presenta el plan de análisis.

Tabla 5.1. Plan de análisis de la información.

Objetivo	Variables	Tipo de análisis y estadígrafo utilizado
Describir el perfil biodemográfico	Sexo, años de desempeño profesional, profesión, dificultades para implementar el MCC.	Descriptivo/Frecuencia relativas y absolutas
Describir como cada estamento profesional y técnico evalúa la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica del programa.	Profesión Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.	Descriptivo/Media y DE
Describir cómo el equipo evalúa, en promedio, la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica del programa cardiovascular.	Establecimiento Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.	Descriptivo/Media y DE
Determinar si existen diferencias en la evaluación de la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.	Establecimiento Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular	Correlacional/ ANOVA
Describir los resultados de los indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del programa cardiovascular de los establecimientos del nivel primario del Servicio de Salud Talcahuano.	Establecimiento Indicadores de compensación para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.	Descriptivo/Frecuencia relativas y absolutas
Determinar, si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada por el equipo de salud a usuarios/as con enfermedad crónica del programa de salud cardiovascular en el nivel primario con el indicador de compensación para hipertensión arterial	Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular Indicador de compensación para hipertensión arterial del programa cardiovascular.	Correlacional /Coef de correlación r de Pearson
Determinar, si existe relación entre la evaluación de la atención otorgada por el equipo de salud a usuarios/as con enfermedad crónica del programa de salud cardiovascular en el nivel primario con el indicador de compensación para la diabetes mellitus tipo 2.	Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular Indicador de compensación para diabetes mellitus tipo 2	Correlacional/ Coef de correlación r de Pearson.

5.12. Consideraciones Éticas:

El proyecto fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Posteriormente se solicitaron autorización a las autoridades de la Dirección de Salud de Talcahuano, Dirección de Salud Municipal, así como a los respectivos Directores/as de los Centros de Salud Familiar.

Se tuvieron en cuenta los requisitos éticos que debe contemplar toda investigación científica, según Ezequiel Emmanuel ⁽⁴²⁾:

Valor. La necesidad, de conocer como el equipo de salud cardiovascular evalúan el cuidado otorgado a usuarios crónicos con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y como este se relaciona con los indicadores resultado propuesto por el Ministerio de salud, justificó la realización de este estudio, lo que permite contar con herramientas que posibiliten mejorar, contando con evidencia empírica.

Validez científica: Se considera que la metodología planteada fue idónea, válida y realizable. Se sustentó en un marco referencial actualizado que reflejó la situación de salud respecto a la atención de los usuarios crónicos en el mundo que justificó el estudio. Se expusieron objetivos claros y el diseño fue planteado de acuerdo a las consideraciones metodológicas de toda investigación científica. Así también se garantizó que la tesista contara con la competencia científica para llevar a cabo el estudio.

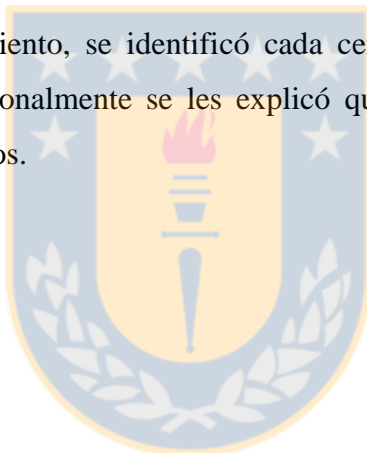
Selección equitativa de los sujetos: Las y los participantes del estudio correspondieron a un grupo específico, relacionado directamente con las interrogantes planteadas en la investigación.

Proporción favorable riesgo – beneficio: Se estima que los riesgos asociados a la participación de las personas fueron mínimos y ellos estuvieron relacionados fundamentalmente con el cuidado de equipos de salud y su relación con los resultados de los indicadores de salud. Sin embargo, la probabilidad y/o magnitud de los beneficios se estiman mayores que los riesgos a los cuales fueron estar expuestos.

Evaluación independiente: Para evitar algún interés que pudiera en la investigación, el proyecto de investigación fue sometido a la evaluación de peritos ajenos a la investigación, pertenecientes al comité ético-científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Comité Servicio de Salud Talcahuano y Centros de Salud Familiar.

Consentimiento Informado: Se incluyeron en el estudio todas/os las/os participantes que aceptaron libre y voluntariamente su participación, cautelando la confidencialidad y anonimato de los datos mediante el consentimiento informado.

Respeto a las participantes: El respeto a las personas participantes fue un requisito presente a lo largo de toda la investigación. Este requisito incluyó la voluntariedad de participación y confidencialidad de la información. Para resguardar el nombre y los resultados de cada establecimiento, se identificó cada centro de salud con una letra mayúscula del alfabeto. Adicionalmente se les explicó que la información sólo sería utilizada con fines investigativos.



CAPITULO 6: RESULTADOS

6. RESULTADOS

La información obtenida de los análisis descriptivos permitió establecer las características biodemográficas de los participantes del estudio.

Tabla 6.1. Características biodemográficas de los participantes del estudio.

Variable	f	%
Estamento		
Enfermera/o	36	37,5
Nutricionista	19	19,8
Médico/a	20	20,8
Psicólogo	1	1
Asisten Social	4	4.1
Técnico en Enfermería	16	16,7
<i>n=96</i>		
Sexo		
Femenino	80	83
Masculino	16	17
<i>n=96</i>		
Años de desempeño profesional		
Media	2,48 DE 1,48	
Rango	Menor que 5 años	35 36
	Entre 5 y 10 años	20 21
	Entre 11- 15 años	16 17
	Entre 16- 20 años	10 10
	Mayor a 20 años	15 16
<i>n=96</i>		

En relación a los estamentos se observó que la mayor proporción de encuestados correspondió a Enfermeros(as) con un 37,5%, seguido de un 20,8% de Médicos (as) y las/los Nutricionistas con un 19,8%. Por otra parte se observó que la participación del equipo psicosocial, integrado por psicólogos y asistentes sociales es muy baja alcanzando sólo un 5,2%.

Respecto del sexo de los participantes se observó que los participantes principalmente, correspondieron a sexo femenino.

En razón de los años de desempeño profesional, el estudio nos reveló que el mínimo en años de ejercicio profesional, fue de 0,5 meses con un máximo de 34 años de trabajo, con un promedio de 2,48 años.

A continuación se presentan los puntajes promedios obtenidos por cada estamento en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica, según sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global.

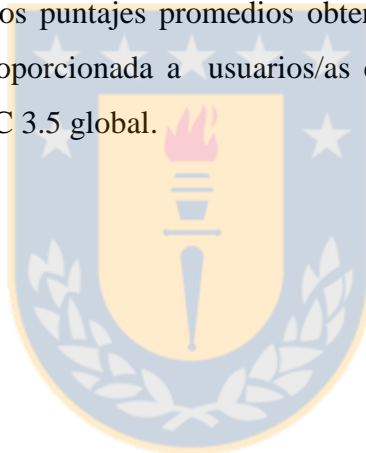


Tabla 6.2. Puntajes promedios obtenidos por cada estamento en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica, según sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global.

Secciones del instrumento ACIC 3.5 Evaluación de la atención proporcionada a usuarios con enfermedad crónica.																
Estamento	Organización del Sistema de atención de salud		Vínculos con la comunidad		Apoyo al autocuidado		Apoyo a la toma de decisiones		Diseño del sistema de atención		Sistema de información Clínica		Integración de los componentes del modelo		ACIC Global	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Enfermera (os) (n=36)	7,2	1,6	6,7	2,1	5,3	1,9	4,9	2,2	5,8	1,9	5,5	2,1	4,4	2	5,6	1,7
Nutricionista (n=19)	7,2	1,7	7	2,1	6,3	2	5,2	1,9	6,9	1,8	6,6	1,6	5,5	1,8	6,3	1,5
Médico (as) (n=20)	7	1,6	6,7	1,7	6,1	1,9	4,4	1,6	5,8	1,7	5,8	1,5	4,4	1,5	5,6	1,4
Psicólogo (as) (n=1)	7,6	.	8,6	.	4,5	.	6	.	4,1	.	3,8	.	4,3	.	5,5	.
Asistente Social (n=4)	8,7	2,2	8,3	2,9	7,7	2,7	4,6	1,8	6,1	2,2	7,4	3,1	5,9	2,3	7,1	2,2
TENS (n=16)	7,2	1,2	6,3	3	6,2	2	4,4	2,2	5,9	1,5	5,3	1,7	4,8	2,1	5,6	1,7
Total (n=96)	7,2	1,6	6,8	2,2	5,9	2	4,8	2	6,1	1,8	5,8	1,9	4,7	1,9	5,8	1,6

Puntaje entre “0” y “2” , se interpreta como apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas; entre “3” y “5”, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas; entre “6” y “8” como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas y entre “9” y “11” como atención de enfermedades crónicas totalmente desarrollada.

En la tabla 6.2 se visualiza, como los enfermeros (as), médicos (as), nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos en enfermería evalúan la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica del programa cardiovascular en atención primaria.

Al observar los puntajes por estamento se observa que:

Las enfermeras(os) evaluaron la atención otorgada en forma global, como un apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,6, siendo las secciones mejor evaluadas “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de un 7,2, seguida de “Vínculos con la Comunidad” con un 6,7, las secciones con puntajes más bajos fueron “Integración de los Componentes del Modelo” 4,4 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,9.

El estamento de las /los Nutricionistas evaluaron la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 6,3, las secciones mejor evaluadas fueron “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de un 7,2, y “Vínculos con la Comunidad” con un 7,0, las secciones con puntajes más bajos fueron “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 5,2 e “Integración de los Componentes del Modelo” con un 5,5.

El estamento de Médicos (as) evaluaron la atención otorgada en forma global, como un apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,6, las secciones mejor evaluadas fueron “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 7,0 y “Vínculos con la Comunidad” con un 6,7, mientras que las secciones con puntajes más bajos fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un promedio de 4,4 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,4.

El estamento de psicólogas (os) evaluaron la atención otorgada en forma global, como un apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,5, las secciones mejor evaluadas fueron “Vínculos con la Comunidad” 8,6, y “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 7,6, mientras que las secciones con puntajes más bajos fueron “Sistema de Información Clínica” 3,8 y

“Diseño del Sistema de Atención” con un 4,1.

El estamento de las /los Asistentes sociales evaluaron la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas con un puntaje de 7,1, las secciones mejor evaluadas fueron “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 8,7, y “Vínculos con la Comunidad” con un 8,3, mientras que la sección que obtuvo un puntaje bajo fue “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,6.

El estamento de Técnicos en enfermería evaluaron la atención otorgada en forma global, como un apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,8, las secciones mejor evaluadas fueron “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 7,2 y “Vínculos con la Comunidad” con un 6,3, las secciones con puntajes más bajos fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un puntaje de 4,8 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,4.

En síntesis los estamentos coinciden en que la sección “Organización del Sistema de Salud” es la mejor evaluada, no obstante la sección “Apoyo a la Toma de Decisiones” y la sección “Integración de los Componentes del Modelo” fue evaluada con los puntajes más bajos.

A continuación se presentan los puntajes promedios obtenidos por cada equipo de salud en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica, según sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global.

Tabla 6.3. Puntajes promedios obtenidos en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica de cada sección de ACIC 3.5 y de ACIC 3.5 global por cada equipo de salud.

Secciones del instrumento ACIC 3.5 Evaluación de la atención proporcionada a usuarios con enfermedad crónicas.																
Centros de Salud Familiar	Organización del Sistema de atención de salud		Vínculos con la comunidad		Apoyo al autocuidado		Apoyo a la toma de decisiones		Diseño del sistema de atención		Sistema de información Clínica		Integración de los componentes del modelo		ACIC Global	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
A (n=5)	8,3	1,6	8	2,1	8,5	2,2	7,6	2,6	7,8	2,6	8,3	2	7	2,7	7,9	2,1
I (n=5)	5,8	0,6	4,2	1,6	5	1,1	4,3	1,5	5,2	1,6	5,3	1,4	3,6	2,4	4,7	1,2
B (n=11)	7,7	0,9	8,1	1,2	7,4	1,7	5,4	1,8	6,9	1	6	1,3	5,7	1	6,7	1
G (n=15)	6,8	1,5	5,7	2,3	5	1,9	4,4	2,1	5,7	2,2	5,1	2,4	4,3	2,3	5,3	1,8
D (n=9)	8	1	7,8	1,3	6,6	1,7	5	1,5	6,4	1,7	6,3	1,6	4,8	1,9	6,2	1,3
F (n=11)	6,6	1,6	6,5	1,8	5	1	4,1	1,8	5,6	2	5,9	1,5	4,9	1,8	5,3	1,2
J (n=2)	5,5	0,7	3,8	3,5	4,5	0,7	3,5	2,1	5,5	0,7	5,5	0,7	3	1,4	4	1,4
C (n=13)	8,2	1,7	8,3	2	7,2	2	5,3	2,1	6,6	1,6	7,1	1,9	5,1	1,4	6,9	1,5
E (n=10)	7,9	1,2	6,8	2,2	5,6	2,1	4,5	1,8	6,1	1,9	4,8	1,4	4	1,4	5,6	1,3
H (n=15)	6,3	1,5	5,7	1,9	4,7	0,9	4	1,6	5,2	1,1	4,9	1,8	4,2	1,5	4,9	1
Total (n=96)	7,2	1,6	6,8	2,2	5,9	2	4,8	2	6,1	1,8	5,8	1,9	4,7	1,9	5,8	1,6

Puntaje entre “0” y “2” , se interpreta como apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas; entre “3” y “5”, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas; entre “6” y “8” como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas y entre “9” “11” como atención de enfermedades crónicas totalmente desarrollada. Las letras del alfabeto representan a cada Centro de Salud Familiar.

La tabla 6.3 muestra, como los equipos de cada Centro de Salud Familiar evaluaron la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónicas del programa cardiovascular en forma global.

El equipo de salud A evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 7,9, siendo la sección mejor evaluada “Apoyo al Autocuidado” con un puntaje promedio de 8,3, mientras que la sección valorada con puntajes más bajo puntaje fue “Integración de los Componentes del Modelo” con un 7,5.

Asimismo el equipo de salud representado por la letra C consideró la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 6,7, la sección mejor evaluada fue “Vínculos con la Comunidad” con un promedio de 8,0 y “Organización del Sistema de Atención de Salud” 7,7 con un puntaje promedio de 5,3, mientras que las secciones inferiormente evaluadas fueron “Apoyo a la toma de decisiones” 5,4 e “Integración de los componentes del modelo” con un puntaje promedio de 5,7.

Por otra parte el equipo de salud I consideró la atención, en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un puntaje promedio de 4,7, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 5,3, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un puntaje promedio de 3,6, “Vínculos con la Comunidad” con un 4,2 y Apoyo a la Toma de Decisiones” de un 4,3.

Por su parte el equipo de salud G consideró la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 5,3, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 6,8, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,4 e “Integración de los Componentes del Modelo” con un promedio de 5,0.

Del mismo modo el equipo de salud F evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio general de 5,3, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 6,6, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,1 e “Integración de los Componentes del Modelo” con un puntaje promedio de 4,9.

Así mismo el equipo de salud J evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 4,0, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 5,5, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un puntaje de 3,0 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 3,5.

Por otra parte el equipo de salud D evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas con un promedio general de 6,2, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 8,0, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 5,0 e “Integración de los Componentes del Modelo” con un 4,8.

El equipo de salud B consideró la atención otorgada en forma global, como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas con un promedio general de 6,9, la secciones mejor evaluadas fueron “Vínculos con la Comunidad” con un promedio de 8,3 y “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 5,5, mientras que las secciones evaluadas con más bajos puntajes fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un 5,1 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 5,3.

Seguidamente el equipo de salud E consideró la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 5,6, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 7,9, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Integración de los Componentes del Modelo” con un 4,0 y “Apoyo a la Toma de Decisiones” con promedio de 4,5.

Finalmente el equipo de salud H evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 4,9, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 6,3, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Apoyo a la Toma de Decisiones” 4,0 e “Integración de los Componentes del Modelo” 4,2.

En general el equipo de Salud Talcahuano evaluó la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, con un promedio general de 5,8, la sección mejor evaluada fue “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 7,2, mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,8 e “Integración de los Componentes del Modelo” con un puntaje promedio de 4,7.

En síntesis todos los equipos de salud coinciden en que la sección “Organización del Sistema de Atención de Salud” es la mejor evaluada, no obstante la sección “Apoyo a la Toma de Decisiones” y la sección “Integración de los Componentes del Modelo” fueron evaluadas con los puntajes más bajos.

A continuación se presenta el análisis de varianza y explicación de los puntajes promedios obtenidos en cada Centro de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano, para ello se utilizó el puntaje Global /7 de ACIC 3.5.

Tabla 6.4. Análisis de Varianza y explicación de los puntajes promedios obtenidos en cada Centro de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano (Puntaje Global /7).

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	72,319	8	9,04	4,64	0,000
Intra-grupos	165,616	85	1,948		
Total	237,935	93			

La tabla 6.4 muestra el análisis entre las medias obtenidas de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5), según cada grupo o equipo de salud del Servicio de Salud Talcahuano. La relación revela que existen diferencia significativa entre los puntajes promedios obtenidos ($p > 0,05$); por lo tanto rechazo la hipótesis de trabajo de que “Los puntajes obtenidos de la evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular son iguales entre los diferentes equipos de salud que componen el Servicio de Salud Talcahuano”.

En seguida se presentara la distribución numérica y porcentual, respecto de las dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).

Tabla 6.5. Distribución numérica y porcentual, respecto de las dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Sin dificultad	64	67
No responde	6	6
Falta de preparación de los profesionales	11	11
Falta de horas profesionales	1	1
Implementar programas de ayuda al automanejo	1	1
Implementación de recursos	7	7
Falta de compromiso y monitorización	3	3
Falta de compromiso de usuario externo	3	3
Total	96	100

La tabla 6.5 muestra que del total de los encuestados un 67 % no presentó dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos, no obstante un 27 % presenta dificultades entre las cuales destacan la “Falta de preparación de los profesionales”, “Implementación de recursos”, “Falta de compromiso y monitorización” y “Falta de compromiso de usuario externo”.

Para continuar con la exposición de los resultados se presenta la distribución numérica y porcentual de los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial correspondiente a cada Centro de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Tabla 6.6. Distribución numérica y porcentual de los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial, correspondiente al Servicio de Salud Talcahuano.

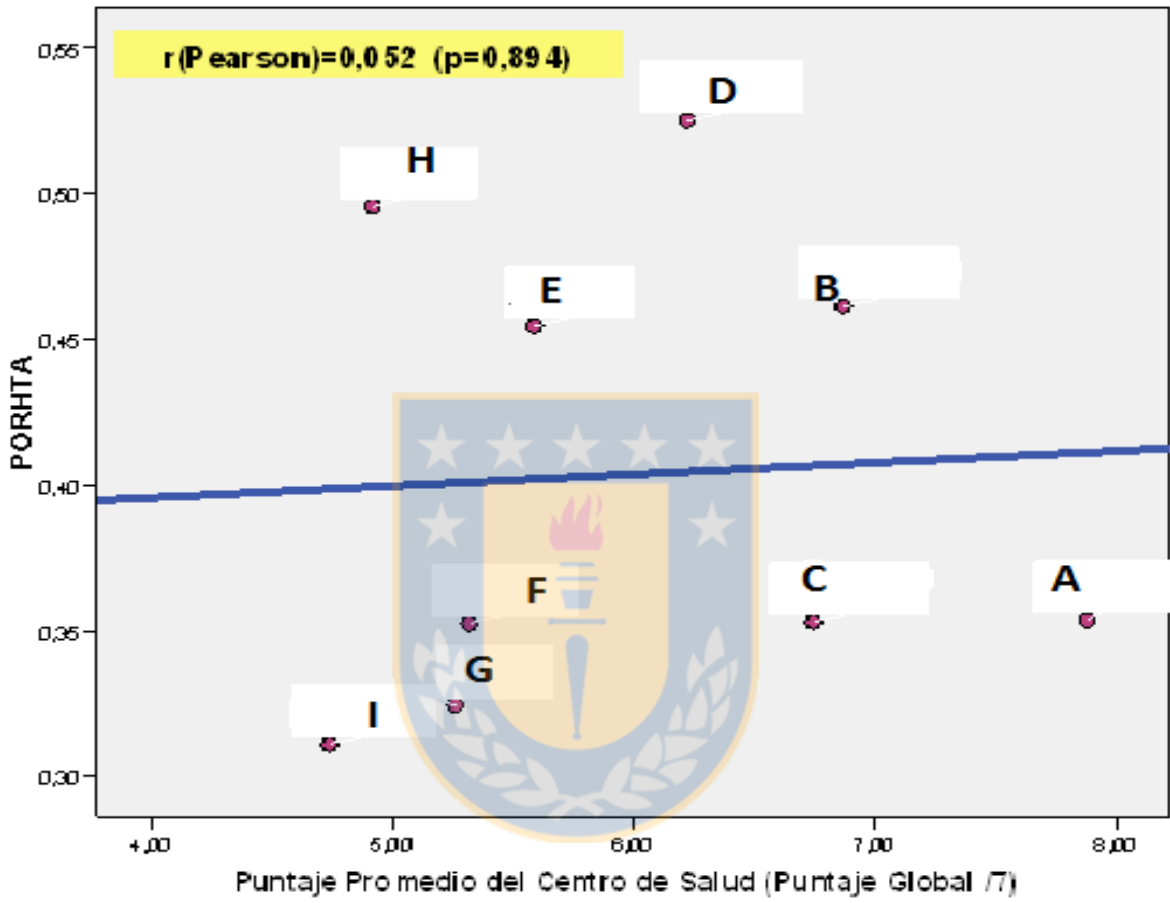
Centro de Salud Familiar	Población total hipertensa, según prevalencia	Población total diabética según prevalencia	N° de personas con PA < 140/90	N° de personas con Hb A 1c < 7	Porcentaje de Compensación Hipertensión arterial	Porcentaje de Compensación Diabetes mellitus 2
A	3572	2003	1263	324	35	16,2
I	5752	3032	1789	277	31	9,2
C	5785	3036	2042	974	35	32
G	5830	3170	1891	596	32	18,8
D	2914	1606	1530	372	53	23
F	4162	2383	1467	365	35	15
J	9896	5216	4260	1822	43	35
B	5489	2941	2532	787	46	27
E	5962	3122	2710	855	45	27
H	3989	2111	1977	408	50	19

Las letras del alfabeto representan a cada Centro de Salud Familiar.

La tabla 6.6 muestra la distribución numérica y porcentual de los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial de los diferentes Centros de Salud Familiar que componen las diferentes comunas del Servicio de Salud Talcahuano.

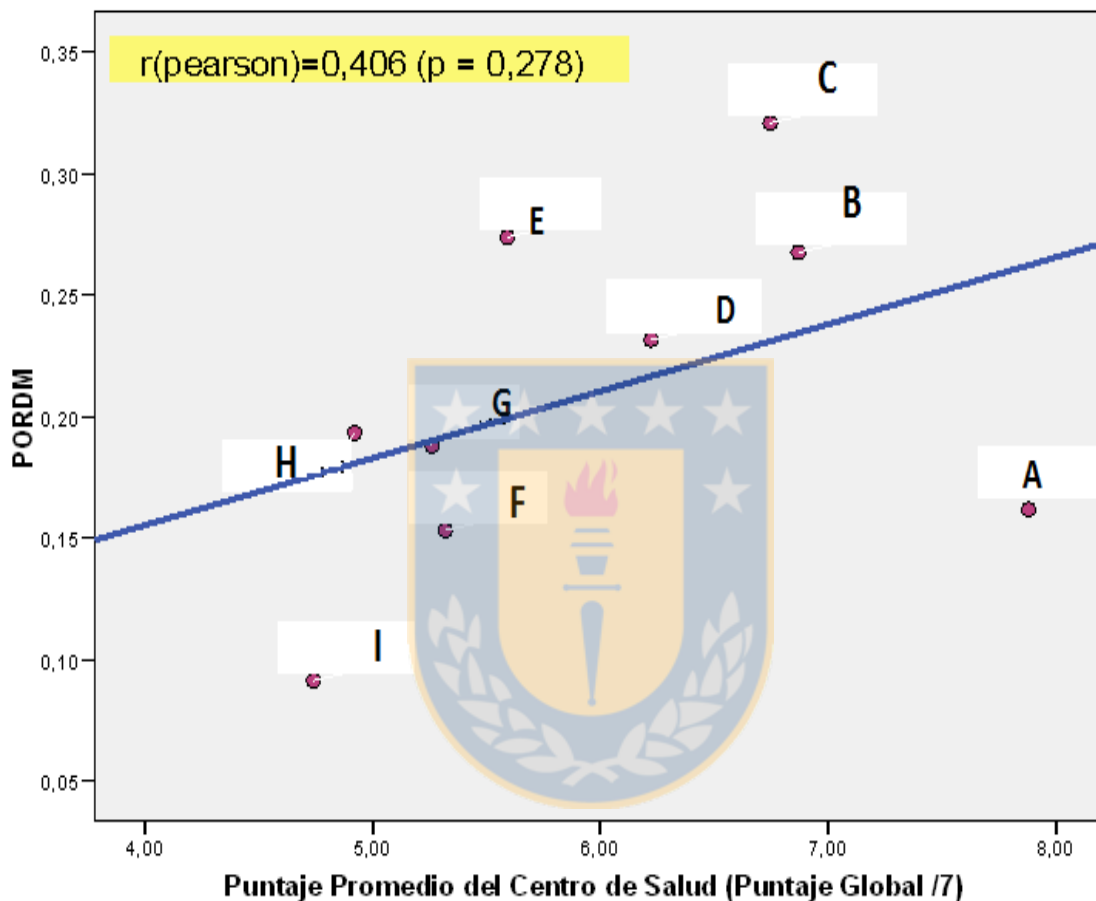
A continuación se presentan los gráficos N°2 y N°3 con el propósito de mostrar la correlación entre el puntaje promedio de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5) de cada equipo de salud, y el porcentaje de compensación de la hipertensión arterial y con el porcentaje de compensación de la diabetes mellitus tipo 2. Para realizar este análisis se excluyó el Centro de Salud J, ya que el número con número de participantes de este establecimiento resultó ser muy reducido.

Gráfico 6.1. Correlación del puntaje promedio de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5) de cada equipo de salud, con porcentaje de compensación de hipertensión arterial.



El grafico 6.1 mostró una correlación con tendencia positiva entre la variable evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular percibida por los equipos de salud y la variable de compensación para la hipertensión arterial, sin existir significancia estadística. De acuerdo con ello se rechaza la hipótesis de trabajo: A mejor evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular mayor porcentaje de usuarios/as con hipertensión arterial compensados con presión arterial menor a 140/90mmHg.

Gráfico 6.2. Correlación del puntaje promedio de la evaluación de la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular (ACIC 3.5) de cada equipo de salud con porcentaje de compensación de la diabetes mellitus tipo 2.



El gráfico 6.2 reveló una correlación con tendencia positiva entre la variable atención percibida por los equipos de salud cardiovascular y la variable de compensación para la diabetes mellitus tipo 2, sin existir significancia estadística. De acuerdo con ello, se rechaza la hipótesis de trabajo: A mejor evaluación de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular mayor porcentaje de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 compensados con Hb A1c menor a 7 mg/dl.

CAPITULO 7: DISCUSION

7. DISCUSION

Los resultados extraídos en este estudio, permiten examinar el comportamiento de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud Talcahuano, así como permite analizar cómo estos resultados se condicen con el referente teórico y estudios previos.

Con respecto a las variables biodemográficas, se logra observar que los participantes de este estudio fueron principalmente de sexo femenino, lo cual es coincidente con la feminización de los profesionales que trabajan en esta área en Chile ⁽⁴³⁾. Asimismo estas características se condicen con el estudio de Cramm et. al. cuyo objetivo fue el Desarrollo y validación de una versión corta de la Evaluación del Manejo de Enfermedades Crónicas (ACIC) en Programas de Manejo de la Enfermedad en Holanda, donde el 66 % de la muestra correspondió a sexo femenino ⁽³⁵⁾.

En relación a la variable profesión de los participantes en el estudio, se puede identificar que principalmente fueron profesionales enfermaras/os y médicos(as), distinto de aquellos estudios, donde los principales actores convocados a evaluar la congruencia de la atención de salud con el Modelo de Cuidados Crónicos fueron médicos ^(22, 32, 35). La importante participación del estamento de enfermería en esta investigación, deja de manifiesto que enfermería está en directa relación con los cuidados proporcionados a los usuarios/as con enfermedad crónica. Este hallazgo evidencia, que las enfermeras/os son representantes relevantes en el cuidado de personas con afecciones crónicas, lo que concuerda con lo señalado por Bodenheimer: “Muchos de los resultados positivos observados en las visitas de cuidados planificados con las enfermeras pueden obedecer a una mejor comunicación

con los pacientes. Las enfermeras son especialmente aptas, para actuar en equipo y pueden establecer una interacción más beneficiosa con los pacientes (que los médicos). Por tanto, las enfermeras deben estar bien preparadas para asumir el reto de tratar la epidemia de las enfermedades crónicas en todo el mundo”⁽¹⁹⁾.

En relación a lo anterior, el Consejo Internacional de Enfermeras/os, manifiesta que las enfermeras/os han estado siempre a la vanguardia de la práctica en lo que se refiere a : “facilitar información e impartir formación a los pacientes; establecer relaciones con los pacientes, los cuidadores y las comunidades; dar continuidad a los cuidados; utilizar la tecnología para hacer avanzar la prestación de los cuidados^(10,11); favorecer el seguimiento de las terapias de larga duración; y promover la práctica en colaboración”⁽¹⁰⁾.

Es importante destacar la participación de otros profesionales y técnicos dentro de los estamentos que otorgan atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, entre ellos, podemos mencionar al estamento de los Nutricionistas y de los Técnicos en enfermería. Similares hallazgos se encontraron en estudios realizados en Estados Unidos quienes han incorporado dentro de los equipos de atención de usuarios/as con enfermedad crónica a otros estamentos como por ejemplo; Nutricionista, Asistentes social, técnicos, entre otros^(22,32). En relación a la incorporación del estamento Técnicos en Enfermería en la atención de salud, si bien es un recurso considerado dentro del equipo cardiovascular⁽²⁷⁾, no todos los Centros de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano, lo tienen incorporado. El Técnico en enfermería quien depende directamente del estamento de enfermería, realiza múltiples funciones, entre ellas, atención directa según rol del TENS a los diferentes usuarios/as adscritos a los Centros de Salud, familiar y rural, entre ellos; rescate de usuarios/as crónicos para controles cardiovasculares, vínculos con la comunidad, tales como participación en comité de salud, actividades de promoción y prevención, entre otras.

Por otra parte, es inquietante observar la baja participación de miembros del equipo psicosocial en la evaluación de la atención de usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, ya que sólo 2 Centros de Salud Familiar (J e I), cuentan con la incorporación de este recurso humano en el equipo de salud cardiovascular. Así mismo se identifica una nula participación de los profesionales Kinesiólogos o profesores de educación física. Lo anterior es preocupante, ya que si bien estos profesionales se incorporan según disponibilidad de cada Centro de Salud, la interdisciplinariedad es fundamental para apoyar el autocuidado, generar vínculos con la comunidad, prevención y promoción, que mejoren las capacidades de las personas, familias y comunidades para concebir cambios en su condición de salud ⁽⁷⁾.

En relación a los años de servicio profesional los resultados muestran que el promedio de años profesionales corresponde a 2,48 años. Al mismo tiempo se observa que el mayor porcentaje de profesionales lleva trabajando más de 5 años. Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Cramm et. al. en Holanda ⁽³⁵⁾.

Con respecto a la variable dificultad para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos, se identificó que más de la mitad no presentó dificultades para implementarlo. No obstante, casi un tercio de los equipos presentan dificultades entre las cuales destacan la “Falta de preparación de los profesionales”, “Implementación de recursos”. Lo anterior es relevante, ya que indica las debilidades percibidas por los profesionales para mejorar la atención de salud en el Servicio de Salud Talcahuano.

Respecto de la variable evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, desde la perspectiva de los estamentos; enfermeras (os), médicos (as), nutricionistas, psicólogo/a, asistentes sociales y técnicos enfermería coinciden en la evaluación de la atención de forma global, como apoyo básico a las enfermedades crónicas. Si bien este resultado muestra consenso en la percepción de los diferentes miembros del equipo de salud, respecto de la forma de otorgar cuidados a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, un 67% de los estamentos se ubicaron

por debajo de la media encontrada. A la luz de los hallazgos encontrados, es imprescindible que las enfermeras (os) y otros miembros del equipo de salud tengan las competencias necesarias para otorgar cuidados eficaces y oportunos a la realidad actual de estas personas. En particular, es decisivo que enfermería se empodere para gestionar la oportunidad de mejorar la atención otorgada, ya que cada vez más, las enfermeras asumen un papel de dirección en la gestión de las enfermedades crónicas en algunos contextos esto sucede por defecto a consecuencia del creciente número de personas que necesitan cuidados y en otros contextos, la introducción de las enfermeras especialistas y de enfermeras clínicas de práctica avanzada es la respuesta estratégica que se ha dado una necesidad identificada, por ejemplo, en el Reino Unido, las enfermeras especialistas en diabetes son uno de los primeros grupos de enfermeras que asumen responsabilidades nuevas y más amplias en la gestión de los cuidados” (7,10).

Siguiendo con la variable evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, según estamentos, se puede identificar que la sección mejor evaluada por los estamentos es categorizada, como un apoyo razonablemente bueno a las enfermedades crónicas, corresponde a “Organización del Sistema de atención de salud”. Por otra parte las secciones evaluadas con más bajos puntajes fueron consideradas como apoyo básico a las enfermedades crónicas, en esta categoría se agrupan las secciones de “Integración de los componentes del modelo” y “Apoyo a la toma de decisiones”.

En relación a la variable evaluación de la atención proporcionada por el equipo de salud a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, los equipos del Servicio de Salud Talcahuano evalúan la atención otorgada en forma global como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, lo que coincide con los resultados obtenidos del análisis por estamento. Ello concuerda con los resultados encontrados por autores en Estados Unidos y en México, al describir las pruebas iniciales en la evaluación global (22, 32,40). Por el contrario los resultados hallados en el presente estudio, difieren de los obtenidos en Chile, por Arteaga et al, en donde la mayoría de los puntajes se ubican en un nivel bueno.

Al analizar los puntajes promedio obtenidos en la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, por cada equipo de salud, se presentaron diferencias significativas entre los equipos. De este modo queda de manifiesto que la forma de otorgar cuidados difiere dentro del Servicio de Salud Talcahuano. Ello puede deberse a la alta rotación profesional desde la fecha de comenzadas las capacitaciones respecto de los objetivos del Modelo de Cuidados Crónicos y de la incorporación de profesionales nuevos quienes no han recibido capacitación directa en relación al mismo.

Con respecto a los puntajes promedios obtenidos en cada una de las secciones del cuestionario, los equipos de salud, coinciden en que la sección mejor evaluada correspondió a “Organización del Sistema de atención de salud” siendo categorizada, como apoyo razonablemente bueno a enfermedades crónicas. Sin embargo, hubo equipos (J e I) quienes mantuvieron una postura más crítica frente a esta sección considerándola como apoyo básico a las enfermedades crónicas. Este hallazgo concuerda con los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en Estados Unidos y Suiza ^(22, 32,37), donde la sección mejor evaluada también correspondió a “Organización del Sistema de atención de salud”. Asimismo existe sintonía con el estudio de validación del instrumento ACIC 3.5, realizado en Chile en que esta sección presentó puntajes categorizados como apoyo razonablemente bueno a las enfermedades crónicas. El mayor puntaje obtenido en la evaluación en esta sección puede responder a una serie de esfuerzos que se han realizado en Chile, entre ellos; el “diálogo de políticas” para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre el gobierno de Canadá y el Ministerio de Salud de Chile, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la consolidación de las Políticas públicas destinadas a mejorar las enfermedades crónicas.

La segunda sección mejor evaluada correspondió a “Vínculos con la Comunidad”, también categorizada, como apoyo razonablemente bueno a enfermedades crónicas. Estos resultados son concordantes con los encontrados por otros autores ^(22, 32,), donde esta sección también se incluyó entre las mejores evaluadas. Esta buena evaluación podría reflejar los esfuerzos del país en incorporar recursos e innovación a la atención primaria, desde la atención con enfoque de salud familiar, dejando de manifiesto el trabajo en red vinculado con las comunidades, Consejos de Desarrollo, Comités de Salud locales, grupos de autoayuda, entre otros ⁽¹²⁾. Sin embargo, existen equipos de salud que no alcanzaron el promedio general obtenido y consideran esta sección básicamente desarrollada, entre ellos los equipos J e I. De acuerdo con ello este trabajo orienta a mejorar los vínculos comunitarios, a través de las alianzas y/o convenios con las organizaciones comunitarias, generando planes a nivel regional para mejorar esta área. Al mismo tiempo es necesario reconocer que la comunicación es uno de los componentes esenciales de una cooperación exitosa entre los equipos de salud y las organizaciones comunitarias, de acuerdo con ello, no basta con tener una personalidad amistosa; se requiere de una comunicación que permita colaborar eficazmente entre sí. ^(7,10). En oposición a los resultados obtenidos en esta investigación, Barceló et al. encontró resultados diferentes en la evaluación de esta sección, siendo una de las evaluadas con más bajos puntajes, categorizada como apoyo básico a las enfermedades crónicas ⁽⁴⁰⁾.

La sección “Diseño del Sistema de Atención” fue considerada en forma general por los equipos de salud, como apoyo razonablemente bueno a las enfermedades crónicas. Estudios realizados en Holanda y en Suiza, comparten en que esta sección se encuentra apoyada razonablemente bien ^(35, 37). No obstante la mitad de los equipos consideró esta área como básicamente desarrollada, lo cual se condice con estudios realizados en Estados Unidos, México y Chile ^(22, 32, 40). Es así como este resultado revela la necesidad de mejorar concretamente en lo que respecta a los componentes; sistema de citación de pacientes crónicos, vistas domiciliarias para la atención de enfermedades crónicas, continuidad de la atención y seguimiento de los pacientes en los diferentes niveles de atención de salud. De acuerdo con ello, es imprescindible capacitar a los equipos de salud para que asuman el rol

y liderazgo necesario para enfrentar las enfermedades crónicas, anticipándose a los problemas, realizando seguimiento para que el paciente efectivamente reciba un cuidado efectivo. Al mismo tiempo, es relevante orientar a los usuarios/as con afecciones crónicas y sus familias para acceder de mejor forma a estos servicios, tomando un rol más protagónico dentro del mismo equipo de salud.

La sección “apoyo al autocuidado”, fue evaluada como apoyo básico a las enfermedades crónicas, ello puede deberse a que los equipos consideran que el soporte al autocuidado proporcionado a los usuarios/as, esta débilmente desplegado, así como también creen que el apoyo a la resolución de inquietudes de los pacientes y familiares se encuentra básicamente desarrollado, del mismo modo responden que falta desarrollar intervenciones efectivas para el cambio de conducta y el apoyo de pares. Resultados similares se encontraron en estudios realizados en Chile, Suiza y Holanda ^(35, 37). Sin embargo hubo equipos, tales como el A-B-C y D que evaluaron esta sección como apoyo razonablemente bueno, resultado semejante se encontró en Estados Unidos y México ^(22,40).

Es así como, esta sección refleja el grado en que el equipo del Servicio de Salud Talcahuano apoya a los usuarios/as para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente. Por lo tanto y en razón de los resultados obtenidos queda de manifiesto que es necesario aumentar los esfuerzos realizados por el Gobierno de Chile desde el año 2010 ⁽¹²⁾, en lo que respecta a la incorporación de capacitaciones, talleres, entre otros, para reforzar directamente el autocuidado de los usuarios/as y familias con enfermedad crónica, así como también capacitar a los profesionales para lograr incorporar intervenciones efectivas, basadas en la mejor práctica clínica que mejoren este proceso en las personas que reciben atención de salud.

La sección “Sistema de Información Clínica” fue evaluada por los equipos de salud como apoyo básico a las enfermedades crónicas, este resultado se debe principalmente a que los equipos consideran que falta desarrollo respecto de la implementación de listas o directorios de pacientes con patologías específicas, asimismo es necesario mejorar la retroalimentación entre los equipos de salud y la información acerca de subgrupos de pacientes relevantes que necesitan atención. Lo anterior es inquietante ya que en Chile se han experimentado mejoras para disponer de tecnologías de información que permitan identificar a la población en riesgo, así como también organizar la atención, monitorear la respuesta al tratamiento y evaluar los resultados. Sin embargo, la mitad de los equipos superó la media, considerando esta sección como apoyo razonablemente bueno a las enfermedades crónicas. Estos Resultados se encuentran en sintonía con los hallazgos discutidos por diversos autores en Chile y otros países del mundo ^(22,32). En síntesis, es relevante la importancia que adquieren las tecnologías de la información en la actualidad para entregar una atención de Salud de calidad, sin embargo lo trascendental es hacer que estas tecnologías apoyen de forma eficaz la vigilancia y las respuestas de los pacientes a los tratamientos y no sólo se transformen en un medio para dispensar un servicio ⁽⁷⁾.

Por último, las secciones con más bajos puntajes, fueron “Apoyo a la toma de decisiones” e “Integración de los componentes del modelo” y se categorizaron como apoyo básico a las enfermedades crónicas. Estos hallazgos difieren de los resultados de Bonomi et al. en el cual se encontró como área menos desarrollada “sistemas de información”. Asimismo posteriores investigaciones realizadas en Estados Unidos y México revelaron que esta sección era percibida como un apoyo razonablemente bueno ^(22, 32,40).

Respecto de la sección “Apoyo a la Toma de Decisiones” los resultados encontrados pueden deberse principalmente a que los equipos de salud consideran básicamente desarrollada, la participación de los especialistas en el mejoramiento de la atención la capacitación de los equipos de atención a enfermedades crónicas, las guías clínicas y la información a los usuarios/as con enfermedad crónica. De este modo, esta área se convierte

en unas de las más débiles, que requiere de fortalecimiento para lo cual, es preciso incorporar más especialistas, capacitaciones respecto de la mejor forma de atención, guías de práctica clínica con protocolos integrados y basados en la mejor la práctica clínica (práctica basada en la evidencia), equipos de trabajo que cuenten con la colaboración de otras disciplinas, entre otros. Sin embargo no debemos desmerecer las estrategias Ministeriales, respecto de guías clínicas existentes apoyadas por la evidencia científica, y la inversión en becas para la formación de especialistas en salud ⁽¹²⁾.

En relación a la sección “Integración de los Componentes del Modelo”, resultan preocupantes los hallazgos encontrados, ya que los seis ítems incorporados en esta área se ocupan de lo bien que los equipos que otorgan cuidados integran los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos. Este resultado orienta a los equipos de salud a no sólo considerar para mejorar aquellos aspectos débiles encontrados, sino al momento de planificar avances ellos precisen incorporar todos los elementos del Modelo

De acuerdo con los resultados obtenidos, se establece como imprescindible considerar la percepción del equipos de salud, a la hora de establecer sistemas de gestión que se orienten a mejorar la atención de usuarios/as con enfermedad crónica, ya que ello refleja la experiencia, y competencias desarrolladas por los equipos para manejar el proceso dinámico de cuidados de usuarios/as con afecciones crónicas. Sumado a lo anterior es necesario no sólo considerar aquellos aspectos débiles o básicos al momento de planificar mejoras, sino que es relevante al instante de proyectar una intervención pensar en todos los aspectos del Modelo de Cuidados Crónicos, pero con énfasis en aquellas áreas en las que se puede identificar una oportunidad de mejoramiento para la atención, con el propósito de lograr los mejores resultados y controlar los costos ^(7, 10, 22, 32,35). Lo señalado se sustenta en las sugerencias propuestas en estudios preliminares de diversas países del mundo que han levantado información respecto de la forma de otorgar cuidados a usuarios/as con enfermedad crónica, así como también en la proyección de intervenciones para optimizar la atención proporcionada ^(22,32,35,40).

Con respecto a los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial, se pudo observar que hubo Centros de Salud Familiar (A e I) que se ubicaron bajo la meta establecida para lograr una cobertura efectiva en diabetes mellitus tipo 2, según prevalencia y antecedentes epidemiológicos[£], sin embargo el resto de los establecimientos dieron cumplimiento a lo programado para esta afección. Con respecto a la hipertensión arterial se observó que los Centros de Salud Familiar de A, C, D, J y H alcanzaron a dar cumplimiento a la meta propuesta, no obstante los Centros de Salud Familiar B, E, F, G e I, no lo consiguieron, dejando de manifiesto la necesidad de mejorar la cobertura efectiva de la hipertensión arterial en este Servicio de Salud, ya que en Chile, la hipertensión arterial es la principal causa específica de carga de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres. Asimismo menciona que “se ha aumentado el número de personas bajo control compensadas, aunque todavía dentro de rangos insuficientes”⁽²⁷⁾. Dentro de las causas de esta baja cobertura se puede mencionar: acceso deficiente al tamizaje, escasa percepción de riesgo, no cumplimiento de estándares de manejo clínico, o baja adherencia a intervenciones ya sean farmacológicas o no farmacológicas. Dentro de este conjunto de causas, una de las con mayor relevancia corresponde a la baja tasa de consultas en Atención Primaria por parte de la población masculina, en especial aquella en edad laboralmente activa. Este grupo poblacional habitualmente resuelve sus necesidades agudas de salud a través de los servicios de urgencia o consulta particular, muchas veces limitando la detección oportuna de la hipertensión arterial”⁽¹²⁾.

De acuerdo a lo anterior es imprescindible tomar medidas, ya que se evidencia que el cumplimiento de los indicadores de compensación es insuficiente para el cumplimiento con los objetivos sanitarios propuestos para el 2011-2020, estrategia N° 2, respecto del incremento de la proporción de personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial

[£] Meta de compensación para la diabetes mellitas tipo 2 Hualpén 26 %, Penco 18,8%, Talcahuano 22,4% y Tomé 19,4%. Meta de compensación para la hipertensión arterial Hualpén 35%, Penco 39,4%, Talcahuano 41,7% y Tomé 48.8%. DEIS. MINSAL. MANUAL DE INSTRUCCIONES REM 2013. SERIE P.

controlada. De este forma se está impidiendo lograr alcanzar un equilibrio entre las acciones curativas, necesarias para dar alivio y mejorar la calidad de vida de los afectados, por lo tanto es necesario desarrollar diferentes estrategias relacionadas con mejorar la pesquisa y control de las personas con afecciones crónicas, además de reorientar el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) ⁽¹²⁾, con el propósito de lograr una evaluación en el tiempo que mejore los indicadores de procesos, los indicadores de resultado y la calidad de la atención otorgada a las enfermedades crónicas

Con respecto, a la relación entre la variable evaluación de la atención proporcionada por los equipos de salud a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, y su relación con los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 con hemoglobina glicosilada A1c menor a 7mg/dl, se observa que existe una correlación con tendencia positiva entre ambas variables, sin embargo no existe significancia estadística, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo.

Similar relación se encuentra entre la variable evaluación de la atención proporcionada por los equipos de salud a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, y su relación con los indicadores de compensación para hipertensión arterial con presión arterial menor a 140/90 mmHg, en donde se observa una correlación con tendencia positiva entre ambas variables, sin existir significancia estadística, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo. Los resultados obtenidos de las correlaciones revelan que efectivamente existe una relación con tendencia positiva entre las variables de estudio, sin embargo deja de manifiesto que para demostrar significancia estadística, es necesario controlar otras variables relacionadas con la calidad de la atención, además de las consideradas en este estudio, como: edad, sexo, la percepción de los usuarios/as con enfermedad crónica, el autocuidado, forma de control de los parámetros de compensación, capacitación de los equipos, entre otras variables ⁽⁴⁴⁾. No obstante, a pesar de esta relación no significativa, este estudio ha resultado ser un diagnóstico de correspondencia con el Modelo de Cuidados Crónicos, que permitió contar con información relevante, respecto de cómo el equipos de salud percibe el cuidado otorgado a usuarios/as con enfermedad crónica, de acuerdo con ello , es

trascendental continuar con la investigación, agregando nuevas variables de estudio para que de este modo se optimice el sistema de salud chileno y se mejore la calidad de la atención en salud ^(22, 32, 40,45).

Para finalizar la discusión se debe reconocer que durante los últimos años el Sistema de Salud de Chile, ha implementado diversas estrategias, para mejorar la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica, a través de la propuesta Ministerial plasmada en los objetivos estratégicos 2011-2020, objetivo estratégico N° 2, tema Estrategias transversales, cuyo resultado esperado es “Implementación del Modelo de Cuidados crónicos” ⁽¹²⁾, esta estrategia sanitaria se ha fundamentado en los resultados obtenidos en diversos escenarios del mundo, demostrado que la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, se asocia a mejoramiento en la calidad relacionada con la atención de salud, la seguridad, los costos y la reducción de disparidades en salud basadas en nivel socioeconómico.

De esta forma y a la luz de los resultados, enfermería como ciencia y disciplina, gracias a las actividades integradas a la investigación científica cuenta con los conocimientos necesarios para contribuir al progreso de la práctica del cuidado de los usuarios/as con enfermedad crónica, aportando a través de la incorporación de Teorías y Modelos Conceptuales de Enfermería al mejoramiento de aquellas áreas del Modelo de Cuidados Crónicos identificadas en esta primera etapa de valoración como básicamente desarrolladas. De este modo el conocimiento generado, a través de este proceso podrá ser utilizado por quienes desarrollan la práctica de enfermería.

Por lo tanto, es indispensable que enfermería tome la iniciativa frente al diagnóstico generado en esta investigación, esto con la finalidad de optimizar la gestión de la calidad de la atención de las enfermedades crónicas, desarrollando competencias para la práctica, que garanticen durante el todo el proceso de atención, cuidados adecuados, económicos y completos para todas las personas que sufren enfermedades crónicas, es decir orientar y apoyar el diagnóstico, tratamiento y seguimientos de las personas en atención primaria y en la red de atención de salud de Chile, de este modo se logrará la mejora de la calidad.

“Hacer lo correcto, en el momento correcto, en la forma correcta, por el personal correcto y teniendo los mejores resultados posibles” ⁽²⁶⁾. Ejemplo de ello son innumerable proyectos que han emanado de las primeras evaluaciones de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica ^(22,32,40,41,44-49) , las cuales han incorporado la valoración indicadores del desempeño clínico, así como también la valoración de los consumidores (clientes o pacientes/usuarios/as).

En definitiva enfermería debe asumir el rol y liderazgo, que permita cambiar las actuales forma de hacer cuidado en salud, utilizando los conocimientos adquiridos para la gestión y administración de la atención proporcionada a los usuarios/as con afecciones crónicas permitiendo el logro de los objetivos sanitarios, maximizar el desarrollo y asegurar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.



CAPITULO 8: CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Según la información obtenida en este estudio se puede concluir lo siguiente:

Con respecto a las variables biodemograficas, se concluye que los participantes de este estudio fueron principalmente de sexo femenino, con un promedio de años profesionales corresponde a 2,48 años, y principalmente fueron profesionales enfermaras/os y médicos(as).

Respecto de la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, desde la perspectiva de los estamentos profesional y técnico, se concluye que los distintos estamentos coinciden evalúan la atención de forma global, como apoyo básico a las enfermedades crónicas.

En relación a la evaluación de la atención proporcionada por el equipos de salud a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, del Servicio de Salud Talcahuano, se concluye que los equipos evaluaron la atención otorgada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, encontrándose diferencias significativas entre los equipos, dejando de manifiesto que la forma de otorgar atención difiere dentro del Servicio de Salud Talcahuano.

Con respecto a los indicadores de compensación, el estudio reveló que el cumplimiento de los indicadores de compensación cardiovascular, es insuficiente para el consecución de los objetivos sanitarios propuestos para el 2011-2020, objetivo estratégico N° 2, respecto del incremento de la proporción de personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial controlada.

Con respecto a la correlación entre el cuidado crónico otorgado y los indicadores de compensación para la diabetes mellitus tipo 2 y para la hipertensión arterial, se pudo concluir que existe una relación con tendencia positiva, pero no significativa.

Finalmente este estudio ha permitido conocer como la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular se encuentra alineada con el Modelo de Cuidados Crónicos propuesto por el Ministerio de Salud de Chile, asimismo ha permitido identificar aquellas áreas en las cuales es posible generar una oportunidad de perfeccionamiento que ayude optimizar la calidad de la atención de personas y familias con enfermedades crónicas y al progreso sanitario y económico del país.



CAPITULO 9: SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

9. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

9.1. Sugerencias

A los proveedores de salud:

Conforme con lo presentado en este estudio se sugiere que los profesionales, en conjunto con las organizaciones académicas, se posicionen para fomentar rápidas mejoras en la formación y preparación de los futuros proveedores de atención de salud con capacidades, aptitudes, conocimientos necesarios para lograr el desarrollo de competencias acordes con el mundo de la práctica, los cuales se manifestaran en el aporte al proceso dinámico de la atención de salud. De este modo se conseguirán los indicadores de resultados deseados y por consiguiente un desempeño eficaz del trabajo, asimismo la transformación de la atención de las enfermedades crónicas, no sólo depende de las competencias individuales de cada uno de los profesionales de salud, sino que también dependen del desarrollo de competencias para trabajar conjuntamente intra-equipo de salud.

Es imprescindible continuar investigando, respecto del seguimiento de la implementación del Modelo de Cuidados de Crónicos en atención primaria para conocer los efectos relacionados con el costo-efectividad de intervenciones en algunos aspectos o secciones del Modelo de Cuidados Crónicos durante los próximos años para favorecer el logro de los objetivos sanitarios 2011- 2020.

Por lo tanto el desafío es innovar en la atención de salud para las enfermedades crónicas, a través de la introducción de nuevas ideas, métodos o programas para cambiar el modo de prevenir y gestionar las enfermedades.

Se sugiere considerar evaluar otras variables de calidad de la atención, entre ellas, evaluación de atención desde la perspectiva del usuario/a externo, indicadores de compensación de cada usuario/a, sexo y edad de los usuarios, entre otras.

Enfermería:

Como gestores del cuidado y como parte de la Organización del Sistema de Salud es necesario que enfermería, tome la iniciativa frente a la epidemia de las enfermedades crónicas, así mismo es imprescindible reforzar aptitudes apropiadas, precisando ampliar las competencias de los profesionales de la salud para que puedan hacer frente a las complejidades de estas afecciones. Ello probablemente requerirá que desde el pregrado los profesionales de enfermería refuercen sus competencias y adquirieran nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, para diseñar nuevas modalidades de interacción con los usuarios, familias, comunidades.

Asimismo es trascendental precisar de programas de formación y de capacitación que preparen a los enfermeros/as para tratar los cambios que genera esta carga de enfermedad, ya que indiscutiblemente enfermería necesita y depende como profesión de la generación de nuevos conocimientos y de la articulación del conocimiento generado con la práctica clínica, para que de este modo se transfiera y se produzca la evolución de la disciplina de enfermería.

9.2. Limitaciones

Durante el proceso del estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

- Falta de tiempo de los profesionales para responder el cuestionario Evaluación de la atención de enfermedades crónicas 3.5
- Las diferentes paralizaciones de tipo gremiales durante el periodo 2013 influyeron en la recolección de la información, en algunos casos impidieron la adquisición de los datos, sin embargo en otros Centros de Salud esta situación permitió la participación del total de los equipos.
- Otra de las limitaciones en el desarrollo de este estudio fue que diversos profesionales se encontraban con licencia médica durante el periodo de recolección de datos.
- Asimismo el proceso de desvinculación realizado en algunos Centros de Salud durante el último periodo 2013 influyó en la recolección de la información, ya que varios de los integrantes del equipo de salud habían sido despedidos y otros se encontraban trabajando recientemente.
- Finalmente las distancias entre comunas del Servicio de Salud Talcahuano hicieron que el proceso de recolección de la información se condicionara y se extendiera.

CAPITULO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud, Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas Equipo de Atención de Salud para las Condiciones Crónicas (CCH). [Internet]. 2002. [citado 25/marzo/2012]. Disponible en: http://www.who.int/chronic_conditions/
2. Pérez S. Principales causas de muerte en Chile por regiones 1997-2003. [Internet]. [citado 20/junio/2012]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/pdf/causas_de_muerte_regiones%2003.PDF.
3. Ministerio de Salud. Objetivos estratégicos en salud. [Internet]. 2010. [citado 20/mayo/2012]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>.
4. Ministerio de Salud. Atlas de salud región del Bío-Bío. [Internet]. 2013. [citado 20/mayo/2013]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/>.
5. Téllez A. Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina UC. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. [Internet]. 2006; (2). [citado 17/julio/2012]. Disponible en : <http://repositorio.uc.cl/>.
6. Rubiera LG, Riera VR. Programa para mejorar la atención de las Enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo De Cuidados para Enfermedades Crónicas, ART 93.271. Aten Primaria 2004; 34(4):206-9.

7. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI el reto de las enfermedades crónicas; 2005. [Internet]. [citado 30/marzo/2012]. Disponible En: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf
8. Ministerio de salud de Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1; 2005. [Internet]. [citado 17/julio/2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob>.
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS. [Internet] 2005. [citado 12/ junio/ 2012]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
10. Consejo Internacional de Enfermeras. Servir a la Comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras a la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras. [Internet]. 2010. [citado 17/julio/2012]. Disponible en: www.icn.ch/images/documens/publications/indkit2010_sp.pdf.
11. Consejo internacional de enfermeras. uníos a la lucha contra las enfermedades crónicas. Ginebra; consejo internacional de enfermeras. [Internet]. 2010. [citado 20/julio/2012]. Disponible en: www.icn.ch.
12. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década 2011 – 2020: METAS 2012-2012 –elige vivir sano. Santiago, Chile. Minsal. . [Internet]. 2011. [citado 25/ agosto/ 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob>.

13. Ministerio de salud. Manual de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario en establecimientos de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS. [Internet]. 2008. [citado 25/ agosto/ 2012]. Disponible en: [http:// www.minsal.gob](http://www.minsal.gob).
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001; 20 (6):64-78.
15. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. Milbank Q. 1996; 74(4)511-44.
16. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness All rights reserved. (Reprinted) JAMA. [Internet]. 2002; 288: 14:1775. [consultado jama.ama-assn.org at Universidad de Concepción 9 de Diciembre, 2011].
17. Bowen JL, Wagner EH, Stevens DP. Chronic Care and Education. Gen Intern Med. 2010; 25: (suppl 4):569.
18. Johnson JK, Woods DM, phd2, Stevens DP, Bowen JL Provost LLP, MS5, Sixta CS, Wagner EH, Joy and Challenges in Improving Chronic Illness Care: Capturing Daily Experiences of Academic Primary Care Teams ,Intern Med 2010, 25;(Suppl 4):581– 5.
19. Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, LoutanL.Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa. Public Health. 2009; (6): 2258-2270.

20. Bodenheimer T, Macgregor K, Stothart, Nurses as learders in chronic care. Brit. Med. 2005; 330:612-613.
21. Carry M, Renders CM, Valk GD, Griffin GJ, Wagner EH, Eijk Van JIT, Assendelft JJ. Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings A systematic review diabetes care. 2001; 24 :(10).
22. Solberg LF, Crain L, Sperl-Hillen JS, Hroschikoski MC, Engebretson KI, Patrick BJ, O'Connor. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study HealthPartners Research Foundation, Minneapolis, Minn. EEUU Animals of Family Medicine. 2006. [Internet]. [citado 25/ agosto/ 2012]. Disponible en: [www.annfamned.org.vol. 4.](http://www.annfamned.org.vol.4)
23. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noël PH, Parchman M. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care Leykum et al. BMC Health Services Research. 2011; 11: (44).
24. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB, A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. Am J Manag Care. 2005; 11 :(8): 478–488.
25. World Health Organization. Innovative Care for Chronic conditions, Ginebra; WHO/NMC/CCH. [Internet]. 2002. [citado 25 abril 2011]. Disponible en: [www. Who. Int.](http://www.who.int)
26. Montero ER. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Evaluación Educativa, Florida State University, Investigadora Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. [Internet]. 2011. [citado 25 abril 2011]. Disponible en: [emontero@cariari.ucr.ac.cr.](mailto:emontero@cariari.ucr.ac.cr)

27. Gobierno de Chile. Subsecretaria de salud pública división prevención y control de enfermedades. Dpto. Enfermedades no transmisibles implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular. [Internet]. 2009 [citado 25 abril 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.
28. Ministerio de Salud 2002. Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. [Internet]. 2002. [citado 25 abril 2013]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/padulto/doc/Reorientacion>.
29. Ministerio de Salud. Guía Clínica GES: Hipertensión Arterial. [Internet]. 2006. [citado 25 abril 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.
30. Ministerio de salud de Chile. Modelo. Orientaciones técnicas y metodológicas de la evaluación índice de la actividad de atención primaria. IAAPS. [Internet]. 2011. [citado 17/julio/2014]. Disponible en: <http://www.minsal.gob>.
31. Ministerio de salud de Chile. Modelo. Orientaciones técnicas y metodológicas de la evaluación índice de la actividad de atención primaria. IAAPS. [Internet]. 2013. [citado 17/julio/2014]. Disponible en: <http://www.minsal.gob>.
32. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, vonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement HSR: Health Services Research. 2002; 37:3.
33. Parchman ML, Pugh JA, Wang CP, Romero RL. Glucose control, self-care behaviors, and the presence of the chronic care model in primary care clinics. Diabetes Care. 2007; 30(11):2849-54.

34. Lemmens KM, Nieboer AP, van Schayck CP, Asin JD, Huijsman R. A model to evaluate quality and effectiveness of disease management. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(6):447-453.
35. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:49.
36. Steinhäuser J, Goetz K, Ose D, Glassen K, Natanzon I, Campbell S et al. Applicability of the assessment of chronic illness care (ACIC) instrument in Germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2011; 7 (11):164.
37. Steurer-Stey C, Frei A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler S, Zoller M, Rosemann T. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland Steurer-Stey et al. *Health and Quality of Life Outcomes*. [Internet]. 2010, 8:122. [citado 20/septiembre/2012]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/8/1/122>.
38. Serrano MG. Evaluación de Cuidados Crónicos Cliente Interno (basado en la versión de la escala ACIC 3.5); 2010. [Internet]. [citado 20/septiembre/2012]. Disponible en: www.inprovingchroniccare.org.
39. Serrano MG. Proyecto EMCA-OMS Rediseño global de los Cuidados de Salud en Enfermedades Crónicas Diabetes tipo 2, 2004; Proyecto EMCA-OMS. [Internet]. [citado 20/septiembre/2012]. Disponible en: www.programaemca.org/docus/libro_EPOC.pdf.

40. Barceló A. Proyecto Veracruz para el mejoramiento de la atención a la diabetes (VIDA): Informe final. Washington, DC OPS; 2007. [Internet]. [citado 4/diciembre/2012]. [Disponible www.paho.org](http://www.paho.org).
41. Barceló A, Cafiero E, Boer M , Escobar A, García M, Jiménez R, Agustín Lara A, Medina E, Meiners M, Moreno G, Navarro S, Pérez E y Robles S. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA Project. Primary care diabetes [Internet]. 2010; 4:145–153. [citado 20/septiembre/2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/pcd>.
42. Rodríguez EY. Comités de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos, propuestos por Ezekiel Emanuel. Siente Requisitos Éticos. Acta Bioética. 2004.
43. Instituto Nacional de Estadística Chile. Compendio Estadístico. [Internet]. 2013. [citado 20/mayo/2014]. Disponible en: <http://www.ine.cl>.
44. Damin S, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G, Cunningham J and Weeramanthri T. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. BMC Health Services Research. [Internet]. 2005, 5:56:1-9. [citado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com>.
45. Frei A, Chmiel C, Schläpfer H, Birnbaum B, Held U, Steurer J, Rosemann T. The Chronic Care for diabetes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial. Cardiovasc Diabetol. [Internet]. 2010; 23:9: [citado el 20 de marzo de 2014].Disponible en <http://www.elsevier.com/locate/pcd>.

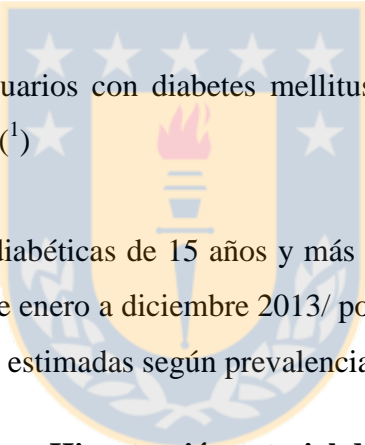
46. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*. 2009; 57(4):217-225.
47. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001; 4(6):256-62.
48. Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement: two randomized trials. *Diabetes Care*. 2008; 31(3):408-14.
49. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh*. 2011; 43(3):255-64.



11.1. ANEXO A. Definición Nominal y Operacional de Variables.

Variable Dependiente.

Indicador de Compensación para Diabetes Mellitus tipo 2 del programa cardiovascular

- 
- (N) Porcentaje de usuarios con diabetes mellitus tipo 2 compensados Hb A1c menor a 7 mg/dl ⁽¹⁾
 - (O) N° de personas diabéticas de 15 años y más con Hb A1c<7%, según ultimo control vigente de enero a diciembre 2013/ por el total de personas diabéticas de 15 y más años estimadas según prevalencia

Indicador de compensación para Hipertensión arterial del programa cardiovascular

- (N) . Porcentaje de usuarios con hipertensión arterial compensados (140/90)⁽²⁾
- (O) N° de personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90 mmHg, según último control vigente de enero a diciembre 2013/ por el total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia

¹ DEIS. MINSAL. MANUAL DE INSTRUCCIONES REM 2013. SERIE P.

Variables independientes.

Evaluación de la atención otorgada a los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular.

- (N) Se refiere a los cuidados proporcionados por los equipos de salud a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular, que reciben atención en el nivel primario.
- (O) Esta variable se medirá a través del Cuestionario de Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (Anexo B) compuesta por 7 secciones agrupadas en niveles, siendo posible obtener puntajes por cada sección y un puntaje total

Sexo.

- (N) Esta variable corresponde a las características biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre.
- (O) Para fines de la investigación el sexo medirá en hombre o mujer declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Profesión.

- (N) Esta variable corresponde al título o certificación que se otorga una vez que se ha cumplido con los requisitos exigidos por la ley en la carrera profesional o técnica correspondiente, tanto si le fue otorgado en el país o en el extranjero.

(O) Para fines de la investigación la profesión se categorizará, según lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos, en:

- Médico.
- Enfermero/a
- Nutricionista.
- Psicólogo/a.
- Técnico en enfermería.

Años de desempeño profesional.

(N) Tiempo transcurrido desde que el/la encuestado/a comenzó su desempeño profesional/técnico hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

(O) Para fines de la investigación los años de desempeño profesional se medirá en años cumplidos expresado en número declarada por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).

(N) Corresponde a las dificultades que ha presentado la persona dentro del equipo cardiovascular hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

(O) Para fines de la investigación Dificultades para implementar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) se medirá, según lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Establecimiento.

- (N) Corresponde a la institución en la cual se imparten los servicios de atención de salud a los usuarios crónicos hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.
- (O) Para fines de la investigación el establecimiento se medirá según lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.



11.2. ANEXO B. Cuestionario de Variables Biodemográficas.

Dirección:

Responda las siguientes preguntas marcando con una X o completando en el espacio que corresponda

Sexo	<input type="checkbox"/>	Femenino
	<input type="checkbox"/>	Masculino
Profesión	<input type="checkbox"/>	Enfermera
	<input type="checkbox"/>	Medico
	<input type="checkbox"/>	Nutricionista
	<input type="checkbox"/>	Asistente social
	<input type="checkbox"/>	Psicólogo
	<input type="checkbox"/>	Técnico en enfermería

Años de desempeño profesional: _____.

Cargo o función que desempeña en el programa cardiovascular.

¿Ha tenido dificultades para la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en su Centro de Salud Familiar?


SI NO

Si la respuesta anterior fue SI. ¿Cuáles son las dificultades que se han presentado en el Centro de Salud Familiar para la implementación del modelo de Cuidados Crónicos?

Establecimiento:



11.3. ANEXO C. Instrumento ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC) Version 3.5- Adaptado al Castellano Chileno).



CUESTIONARIO ACIC VALIDADO PARA CHILE

La presente versión en Español del cuestionario *Assesment of Chronic Illness Care* (ACIC) fue validada a través de un proyecto financiado por el Fondo de Investigación en Salud (FONIS). El equipo de investigación estuvo constituido por las siguientes personas: Oscar Arteaga (1) (Investigador Responsable), Aldo Vera (1), Cristián Rebolledo (2), María Teresa Muñoz (3), Bernardo Martorell (1) y Soledad Martínez (1)

- (1) Académico de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- (2) Estudiante Magister en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- (3) Estudiante Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (EVAEC) Cuestionario ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) Versión 3.5	
Por favor, indique los nombres de las personas (Ej. miembros de su equipo) que completarán la encuesta con usted. Más adelante en el cuestionario se le solicitará que describa el proceso mediante el cual se contestó el cuestionario.	
Su nombre:	Fecha: ____/____/____ Día Mes Año
Institución y dirección:	Nombre de las personas que contestaron el cuestionario con usted:
	1. _____
	2. _____
	3. _____
Su número de teléfono: () _____	Su correo electrónico:
Instrucciones para contestar el cuestionario	

Esta encuesta fue diseñada para ayudar a que los equipos de salud se orienten hacia las mejores prácticas en el manejo de enfermedades crónicas. Los resultados pueden ser usados para ayudar a su equipo a identificar áreas de mejoramiento. Las instrucciones son las siguientes:

1. **Conteste cada pregunta** desde la perspectiva de un establecimiento de salud o unidad de dicho establecimiento (Ej. centro de salud, hospital, consulta médica) en el que se realice atención de personas con enfermedades crónicas.

Por favor escriba el tipo y nombre del establecimiento (Ej. Centro de Salud Familiar El Roble)

2. **Conteste cada pregunta** sobre cómo su institución se desempeña con respecto a una enfermedad específica.
3. Por favor especifique la enfermedad _____
4. Para cada fila, **encierra con un círculo** el número que mejor describa el actual nivel de atención en su establecimiento para la enfermedad seleccionada. Cada fila en esta encuesta representa un aspecto clave acerca de la atención de enfermedades crónicas. Cada uno de estos aspectos se divide en niveles que muestran distintas etapas en el mejoramiento de la atención de enfermedades crónicas. Las etapas están representadas por un puntaje que va de 0 a 11. Los valores más altos significan que las acciones descritas en el cuadro se implementan de modo más completo.
5. **Sume los puntos en cada sección** (Ej. Puntaje total sección 1); luego calcule el puntaje promedio (Ej. Puntaje total sección 1/número de preguntas sección 1) y registre estos puntajes en el espacio provisto al final de cada sección. Al final, sume los puntajes de todas las secciones y obtenga el puntaje total promedio de su institución dividiendo este puntaje por 7.

Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (ACIC), Versión 3.5

Sección 1: Organización del Sistema de Atención de Salud. Los programas de manejo de enfermedades crónicas pueden ser más efectivos si el sistema en el que se entrega la atención, en su conjunto, está orientado y es conducido de manera que permite enfocarse en el manejo de las enfermedades crónicas.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
El Liderazgo Organizacional Global en la Atención de Enfermedades Crónicas Puntaje	...no existe o hay poco interés en el tema. 0 1 2	...se refleja en el enunciado de la visión o en los planes de la organización, pero no hay recursos específicamente destinados para ejecutar este trabajo. 3 4 5	...se refleja en el liderazgo de las jefaturas y en recursos específicamente destinados para este fin (humanos y financieros). 6 7 8	...es parte de la estrategia de planificación a largo plazo, recibe los recursos necesarios, y existen personas específicas que rinden cuentas de lo realizado. 9 10 11
Las Metas Organizacionales para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas Puntaje	...no existen o están limitados a una enfermedad. 0 1 2	...existen, pero no son evaluadas activamente. 3 4 5	...son medibles y evaluadas. 6 7 8	...son medibles, evaluadas rutinariamente, y esta información se usa en planes de mejoramiento. 9 10 11
La Estrategia de Mejoramiento de la Atención de personas con Enfermedades Crónicas Puntaje	...es circunstancial y no está organizada ni es apoyada en forma sostenida en el tiempo. 0 1 2	...utiliza una aproximación circunstancial para problemas a medida que van apareciendo. 3 4 5	...utiliza una estrategia de mejoramiento probada para determinados problemas. 6 7 8	...incluye una estrategia de mejoramiento probada para determinados problemas, y además la utiliza proactivamente para lograr las metas organizacionales. 9 10 11
Los Incentivos y Regulaciones para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas Puntaje	...no se usan para influir en el cumplimiento de las metas de desempeño clínico. 0 1 2	...se utiliza para influir en el uso de servicios y costos de la atención de crónicos. 3 4 5	...se usan para apoyar el cumplimiento de metas de atención a pacientes. 6 7 8	...se usan para motivar y empoderar a los integrantes del equipo de salud para que apoyen el cumplimiento de metas de atención a pacientes. 9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Los Directivos que toman las decisiones	...desincentivan la inscripción de enfermos crónicos.	...no le dan prioridad al mejoramiento de la atención de crónicos.	...promueven esfuerzos de mejoramiento de la atención de crónicos.	...participan de manera visible en los esfuerzos de mejoramiento de la atención de crónicos
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Las beneficios (de los planes de salud de FONASA o ISAPRE)	...desincentivan el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud	...no desincentivan ni promueven el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud.	... promueven el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud.	...están diseñados específicamente para promover una mejor atención de los pacientes crónicos.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total Organización del Sistema de Atención de Salud _____

Puntaje Promedio (Puntaje Total Org. Sistema Atención Salud / 6) _____

Sección 2: Vínculos con la Comunidad. Los vínculos entre el sistema de atención de salud y los recursos comunitarios juegan un importante rol en el manejo de las enfermedades crónicas.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
La Vinculación de los Pacientes con los Recursos Comunitarios	...no se realiza de modo sistemático.	...se restringe a un listado de recursos comunitarios identificados en una forma que es accesible.	...se logra a través de un funcionario designado o entidad responsable que se asegura que los prestadores y los pacientes hagan el máximo uso de los recursos comunitarios disponibles.	... se logra a través de una coordinación activa entre el sistema de salud, los servicios comunitarios y los pacientes.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Las Alianzas y/o Convenios con Organizaciones Comunitarias	...no existen.	...se están considerando pero aún no se han implementado.	...se establecen para desarrollar políticas y programas de apoyo.	...se buscan activamente para desarrollar programas y políticas de apoyo formal para todo el sistema de salud.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Los Planes de Salud de Nivel Regional	...no coordinan el uso de guías clínicas para enfermedades crónicas, mediciones, ni recursos a nivel de la práctica clínica.	...considerarían algún grado de coordinación en el uso de guías clínicas para enfermedades crónicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica, pero aún no se han implementado cambios.	...actualmente coordinan el uso de las guías clínicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica para una o dos enfermedades crónicas.	...actualmente coordinan el uso de las guías clínicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica para la mayoría de las enfermedades crónicas.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total de Vínculos con la Comunidad _____

Puntaje Promedio (Puntaje Vínculos Comunidad / 3) _____

Sección 3: Nivel de Atención de Pacientes. Muchos de los componentes que se manifiestan en el nivel del prestador individual (ej. Consulta individual) han demostrado capacidad para mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Estas características pueden clasificarse en las siguientes áreas: Apoyo al auto-cuidado, aspectos del diseño del sistema de atención que afectan directamente la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información clínica.

Sección 3a: Apoyo al auto-cuidado. El apoyo efectivo al auto-cuidado puede ayudar a los pacientes y sus familias a enfrentar los desafíos de vivir y recibir tratamiento por una enfermedad crónica, así como a reducir sus complicaciones y síntomas.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
La Evaluación y Registro tanto de Necesidades como de Actividades de Auto-cuidado	...no se hace.	...se espera que se haga.	...se realiza de forma estandarizada.	...se realiza regularmente de forma estandarizada vinculada a un plan de tratamiento disponible para el equipo de salud y el paciente.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Apoyo al Auto-cuidado	...se limita a la distribución de información (folletos, trípticos).	...está disponible a través de la derivación a talleres o monitores en auto-cuidado.	...es provisto por monitores entrenados que son designados para el apoyo al auto-cuidado, vinculados a un equipo de salud y que atienden pacientes referidos.	...es provisto por monitores vinculados al equipo de salud, entrenados en metodologías de empoderamiento al paciente y resolución de problemas. Estos atienden a la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
El apoyo a la resolución de las Inquietudes de los Pacientes y sus Familias	...no se hace consistentemente.	...es provisto para pacientes y familias específicas a través de derivación	...se incentiva. Además se dispone de apoyo de pares, grupos de auto-ayuda y consejería.	...es una parte integral del manejo de enfermedades crónicas e incluye evaluaciones sistemáticas y participación de rutina en el apoyo de pares, grupos de auto-ayuda y consejería.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Intervenciones Efectivas para el Cambio de conducta y el Apoyo de Pares	...no están disponibles.	...están limitadas a la distribución de folletos, trípticos u otro material escrito.	...están disponibles sólo a través de la derivación a centros especializados en los que existe personal entrenado al respecto.	...están disponibles fácilmente y son una parte integral del manejo de rutina de las enfermedades crónicas.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total Apoyo al auto-cuidado _____

Puntaje Promedio (Puntaje Auto-cuidado / 4) _____



Sección 3b: Apoyo a la Toma de Decisiones. Los programas efectivos de manejo de las enfermedades crónicas se aseguran de que el equipo de salud tenga acceso a la información -basada en evidencia- que necesita para tomar decisiones al tratar a sus pacientes. Esto incluye guías clínicas o protocolos basados en evidencia, consultas a especialistas, capacitación, y estimular al paciente a indagar sobre terapias efectivas y retroalimentar al equipo de salud.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<p>Guías Clínicas Basadas en Evidencia</p> <p>Puntaje</p>	<p>...no están disponibles</p> <p>0 1 2</p>	<p>...están disponibles pero no están integradas a la atención de salud.</p> <p>3 4 5</p>	<p>...están disponibles y existe capacitación al equipo de salud respecto de ellas.</p> <p>6 7 8</p>	<p>... están disponibles, existe capacitación de los prestadores respecto a ellas y están integradas en la atención de salud a través de recordatorios y otros métodos probados de cambio de conducta de los prestadores</p> <p>9 10 11</p>
<p>La participación de los Especialistas en el Mejoramiento de la Atención a Pacientes Crónicos en la Atención Primaria</p> <p>Puntaje</p>	<p>...se hace principalmente a través de derivación tradicional.</p> <p>0 1 2</p>	<p>...se traduce en la participación activa (liderazgo) de los especialistas para mejorar la capacidad del sistema en la implementación rutinaria de guías clínicas.</p> <p>3 4 5</p>	<p>...consiste en la participación activa (liderazgo) de los especialistas y existen especialistas designados para entrenar a los equipos de la atención primaria.</p> <p>6 7 8</p>	<p>... consiste en la participación activa (liderazgo) de los especialistas y su involucramiento en el mejoramiento de la atención de los pacientes en la atención primaria.</p> <p>9 10 11</p>
<p>La Capacitación del Equipo en Atención de Enfermedades Crónicas</p> <p>Puntaje</p>	<p>...se provee esporádicamente.</p> <p>0 1 2</p>	<p>...se provee sistemáticamente a través de métodos tradicionales</p> <p>3 4 5</p>	<p>...se provee usando metodologías modernas e innovadoras.</p> <p>6 7 8</p>	<p>...consiste en la capacitación de todos los equipos de salud acerca de métodos para el manejo de enfermedades crónicas tales como atención de población a cargo y apoyo del auto-cuidado.</p> <p>9 10 11</p>

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Información a los Pacientes acerca de las Guías Clínicas	...no existe.	...se realiza a pedido o a través de alguna publicación del centro de salud o municipalidad.	...se realiza a través de materiales de educación específica para cada enfermedad, la que se entrega a los pacientes.	...incluye materiales de educación desarrollados especialmente para pacientes, los cuales describen la importancia de su participación en el logro de la adherencia a las indicaciones de las guías clínicas.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total Apoyo a la Toma de Decisiones

Puntaje Promedio Apoyo a la Toma de Decisiones (Puntaje Total Apoyo / 4)



Sección 3c: Diseño del Sistema de Atención. La evidencia sugiere que el manejo efectivo de las enfermedades crónicas significa más que simplemente agregar intervenciones adicionales a un sistema enfocado al manejo de patologías agudas. Es posible que se necesiten cambios organizacionales que impacten en la atención de estos pacientes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<p>Buen Funcionamiento del Equipo de Salud</p> <p>...no es un tema a tratar.</p> <p>Puntaje</p>	<p>0 1 2</p>	<p>...se mantiene asegurando la disponibilidad de individuos entrenados apropiadamente en aspectos clave de la atención de pacientes crónicos.</p> <p>3 4 5</p>	<p>...se asegura a través de reuniones de equipo para tratar temas como guías clínicas, roles y rendición de cuentas, y problemas en la atención de pacientes crónicos.</p> <p>6 7 8</p>	<p>...se asegura a través de equipos que se reúnen regularmente y que tienen roles claramente definidos incluyendo la educación para pacientes sobre auto-cuidado, seguimiento activo y coordinación de recursos, así como otras habilidades en la atención de enfermedades crónicas.</p> <p>9 10 11</p>
<p>Liderazgo del Equipo de Salud</p> <p>...no es reconocido a nivel local o por el sistema de atención de salud</p> <p>Puntaje</p>	<p>0 1 2</p>	<p>...la organización asume que éste reside en cargos específicos de la organización.</p> <p>3 4 5</p>	<p>...se asegura por el nombramiento de un líder del equipo de salud, pero su rol en la atención de enfermedades crónicas no está definido</p> <p>6 7 8</p>	<p>...se garantiza a través del nombramiento de un líder del equipo, el cual se asegura de que los roles y responsabilidades para la atención de enfermedades crónicas estén claramente definidas.</p> <p>9 10 11</p>
<p>Sistema de Citación de pacientes</p> <p>...puede ser usado para agendar consultas de patologías agudas y controles de seguimiento y preventivos.</p> <p>Puntaje</p>	<p>0 1 2</p>	<p>...asegura que se agenden los controles de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>3 4 5</p>	<p>...es flexible y puede incorporar innovaciones como permitir fijar la duración de las consulta según lo que el paciente necesite o consultas grupales.</p> <p>6 7 8</p>	<p>...permite la organización de la atención de manera de facilitar que el paciente vea a múltiples miembros del equipo en una sola visita.</p> <p>9 10 11</p>

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
El Seguimiento de los Pacientes	...se agenda a pedido del paciente o de un miembro del equipo.	...es agendado de acuerdo a guías clínicas.	...es asegurado por el equipo de salud a través de la monitorización de las atenciones realizadas al paciente	...está "hecho a la medida" según las necesidades del paciente, varían en intensidad y en los métodos con los que se realiza (por teléfono, mail, en persona) y cumple con lo recomendado en las guías clínicas.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Las Visitas Domiciliarias para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas	...no se usan.	...se usan ocasionalmente para pacientes complicados.	...son una opción para los pacientes interesados en ello.	...se usan para todos los pacientes e incluyen evaluaciones regulares, intervenciones preventivas y apoyo al auto-cuidado.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La Continuidad de la atención de las personas con Enfermedades crónicas entre niveles de atención	...no es una prioridad.	...depende de comunicaciones escritas entre el equipo de atención primaria y los especialistas.	...entre el equipo de atención primaria y los especialistas u otros prestadores relevantes es una prioridad pero no está implementada sistemáticamente.	...tiene alta prioridad y todas las intervenciones relacionadas con enfermedades crónicas incluyen la coordinación entre atención primaria, especialistas y otros grupos relevantes.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total Diseño del Sistema de Atención _____

Puntaje Promedio (Puntaje Diseño Sist. Atención / 6) _____

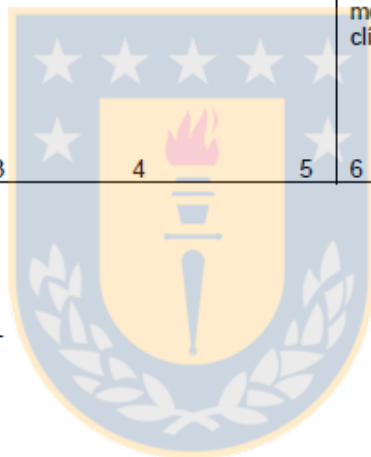
Sección 3d: Sistemas de Información Clínica. La información útil y oportuna acerca de los individuos y las poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas es un elemento crítico de los programas efectivos, especialmente de aquellos que tienen un enfoque poblacional.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
El Catastro de Pacientes (lista de pacientes con patologías específicas)	...no está disponible.	...incluye el nombre, diagnóstico, información de contacto y fecha del último contacto ya sea en papel o en una base de datos digitalizada.	...permite realizar búsquedas para identificar sub-poblaciones según prioridades clínicas.	...está asociado a las guías clínicas lo que permite contar con avisos y recordatorios acerca de las atenciones que necesita el paciente.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Los Recordatorios a los miembros del equipo de salud	...no están disponibles.	... consisten en una notificación general de que el paciente tiene una enfermedad crónica, pero no describe las atenciones que éste necesita en el momento del contacto con el prestador.	...incluyen un reporte periódico con indicaciones acerca de las atenciones que necesitan ciertos grupos de pacientes.	...incluyen información específica para el equipo respecto de la adherencia a guías clínicas en el momento de la consulta.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La Retroalimentación a los Equipos de Salud	...no está disponible o es inespecífica para el equipo de salud.	...es provista en intervalos poco frecuentes y se realiza de forma impersonal.	...ocurre frecuentemente, y de manera suficiente para monitorear el desempeño y es específica a la población a cargo del equipo de salud.	...es oportuna, específica para el equipo, se hace rutinariamente y es entregada de forma personal por un líder de opinión respetado con el fin de mejorar el desempeño del equipo.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
La Información acerca de Subgrupos Relevantes de Pacientes que Necesitan Atención	...no está disponible	...puede obtenerse sólo mediante un esfuerzo especial o con un análisis informático adicional.	...puede obtenerse ante solicitudes específicas pero no está disponible en cualquier momento.	...es provista sistemáticamente al equipo de salud para ayudarlo a entregar una atención planificada.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Planes de Tratamiento por Paciente	...no se espera que existan.	...se realizan a través de un proceso estandarizado.	...se establecen colaborativamente e incluyen metas de auto-cuidado y metas clínicas.	... se establecen colaborativamente e incluyen el auto-cuidado y el manejo clínico. Se realiza seguimiento y éste guía la atención en cada encuentro con el equipo de salud.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntaje Total Sistema de Información _____

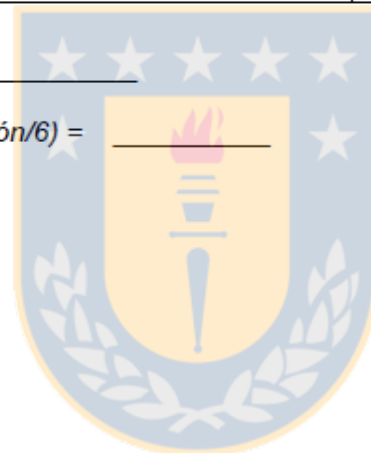
Puntaje Promedio (Puntaje Sist. Inf. / 5) _____



Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Las Guías Clínicas para la Atención de Enfermedades Crónicas	...no se comparten con los pacientes.	...se entregan a los pacientes que expresan interés específico por el auto-cuidado de su patología.	...son entregadas a todos los pacientes para ayudarlos a seguir programas de auto-cuidado o de modificación de conductas que sean efectivos, e identificar cuando deberían consultar en un establecimiento de salud.	...son revisadas por el equipo de salud junto al paciente para diseñar un programa de auto-cuidado o de modificación de conducta concordante con las guías clínicas tomando en cuenta las metas de los pacientes y su disposición al cambio.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

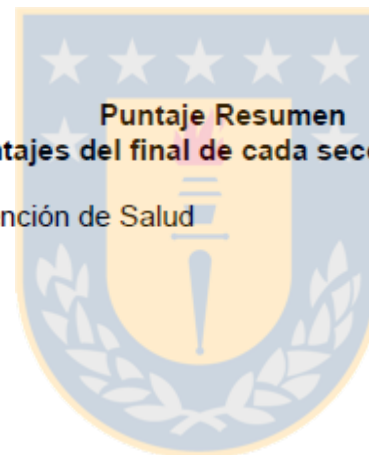
Puntaje Total Integración de los Componentes: _____

Puntaje Promedio Integración (Puntaje Integración/6) = _____



Describa brevemente el proceso utilizado para completar esta encuesta (Ej. Se llegó a consenso en reuniones presenciales; fue llenado por uno de los líderes del equipo de salud quién consultó a otros miembros del equipo según necesidad; cada miembro del equipo llenó por separado la encuesta y luego se sacó un promedio de las respuestas).

Descripción:



Puntaje Resumen
(Anote los puntajes del final de cada sección en esta página)

Puntaje Total Organización del Sistema de Atención de Salud	_____
Puntaje Total de Vínculos con la Comunidad	_____
Puntaje Total Apoyo al auto-cuidado	_____
Puntaje Total Apoyo a la Toma de Decisiones	_____
Puntaje Total Diseño del Sistema de Atención	_____
Puntaje Total Sistema de Información Clínica	_____
Puntaje Total Integración de los Componentes del Modelo	_____
Puntaje Global de los Puntajes Totales (Suma de todos los puntajes totales)	_____
Puntaje Promedio del Centro de Salud (Puntaje Global /7)	_____

¿Qué significa?

El ACIC está organizado de manera tal que el puntaje más alto (un "11") en cualquier ítem individual, sección o en el puntaje global (el promedio de las 7 secciones) indica un apoyo óptimo a la atención de enfermedades crónicas.

El puntaje más bajo posible en cualquier ítem o sección es un "0" lo que corresponde a un apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas. La interpretación de todos los puntajes es la siguiente:

Entre "0" y "2" = apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas

Entre "3" y "5" = apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas

Entre "6" y "8" = apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas

Entre "9" y "11" = atención de enfermedades crónicas totalmente desarrollada

Es relativamente común que los equipos de salud que comienzan a trabajar con el Modelo de Atención de Enfermedades crónicas (MAEC) obtengan un puntaje bajo 5 en algunas (o todas) las áreas del ACIC. Después de todo, si todo el mundo estuviera entregando una atención óptima para las enfermedades crónicas, no se necesitaría trabajar con el MAEC o implementar programas de mejoramiento de la calidad de la atención. También es común que los equipos creen inicialmente que están dando una mejor atención a los pacientes crónicos de lo que están entregando en la realidad. A medida que usted y su equipo vaya progresando en la implementación del MAEC, los elementos de un sistema de atención efectiva le serán más familiares. Incluso puede notar que algunos puntajes del ACIC disminuyen, aunque usted haya hecho mejoras en su atención; esto se debe probablemente a que usted entiende mejor como "se ve" un buen sistema de atención. Con el tiempo y a medida que conozca mejor el MAEC y vaya implementado cambios para lograr una atención efectiva, usted debería ver un mejoramiento en el puntaje del ACIC.

11.4. ANEXO D. Consentimiento Informado.

María Elena Lagos Garrido, Enfermera, estudiante de Magíster en Enfermería, Becaria Docente Departamento de Enfermería. Universidad de Concepción. RUT: 15.755945-1.

Título del Proyecto de Investigación:

“Evaluación del equipo de salud, acerca de los cuidados otorgados a usuarios/as con enfermedad crónicas del programa cardiovascular del nivel primario”

Se me ha solicitado participar en este proyecto de investigación en donde se desean conocer algunos aspectos relacionados con la atención que estoy otorgando a usuarios crónicos. Al participar en este estudio, estoy de acuerdo en responder a las preguntas contenidas en el cuestionario con relación a aspectos generales de mi condición como profesional. La entrevista tendrá una duración aproximada de 20 minutos y se desarrollará en mi lugar de trabajo.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información que contribuirá a orientar estrategias para mantener y mejorar la atención de usuarios con enfermedades crónicas
2. No hay riesgos en participar en esta investigación.
3. La alternativa es no participar en esta investigación.
4. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por:
María Elena Lagos Garrido. Fono: 83544015. Departamento de Enfermería. Universidad de Concepción.
5. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.

6. Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.
7. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL

FIRMA PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO



11.5. ANEXO E. Carta de aprobación de Comité de Ética Universidad de Concepción.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, 11 de marzo de 2013.

Dr. Edgardo Sanzana S.
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Sanzana:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Tesis denominado "Evaluación del cuidado crónico y su relación con indicadores de compensación del programa cardiovascular" de la alumna del Programa de Magister en Enfermería, Sra. María Elena Lagos Garrido, le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** El proyecto permitirá obtener información objetiva relevante para evaluar y eventualmente mejorar el trabajo de los equipos de salud en el cuidado de enfermos crónicos con diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial, ambas patologías con alto riesgo de complicaciones al no estar adecuadamente compensadas.
2. **Validez científica:** Estudio correlacional, descriptivo, transversal. Utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. El investigador fundamenta adecuadamente el diseño metodológico y la selección de muestra; explicita las variables; los instrumentos utilizados para la recolección de información se ajustan a los propósitos de su investigación y han sido sometidos a juicio de expertos; el procesamiento estadístico de la información recolectada y el análisis es coherente con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** la condición de los sujetos de investigación se ajusta a los propósitos de la investigación, por lo tanto se justifica adecuadamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** los beneficios han sido explicitados y fundamentados con marco empírico. Se ha cautelado minimizar la posibilidad de riesgos.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** el proceso de consentimiento informado incorporó todos los elementos de las recomendaciones internacionales. Explicitó el propósito de la investigación, la voluntariedad en la participación, garantiza la confidencialidad de la información, indica los beneficios para los sujetos de investigación. Establece los mecanismos de difusión de información y considera la posibilidad del retiro voluntario de los sujetos.
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, mediante el proceso de consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** este proyecto

Atentamente,

Dr. Alejandro Soto Sepúlveda
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

¹ Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003

11.6. ANEXO F. Carta de aprobación de Comité de Ética Servicio de Salud Talcahuano.



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SST

OFICIO 11 / N°

2076 *08.10.2013

ANT: Proyecto de Tesis: "Evaluación de los cuidados otorgados por los equipos de salud a los usuarios con enfermedad crónica cardiovascular".

MAT: Respuesta a Solicitud

DE: Comité Ético Científico SST

A: Sra. María Elena Lagos G.

Estimada Sra. Lagos:

El Consejo del Comité, Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, conformado según listado siguiente:

- **Dr. Álvaro Llancaqueo Valeri**, médico medicina interna, infectólogo, Hospital Las Higueras, Presidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Secretaria Ejecutiva Comité Ético Científico SST.
- **Álvaro Sepúlveda Sanhueza**, Abogado, docente Universidad Católica Santísima Concepción. Quien oficiará como primer reemplazante del presidente.
- **Ana María Valenzuela Trujillo**, Enfermera docente Universidad Andrés Bello. Segunda reemplazante del presidente.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico Salud Pública, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano. Primer reemplazante secretaria ejecutiva.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Sylvia Díaz Retamal**, Sub-Directora Médico Hospital Penco - Lirquén
- **Dra. Jimena Guerrero Vidal**, Médico Cirujano, Directora Administración de Salud Municipalidad de Hualpén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico de atención abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Liliana Lamperti Fernández**, Profesora asistente Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **Carlos Palacios**, Presidente Consejo de Participación Social.



Con fecha 09 de Septiembre se ha recepcionado en el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano su carta en la cual hace llegar Proyecto de Tesis: "Evaluación de los cuidados otorgados por los equipos de salud a los usuarios con enfermedad crónica cardiovascular".

Realizada la revisión de los antecedentes informo a usted que el Consenso del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, concluye, no habiendo intervención sobre pacientes no existe riesgo, razón por la cual no se requiere pronunciamiento de este Comité Ético Científico.

Sin otro particular, lo saludan muy atentamente,


ALVARO LLANCAQUEO VALERI
PRESIDENTE


NATALIA MARÍN NEIRA
SECRETARIA EJECUTIVA (S)


MAURICIO JARA LAVÍN
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO

Distribución:

- La indicada ✓
- Dra. Sandra Valenzuela Directora Programa Magíster en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
- Archivo Comité Ético Científico SST
- Oficina de partes.

Dgsf 1090.-

11.7. ANEXO G. Carta de financiamiento de Convenio de Desempeño Vida Saludable CDUCO1201.



Universidad
de Concepción

CONVENIO DE DESEMPEÑO VIDA SALUDABLE CDUCO1201
Diseño e implementación de un modelo territorial integrado para la
promoción de la salud y la prevención de la Obesidad

mulloa@udec.cl - 2203539



CONCEPCIÓN, 12 mayo 2014.-

Señorita
María Elena Lagos Garrido
Alumna Programa de Magister en Enfermería
Facultad de Medicina

Presente

Ref.: Informe Concurso para Tesis

Estimada Investigadora:

El Convenio de Desempeño UCO1201 comunica a Usted que su propuesta, **"EVALUACIÓN DEL CUIDADO CRÓNICO Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE COMPENSACIÓN DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR"**, ha sido meritoria para ser financiada con recursos financieros. El monto asignado es igual al solicitado y asciende a la suma de \$ 500.000 Para los efectos de ejecución financiera usted debe tomar contacto con la Ingeniero Sra. Adriana Añazco G. (aanazco@udec.cl).

COMENTARIOS DE LOS REVISORES

La investigación es plenamente coherente y pertinente a la problemática actual de efectividad para la aplicación de programas de Salud como el Programa cardiovascular que requiere de una evaluación en el tiempo para lograr la adherencia de los pacientes y proponer mejoras continuas. La investigación propone una nueva forma de analizar la calidad de la atención a la población portadora de enfermedades crónicas. Es de alta pertinencia ya que apunta a uno de los Objetivo Sanitarios de las Políticas de Salud 2011-2020. Además, respalda a una de las líneas de investigación del Departamento de Enfermería de esta casa de Estudios

Se aprecia un adecuado planteamiento del problema de investigación, de los marcos de referencia y la metodología está acorde a la exigencia de un programa de Magister.

Se considera que la propuesta es perfectamente viable y que la investigadora cuenta con trabajo avanzado. Tanto el investigador y su tutor tienen experiencia y capacidad de llevar adelante la investigación. No se deja muy claro el papel que tendrán otros profesionales en esta investigación y si serán claves en el resultado final de este proyecto.

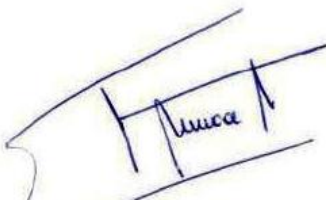
La propuesta fue evaluada con calificación global sobresaliente y se financiará con todo el recurso demandado, que asciende a la suma de \$ 500.000 (quinientos mil pesos).

Para el convenio de Desempeño UCO 1201 es crucial que esta propuesta llegue a buen fin con los objetivos formulados y con la formación académica doctoral de la investigadora.

RECOMENDACIONES

Poner mucho énfasis y toda la celeridad posible a la publicación que emanará de esta investigación

Cordialmente,



Dra. Natalia Ulloa M., BQ, PhD
Directora Ejecutiva
CD UCO1201

CC: Dr. Raúl González Ramos, Decano Facultad de Medicina, Prof. Alide Salazar M., Investigador Patrocinante, Sra. Adriana Añazco Ingeniero CD UCO1201.

