



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN, DIRIGIDO AL EQUIPO DE
SALUD PARA MEJORAR EL CUIDADO DE USUARIOS/AS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y /O HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

POR MARIA ELENA LAGOS GARRIDO

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

PROFESORA TUTORA: DRA. ALIDE SALAZAR MOLINA.

NOVIEMBRE DE 2017

CONCEPCIÓN, CHILE.

©2017 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 DIRECCIÓN DE POSTGRADO

CALIFICACIONES

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Alide Salazar Molina



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

Profesor Dr. Manuel Gutiérrez Henríquez

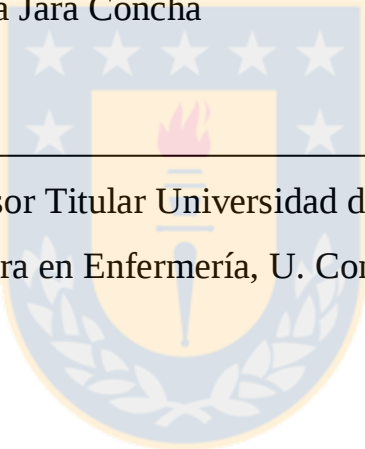
Profesor Asociado Universidad de Concepción

Profesora Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza

Profesora Asistente Universidad del Bío Bío.

Directora del Programa

Profesora Dra. Patricia Jara Concha



Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO

FINANCIAMIENTO

Servicio de Salud Talcahuano, Apoyo financiero para el desarrollo de la intervención.

Dirección de Salud Municipal de Hualpén, Apoyo financiero para el desarrollo de la intervención.

Universidad de Concepción, Dirección de postgrado, apoyo económico Pasantía Estados Unidos.

Universidad de Concepción, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, apoyo económico desarrollo software Mejoramiento de Cuidados Crónicos.

DEDICATORIA



Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que perseveran para mejorar y lograr cambios en la salud de quienes más lo requieren.

A todos los usuarios y equipos de salud del programa de salud cardiovascular que participaron de este estudio, solo para hacer que cada día el cuidado de las personas sea más eficaz y eficiente, así lograr la anhelada efectividad de la atención sanitaria.

AGRADECIMIENTOS A:

Dios agradezco por su infinito amor e incondicional compañía, quien siempre ha estado en mi vida y la ha bendecido para hacer de ella su voluntad en quienes más lo necesitan.

Mi Familia por su apoyo y compañía incondicional durante todo este proceso formativo, a mis padres y a mí dos grandes y fieles compañeros mis amores Felipe e hija Gabriela.

Mi profesora y maestra Alide Salazar por su apoyo, asesoría, dedicación y credibilidad en nuestras ideas durante todos estos años.

Mi amigo y compañero Sergio Rivera por estar siempre a mi lado y apoyarnos en cada uno de nuestros aciertos, como en aquello que no lo fue tanto.

Íngrid Briones colega y compañera que me apoyo y me dio su confianza para desarrollar este trabajo.

Solange Rivas de Universidad del Desarrollo, por creer y validar mi conocimiento y su valioso apoyo en este proceso.

Universidad de Concepción, Académicos del programa de Doctorado por la entrega y apoyo en la adquisición de conocimiento para aportar a la disciplina.

A todas aquellas personas e instituciones que hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

INDICE DE CONTENIDOS	XII
INDICE DE FIGURAS	XV
RESUMEN	XVIII
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
INVESTIGACIÓN PROPUESTA:	1
1. Fundamentación del problema de investigación.	1
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	16
2.1. Marco teórico.	16
2.1.1. Modelo de Cuidados Crónicos.	16
2.1.2. Mejora de la Calidad.....	22
2.1.2.1. Modelo de Mejora de la Calidad / (Modelo PHVA o Ciclo de Shewhart).	23
2.1.2.2. El Modelo de “Avance Innovador”.....	26
2.1.3. Modelo de las 5 Aes.	30
2. 2. Marco Conceptual.....	36
2.2.1. Apoyo al automanejo	36
2.2.2 Programa de Salud Cardiovascular.....	41
2.3. Marco Empírico.	54
CAPITULO 3: HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	73
CAPITULO 4: OBJETIVOS.....	75
CAPITULO 5: SUJETOS Y METODOS.....	77
5.1. Diseño	77
5.2 Unidad de análisis:	79
5.3 Universo	79
5.4 Muestra.....	80
5.5 Flujograma.....	81

5.6. Criterios de inclusión equipos de salud cardiovascular.....	83
5.7. Criterios de inclusión usuario externo.	83
5.8. Criterios de exclusión equipos de salud cardiovascular.	84
5.9. Criterios de exclusión usuario externo.....	84
5.10 Variables del estudio.	85
5.10.1 Variable Dependiente.	85
5.10.2. Variable independiente.	85
5.10.3. Variables intervinientes equipos de salud cardiovascular	86
5.10.4. Variables intervinientes del usuario externo	87
5.11. Instrumentos recolectores de datos y mediciones	87
5.11.1. Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC) Versión 3.5- (Adaptado al Español Chileno):.....	87
5.11.2. Evaluación de atención de enfermedades crónicas para pacientes:.....	90
5.11.3. Resultados clínicos para la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del usuarios/as externos:	92
5.11.4. Cuestionario de variables sociodemográficas:.....	93
5.12. Recolección de datos.....	93
5.13. Procesamiento de los datos.....	96
5.14. Análisis de los datos.....	96
Variable respuesta primaria:.....	98
Resultados clínicos para la diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c) y para hipertensión arterial (PAS-PAD) del usuario externo.....	98
Variable respuesta secundaria: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del usuario/a interno y del usuario externo.....	99
5.15. Consideraciones Éticas.....	99
CAPITULO 6: INTERVENCIÓN	103
6.1 Etapa 1 Planificación: incorporación de los componentes organización del sistema de atención sanitaria y vínculos con la comunidad.....	111
6.1.1. Planear	112
6.1.2 Hacer.....	115
6.1.3 Estudiar	116
6.1.4 Actuar	117
6.1.4.1 Preparación de los apoyos tecnológicos	121
6.1 Etapa 2 Formación: Incorporación del componente apoyo a la toma de decisiones	126
6.2.1. Fase Inmersión	128
6.2.2. Fase de Ideación	158

6.2.3. Análisis de los instrumentos:.....	159
6.2.3.1 Mediante la Técnica de Brain Store.....	160
6.2.3.2 Matriz de Priorización:.....	162
6.3. Etapa 3 Ejecución: Incorporación de los componentes del mcc rediseño de la atención de salud, sistema de información clínica y apoyo al automanejo.	179
6.4. Etapa 4 Seguimiento o plan de acción: Integración de todos los componentes del MCC.	185
CAPITULO 7: RESULTADOS.....	207
7.1 Descripción del seguimiento protocolo de investigación.	208
7.2 Análisis de medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependiente) del usuario interno del grupo control y grupo intervenido	211
7.3 Análisis de las medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependientes) del usuario externo del Grupo Control y Grupo Intervenido	219
7.4. Comparación al interior de cada grupo pre y post intervención	228
7.5. Efecto de la Intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular para fortalecer la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (serie BTS) en la atención proporcionada y en los resultados clínicos de los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial).	238
CAPITULO 8: DISCUSIÓN.....	250
CAPITULO 9: CONCLUSIONES.....	312
CAPITULO 10: SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	319
10.1. SUGERENCIAS	319
10.2 LIMITACIONES.....	322
CAPITULO 11: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	325
CAPITULO 12: ANEXOS	361
12.1. ANEXO A. Definición Nominal y Operacional de Variables.	361
12.2. ANEXO B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (EVAEC) Versión 3.5- (Adaptado al Español Chileno).	371
12.3. C. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PARA PACIENTES.	388
12.4.1. D.CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, USUARIO EXTERNO.....	390
12.4.2. ANEXO D. CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, USUARIO INTERNO	392
12.5 ANEXOS E, F y G. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	393
12. 6. ANEXO H. SOFTWARE PLATAFORMA VIRTUAL MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS.....	408
12. 7. ANEXO I. ESTUDIO DE CASOS	421
12. 8. ANEXO J. SIMULACION CLINICA	423
12. 9. ANEXO K. RÚBRICAS SIMULACIÓN CLÍNICA.....	437
12.10. ANEXO L. TALLER IDEACIÓN.....	439
12.11. ANEXO M. SIMULACIÓN METODOLÓGICA DE MEJORAMIENTO (IHI 2015).	441

12.12 ANEXO N. PAUTA EVALUACIÓN PROTOTIPO.....	444
12. 13. ANEXO Ñ. INFORME ESCRITO DE IDEACIÓN.....	446
12. 14. ANEXO O. PLANTILLAS PROTOTIPO PROBLEMA.....	452
12. 15. ANEXO P. PLANTILLAS PROTOTIPO OBJETIVO Y ACTIVIDADES.....	453
12. 16. ANEXO Q. PLANTILLAS PROTOTIPO SEGUIMIENTO Y KANBAN DE TAREAS	454
12.17. ANEXO R. CERTIFICADO PROGRAMA PASANTIA IHI.....	455
12. 18. ANEXO S. MARCA GRAFICA MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS.....	456
12.19. ANEXO T. PROTOTIPOS PROTOCOLO CONTROL GRUPAL DISEÑADO POR LOS EQUIPOS DE SALUD.....	457



INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1.Objetivos terapéuticos y manejo de personas con Hipertensión Arterial	46
Tabla 2.2. Porcentaje de Compensación para la hipertensión arterial en la Región del Bío-Bío.....	47
Tabla 2.3 Objetivos terapéuticos y manejo de personas con diabetes.	51
Tabla 2.4. Porcentaje de Compensación para la diabetes mellitus tipo 2 en la Región del Bío-Bío.....	52
Tabla 5.1. Universo de usuarios adscritos a los Centros de Salud Familiar del SST.....	81
Tabla 5.2.Análisis de los datos.....	98
Tabla 6.1. Responsabilidades de los integrantes de la Intervención.....	119
Tabla 6.2. Cronograma de actividades presenciales y virtuales.....	138
Tabla 6.3. Sesión de aprendizaje presencial 1: Introducción al estado del arte de la Gestión del Cuidado Crónico (Modelo de Cuidados Crónicos) y el lado humano de los mejoramientos....	139
Tabla 6.4. Sesión aprendizaje presencial 2: Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, herramientas de evaluación y diagnóstico de su organización.....	145
Tabla 6.5. Sesión aprendizaje presencial 3: El automanejo y el Modelo de las 5 Aes	151
Tabla 6.6 Insumo análisis descriptivo: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes global y por componente, según establecimiento de atención.....	160
Tabla 6.7. Insumo análisis descriptivo EVAEC: Evaluación global y por componente, según establecimiento de atención.....	161
Tabla 6.8 Matriz de priorización.....	162
Tabla 6.9. Sesión aprendizaje presencial 4: Introducción a al Modelo de Mejora de la Calidad	163
Tabla 6.10. Sesión aprendizaje presencial 5: Metodología de cambio (Ciclos BTS).....	170

Tabla 6.11. Sesión aprendizaje presencial 6: Evaluando la propuesta de mejoramiento.....	176
Tabla 6.12. Cronograma seguimiento.....	186
Tabla 6.13. Primer control grupal.....	193
Tabla 6.14. Segundo control grupal.....	195
Tabla 6.15. Tercer control grupal.....	197
Tabla 6.16. Cuarto control grupal.....	199
Tabla 7.1. Medidas de resumen basal de las características biodemográficas del usuario interno, grupo control e intervenido.....	211
Tabla 7.2. Medidas de resumen basal según edad y años en el PSCV, grupo control e intervenido	213
Tabla 7.3. Medidas de resumen basal de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, EVAEC de forma global y de cada una de sus secciones en el grupo control y grupo intervenido.	215
Tabla 7.4. Medidas de resumen basal de las características sociodemográficas del usuario externo, grupo control e intervenido	219
Tabla 7.5 Medidas de resumen basal para edad y años de enfermedad de los usuarios externos participantes del estudio	222
Tabla 7.6. Medida de resumen basal para los indicadores de resultado clínico, PAS y PAD grupo control y grupo intervenido...	223
Tabla 7.7. Medida de resumen basal, indicador de resultado clínico HbA1c grupo control y grupo intervenido.....	224
Tabla 7.8. Medidas de resumen basal de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes, global y de cada una de sus subescala en el grupo control y grupo intervenido.....	225
Tabla 7.9. Comparación de resultados de la Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, pre y post intervención, al interior de cada grupo.....	228
Tabla 7.10. Comparación de los indicadores de resultado clínico PAS y PAD, al interior del grupo control y del grupo intervenido, pre y post intervención.....	231
Tabla 7.11. Comparación del Indicador de resultado clínico HbA1c, pre y post intervención, dentro del grupo control y del grupo intervenido	233

Tabla 7.12. Comparación de resultados de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes, pre y post intervención, adentro del grupo control y del grupo intervenido	234
Tabla 7.13. Efecto intervención en la Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC).	238
Tabla 7.14. Efecto de la Intervención en los indicadores de resultado clínico, PAS y PAD usuario externo.....	241
Tabla 7.15. Efecto intervención en el indicador de resultado clínico HbA1c usuario externo, pre y post intervención, entre grupo control y grupo intervenido.	244
Tabla 7.16. Efecto intervención en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes.....	246



INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Modelo de Cuidado Crónicos	19
Figura 2.2. Modelo de Mejoramiento	28
Figura 2.3. Series BTS para la atención crónica.....	29
Figura 2.4. Modelo 5 Ases	35
Figura 5.1. Flujograma.....	82
Figura 6.1: Sistematización de la incorporación de los componentes del MCC en la intervención, siguiendo la lógica de las 4 etapas	109
Figura 6.2: Ciclos de Mejoramiento según IHI.	111
Figura 6.3: Asociación de la Organización del sistema de atención Sanitaria y vínculos de la comunidad, con la finalidad de mejorar la atención de las afecciones crónicas	114
Figura 6.4: Ejemplo de acuerdos	116
Figura: 6.5: Equipos en acción.....	118
Figura 6.6: Kit de Materiales entregados a cada integrante del equipo de salud intervenido.....	121
Figura 6.7: Equipo reunido para perfeccionar software.....	122
Figura 6.8: Acceso plataforma virtual.....	123
Figura 6.9: Home software plataforma virtual.....	124
Figura 6.10: Barra de módulos	125
Figura 6.11: Presentación Inicio de modulo.....	125
Figura 6.12: Etapa 2 Formación.....	127
Figura 6.13: Simulación con herramientas de evaluación y diagnóstico de la organización	141
Figura 6.14: Sesión aprendizaje virtual Introducción al MCC.....	143
Figura 6.15: Evaluación virtual, termino de módulo introducción al MCC.....	144
Figura 6.16: Ejemplos de evaluación sesión presencial n° 2, elementos del Modelo de Cuidados Crónicos con uso de teclera	147
Figura 6. 17: Apoyo al Automanejo y Modelo de las 5 Aes.....	149
Figura 6.18: Evaluación virtual, apoyo al Automanejo y Modelo de las 5 Aes.....	150

Figura 6.19: Simulación virtual Modelo de Mejora de la Calidad.....	154
Figura 6.20: Evaluación virtual Modelo de Mejora de la Calidad	156
Figura 6.21: Ciclos de mejoramiento.....	158
Figura 6.22: Lluvia de Ideas	159
Figura 6. 23: Fotografía del desarrollo de esta actividad	165
Figura 6.24: Ideación y primer ciclo de mejora desarrollado por los equipos de salud.....	165
Figura 6. 25: Metodología de Cambio	167
Figura 6.26: Simulación sector verde, ejemplo aplicación metodología de cambio	168
Figura 6.27: Evaluación Metodología de Cambio.....	169
Figura 6.28: Simulación Metodología de cambio.....	172
Figura 6.29: Ideación toma de decisión equipos.....	173
Figura 6.30: Ideación formato informe de proyecto de mejora.....	174
Figura 6.31: Primer informe de modelado de proyecto de mejora.	175
Figura 6.32: Presentación de proyecto de mejora en el panel de académicos y tutores.....	177
Figura 6.33: Etapa 3 Ejecución.....	179
Figura 6.34: Ejecución a nivel de prototipo.....	181
Figura 6.35: Prototipo por objetivos.....	181
Figura 6.36: Kanban o tablero de tareas.....	182
Figura 6.37: Kanban tablero de tareas de los equipos intervenidos.....	182
Figura 6.38: Creación de protocolos de atención.....	183
Figura 6.39: Creación de protocolos de atención.....	184
Figura 6.40: Etapa 4 Seguimiento: Integración de todos os componentes del MCC.....	188
Figura 6.41: Kanban o Tablero de tareas etapa seguimiento.....	189
Figura 6.42: Registro de asistentes a los ciclos de mejoramiento.	190
Figura 6.43: Reuniones de seguimiento de los ciclos de mejora grupo intervenido	190
Figura 6. 44: Reuniones de seguimiento ciclos de mejora grupo intervenido.....	191

Figura 6. 45 Rediseño de los controles de salud.....	192
Figura 6. 46: Probando prototipo control grupal 1.....	194
Figura 6. 47: Probando prototipo control grupal 2.....	196
Figura 6.48: Probando prototipo control grupal 3.....	198
Figura 6.49: Probando prototipo control grupal 4.....	200
Figura 6. 50: V ideos confeccionados para Apoyo al automanejo.....	201
Figura 6.51: Prototipo sistema de información clínica para el usuario interno	202
Figura 6. 52: Sistema de información clínica para el usuario externo “ Mi agenda de salud”	204- 205
Figura 7.1 Descripción del seguimiento protocolo de investigación	207
Figura 7.2 Distribución numérica de los participantes, según Establecimiento de Salud.....	214



RESUMEN

Mejorar la atención de salud de personas con enfermedad crónica ha sido un desafío a nivel mundial, por lo que una atención basada en el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) parece ser prometedor. En Chile, no se dispone de un sistema que permita la incorporación de este Modelo en la práctica de Atención Primaria en Salud.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular que fortalezca la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (Serie Breakthrough BTS), en la atención proporcionada y en los resultados clínicos de los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial) adscritos a los centros de salud familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Sujetos y métodos: Ensayo clínico aleatorizado comunitario, con pre test y post test en grupo intervenido y grupo control. Las unidades de análisis estuvieron conformadas por: a. El Equipo de salud cardiovascular, compuesto por Médico, Enfermera, Nutricionista, Técnico en Enfermería, Psicólogo, Trabajador social y b. usuario/as crónico con diabetes mellitus 2 y/o hipertensión arterial. Universo constituido por todos los equipos de salud cardiovascular que proporcionaban atención en los 11 centros de salud, correspondientes al Servicio de Salud Talcahuano. De ellos fueron seleccionados 4 centros de salud al azar, los cuales se distribuyeron de forma

aleatoria en grupo intervenido (2) y grupo control (2). De cada Centro de Salud seleccionado se tomó una muestra aleatoria de usuarios externos, que estuvieran recibiendo atención cardiovascular por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y/o hipertensión arterial (HTA), para formar parte del grupo intervenido y del grupo control. Instrumentos: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas cliente interno (EVAEC) versión 3.5, adaptada al español chileno; Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes versión Chilena; Indicadores de resultado clínico: hemoglobina glicosilada (HbA1c), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD). Análisis estadístico: Estadística descriptiva e inferencial con Test T de Student para grupos pareados o independientes. Test no paramétricos Wilcoxon y Mann-Whitney cuando el supuesto distribución no se cumplió. Se consideró como significancia estadística $p \leq 0,05$. Se tuvieron en cuenta los requisitos éticos de toda investigación científica.

Resultados: Respecto del efecto de la intervención en la evaluación de la atención desde la perspectiva del equipo de salud, se encontró un mejoramiento estadísticamente significativo en el equipo del grupo intervenido, al confrontar el puntaje global promedio del pre y pos-test, pasando de un apoyo básico a un apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas, en comparación con el grupo control. Respecto del efecto de la intervención en la evaluación de la atención percibida por los usuarios externos, se encontró un aumento en los puntajes globales obtenidos, pero la magnitud del cambio no alcanzó niveles de significancia estadística, tanto en el grupo control como en el intervenido. En cuanto al

efecto de la intervención sobre indicadores de resultado clínico, se observó que el grupo intervenido presentó un cambio estadísticamente significativo en la PAD entre la medición pre y pos-test, en comparación al grupo control. En lo que se refiere a la HbA1c y a la PAS, se encontró en el grupo intervenido una mejoría en los resultados en comparación al grupo control, pero no alcanzaron a ser significativos.

Conclusión: Este estudio permitió comprobar que una atención de salud congruente con el MCC permite mejorar la evaluación de la atención de enfermedades crónicas y los indicadores de resultado clínico para usuarios con DM2 y/o HTA. En este sentido, resulta indispensable que Enfermería continúe con este tipo de iniciativas e innovaciones, con la finalidad de optimizar la gestión de la calidad del cuidado de las personas y familias que padecen enfermedades crónicas.

Palabras clave: Enfermedad crónica, modelo de cuidados crónicos, prestación de atención de salud, mejoramiento de la calidad.

ABSTRACT

Improving health care for people with chronic disease has been a global challenge, so care based on the Chronic Care Model (MCC) seems to be promising. In Chile, there is not a system that allows the incorporation of this model in the practice of Primary Health Care.

Objective: To evaluate the effect of an intervention directed at cardiovascular health teams that strengthen the implementation of the Chronic Care Model, through Innovative Breakthrough (BTS Series), in the care provided and in the clinical outcomes of users with chronic illnesses (type 2 diabetes mellitus and / or hypertension) enrolled to the family health centers of the Talcahuano Health Service.

Subjects and methods: Randomized community trial, with pre and post test in the intervention group and control group. The units of analysis were conformed by: a. The Cardiovascular Health Team, consisting of Doctor, Nurse, Nutritionist, Nursing Technician, Psychologist, Social Worker and b. chronic users with diabetes mellitus 2 and / or hypertension. A universe made up of all the cardiovascular health teams that provided care in the 11 health centers, corresponding to the Talcahuano Health Service. Of these, 4 randomized health centers were selected, which were distributed randomly in the intervention group (2) and the control group (2). From each selected Health Center, a random sample of external users, who were receiving cardiovascular care for type 2 diabetes mellitus (DM2) and / or arterial hypertension (HT), were taken to be part of the intervention group and the

control group. Instruments: Evaluation of chronic disease care internal client (EVAEC) version 3.5, adapted to the Chilean Spanish; Evaluation of chronic disease care for patients Chilean version; Clinical outcome indicators: glycosylated hemoglobin (HbA1c), systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure. Statistical analysis: Descriptive and inferential statistics with Student's T-test for paired or independent groups. Wilcoxon and Mann-Whitney nonparametric tests when the assumption distribution was not met. Statistical significance was considered $p \leq 0.05$. The ethical requirements of all scientific research were taken into account.

Results: Regarding the effect of the intervention on the evaluation of care from the perspective of the health team, a statistically significant improvement in the team of the intervention group was found, by comparing the overall pre and posttest global score, a basic support for reasonably good support for chronic disease care compared to the control group. Regarding the effect of the intervention on the evaluation of the care perceived by the external users, an increase in the overall scores obtained was found, but the magnitude of the change did not reach levels of statistical significance, in both the control and intervention groups. As for the effect of the intervention on clinical outcome indicators, it was observed that the intervention group presented a statistically significant change in the DBP between the pre and post-test, compared to the control group. Regarding HbA1c and SBP, an improvement in results was found in the intervention group compared to the control group, but did not reach significance.

Conclusion: This study allowed us to verify that health care that is consistent with MCC allows to improve the evaluation of chronic disease care and clinical outcome indicators for users with T2DM and / or HTA. In this sense, it is indispensable that Nursing continue with this type of initiatives and innovations, in order to optimize the management of the quality of care of people and families suffering from chronic diseases.

Key words: Chronic disease, chronic care model, health care delivery, quality improvement.



CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

INVESTIGACIÓN PROPUESTA:

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 en los países en desarrollo pueden aumentar en un 80% ^(1,2).

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 ⁽²⁾. 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 y la baja proporción de personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que estén bien controlada, con Hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7% y presión arterial sistólica y diastólica < a 140/90 ^(4,6).

En adición a lo anterior la Encuesta nacional de salud 2009-2010 evidencia que en la región del Bío-Bío, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) sobrepasa los promedios nacionales y en cuanto a la diabetes mellitus (DM2) tipo 2 la prevalencia coincide con el valor promedio del país ⁽⁴⁾.

Según lo descrito, los cambios epidemiológicos han traído como consecuencia un aumento en la prevalencia e incidencia de los problemas de salud crónicos, situación ha puesto a prueba los sistemas de salud, revelando deficiencias en la organización, seguimiento y tratamiento de la atención de estas enfermedades, debido a que 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 ^(6,7). Por otra parte 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 ⁽⁵⁻⁷⁾. Asimismo 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 ⁽⁸⁻¹⁴⁾. En adición a ello, estudios señalan que “más de la mitad de las personas diagnosticadas con diabetes o hipertensión no llegan a alcanzar los objetivos del tratamiento” ⁽¹⁰⁻²⁰⁾.

Es así como las intervenciones tradicionales (consultas y controles, educación, medicamentos) no han logrado resolver estos problemas, especialmente si se dan en forma aislada ⁽¹²⁾. Actualmente, la atención de los usuarios/as crónicos conlleva una identificación inadecuada en la población y escasa coordinación entre los servicios sanitarios ⁽⁸⁻¹²⁾. Esta discordancia e ineficaz organización de la atención, resulta en una atención de salud de mala calidad y desperdicio de los recursos ⁽¹⁰⁾. En relación a ello, la Organización Panamericana de la Salud menciona que otro factor influyente en la calidad de la atención es la alta carga de trabajo de los profesionales, así como también la capacidad de sistema de salud para resolver eficientemente las necesidades de las personas, repercutiendo en una deficiente calidad en atención sanitaria, que genera pésimos resultados clínicos y con ello pérdidas humanas y económicas ⁽¹⁰⁾.

El problema de la gestión del cuidado de las enfermedades crónicas y de la calidad de los mismos, precisa de una solución multidimensional que afecte el comportamiento de los individuos, lo que significa que los equipos de salud deben estar preparados para afrontar este reto, que permita en primer lugar adquirir competencias para redefinir la atención sanitaria conducente hacia el apoyo al automanejo de los usuarios crónicos, con un cuidado coordinado a lo largo del tiempo, centrado en las necesidades, valores y diferencias de quienes padecen este tipo de enfermedades ^(10,11). Los profesionales de salud deben ser capaces de proporcionar servicios acorde con las demandas de cada persona y familia, así como también se precisa que “trabajar con enfoques basados en la evidencia podría inyectar mayor coherencia y eficacia a los sistemas de atención médica y ofrecer un medio para mejorar la calidad” ^(10,11).

De este modo, rediseñar y reestructurar la atención de salud, ha sido una propuesta de diferentes organizaciones a nivel mundial, orientada a desarrollar intervenciones de cambio en el proceso de atención sanitaria, que mejoran los sistemas de cuidados de las personas con afecciones crónicas y orienten a la calidad ⁽⁸⁻¹²⁾. De acuerdo a ello la Organización Mundial de la

Salud propuso la Estrategia para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles para 2012-2025 ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. En razón de lo anterior, diversos organismos han planteado la incorporación de modelos de gestión que involucren la elaboración de políticas y habilidades económicas para prevenir y controlar las afecciones crónicas. Los modelos de gestión de cuidados de enfermedades crónicas desarrollados corresponden al Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) de Wagner ⁽¹⁷⁾ y El Marco para los Cuidados Innovadores de los Estados Crónicos de la OMS (ICCC), los cuales son desarrollados y adaptados según la realidad y contexto local de cada país.

El Ministerio de Salud Chileno ha estado desarrollando distintas estrategias dirigidos a reducir la incidencia de las enfermedades crónicas, cardiovasculares. La primera de ellas fue la creación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), para contribuir a reducir la morbi-mortalidad asociada a las enfermedades crónicas cardiovasculares. Este programa surgió como producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial y Diabetes y tiene por objetivo disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares con el enfoque de riesgo cardiovascular global, el cual consiste en el abordaje conjunto de los factores de riesgo, en

lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada ⁽⁹⁾.

Si bien es cierto en Chile la creación del PSCV y la formulación de los objetivos sanitarios ha contribuido al aumento de cobertura para personas con HTA y DM, sólo el 65 y 42%, respectivamente se encuentran compensados ⁽⁴⁾. Se ha hecho referencia a numerosos factores como responsables, que incluyen, entre otros, la baja adherencia a tratamientos, las barreras en el acceso al sistema de salud y la falta de programas que involucren el manejo comprensivo del hipertenso y diabético (recomendaciones dietéticas, ejercicio físico, tabaquismo, entre otras) como parte de la atención clínica rutinaria ⁽¹²⁾.

La segunda estrategia fue la formulación de los Objetivos de Salud 2000-2010 y 2011-2020 ^(15,16), entre los que destacan el 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 mejorar la calidad, lograr las perfecciones en los resultados, controlar los costos y dar énfasis en investigar la evidencia. Esta estrategia sanitaria se fundamenta en los resultados obtenidos en diversos escenarios

del mundo ya que su implementación ha demostrado estar asociada a mejoramientos en la calidad relacionada con salud, la seguridad, los costos y la reducción de disparidades en salud basadas en nivel socioeconómico ⁽¹⁷⁻³⁷⁾.

Es así como, el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), se convierte en una oportunidad para mejorar la atención de los usuarios con afecciones crónicas, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de estas enfermedades en atención primaria, que busca un equipo preparado con actitud proactiva y al mismo tiempo reducción del gasto de las enfermedades. El cual se fundamenta en la sinergia de la aplicación de todos los componentes del Modelo, donde el todo es mayor que la suma de las partes ^(17,18).

El MCC, brinda información de cómo organizar la atención de los usuarios/as con enfermedad crónica, introducir cambios, así como también monitorear la evolución de los mismos, de tal forma que los resultados esperados puedan medirse continuamente, para lo cual es imperioso contar con metodología organizada que permita potenciar el mejoramiento de la calidad de atención de las personas con enfermedad crónica.

Es así como, el denominado enfoque moderno de mejora de la calidad Avance Innovador (Breakthrough series, BTS), ofrece superar barreras comunes a la atención de calidad, a través de cuatro principios: 1) entender y concentrarse sobre las necesidades de los clientes, 2) entender cómo funcionan los procesos de atención dentro del sistema, 3) utilizar datos para medir los resultados, 4) involucrar en el mejoramiento a equipos de gerentes, proveedores de servicios, y representantes comunitarios. Cabe señalar que para poder implementar esta estrategia es necesario el establecimiento de métodos organizados para el mejoramiento de la calidad dirigidos al monitoreo y evaluación de los resultados ⁽³⁸⁾.

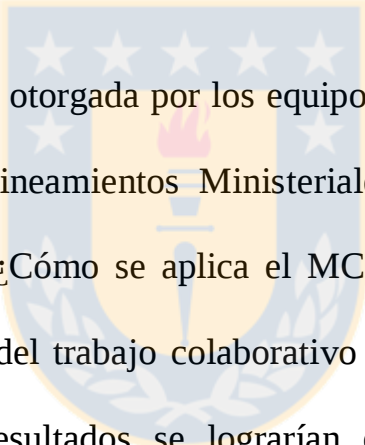
Sin embargo, en nuestro país se dispone de insuficiente información, respecto al seguimiento de la implementación del Modelo de Cuidados de Crónicos en atención primaria, así como también de estrategias que mejoren la calidad de la atención de las personas que padecen estas afecciones. Resultados obtenidos en el estudio realizado en los Centros de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano en el año 2013-2014 revelaron en qué medida los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos se aplican en la atención

de usuarios del programa cardiovascular (PSCV) y como éste se condice con el referente teórico. Los resultados de este estudio permitieron conocer si los cuidados proporcionados por los equipos de salud eran congruentes con el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), concluyendo que el equipo de Salud del Servicio de Salud Talcahuano desarrollaba un apoyo básico a las enfermedades crónicas. Asimismo esta investigación permitió levantar información relevante respecto de las áreas que necesitan mejoramiento; apoyo al automanejo, apoyo a la toma de decisiones e integración de los componentes del Modelo ⁽³⁹⁾.

Cabe señalar que estudios previos desarrollados en otros contextos han revelado que durante la fase de diagnóstico la atención a usuarios con enfermedad crónica ha sido evaluada como apoyo básico a las enfermedades crónicas, sin embargo posterior al desarrollo de las intervenciones, la evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica aumenta a un apoyo razonablemente bueno. Asimismo se ha demostrado en diversas investigaciones que en la medida en que la atención es desarrollada conforme con el MCC mejores resultados se obtienen en los indicadores de compensación para la hemoglobina glicosilada A1c (Hb A1c), colesterol

LDL y presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), así como también se disminuyen las hospitalizaciones, los costos, aumentando el autocontrol y la reducción de disparidades en salud basadas en el nivel socioeconómico ⁽¹⁷⁻³⁹⁾.

De este modo surgen las siguientes interrogantes:



¿La atención de salud otorgada por los equipos de salud en la actualidad es congruente con los lineamientos Ministeriales, en proveer una atención conforme al MCC?, ¿Cómo se aplica el MCC en la práctica del cuidado crónico?, ¿A través del trabajo colaborativo se pueden potenciar mejoras sanitarias?, ¿Qué resultados se lograrían efectuando un programa de intervención que apoyara la implementación del MCC?

Finalmente la siguiente pregunta de investigación conduce a la formulación del problema:

¿Cuál es el efecto de una intervención, dirigida a los equipos de salud cardiovascular, que fortalezca la implementación del componente del Modelo de Cuidados Crónicos a través del Avance Innovador (serie BTS), en la atención proporcionada a los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial), y los indicadores de calidad clínicos en los centros de salud del Servicio de Salud Talcahuano?

De acuerdo a lo anterior surge la idea de evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud, que fortalezca la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, con énfasis en aquellas áreas que requieren mejoramiento, ya que la evidencia muestra que un diagnóstico preciso y un plan de intervención son la base de una atención de calidad. Lo anterior incluye el desarrollo de un proceso sistematizado, que permita introducir los elementos del MCC, ello precisará de profesionales entrenados para efectuar funciones acorde con los estándares de calidad descritos para este tipo de afecciones (11). El proceso de mejoramiento se llevará a cabo, a través del

Avance Innovador (serie BTS), el cual se ha constituido en una poderosa herramienta que acelera el/los procesos de progreso, permitiendo guiar el trabajo para lograr medir resultados y cambios en la/las intervenciones propuestas ⁽³⁸⁾.

El desarrollo de este estudio puede ser considerado relevante para la salud pública y para la profesión y disciplina de enfermería. Gestionar el cuidado de usuarios/as con afecciones crónicas 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, ya que por la naturaleza de su formación y rol las enfermeras están en posición de encabezar la transformación del cuidado crónico ⁽⁴⁰⁻⁴⁷⁾. Conforme a ello, las/os enfermeras/os deben estar bien preparadas para asumir de manera íntegra la gestión del cuidado de las enfermedades crónicas en todo el mundo ⁽⁴⁷⁾. En relación a esto, 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” ⁽⁴²⁾. Los profesionales de enfermería son especialmente aptos

para actuar en equipo y pueden establecer una interacción, quizá más beneficiosa que otros profesionales, con los usuarios.

Intervenciones de enfermería han permitido demostrar la optimización del cuidado de usuarios/as con enfermedad crónica, aportando a uno o varios componentes del Modelo de Cuidados Crónicos. Lorig et al dan muestra de aquello, evaluado el impacto de programas que enfatizan el trabajo en lo que respecta a mejoramiento de las condiciones de usuarios/as con enfermedad crónica, a través de perfeccionamiento del automanejo ^(48,49). De esta manera la disciplina de Enfermería está en posición de contribuir a la generación de cambios en salud, ya que dispone de conocimientos y herramientas suficientes para apoyar el proceso de optimización de la atención de usuarios/as con enfermedad crónica. Por lo tanto, se espera que este estudio permita obtener evidencia respecto de qué intervenciones realizadas con los equipos de salud, son efectivas para mejorar el cuidado de los usuarios/as crónicos, así como también contribuir a fortalecer el desarrollo de los diferentes componentes del Modelo de Cuidados Crónicos particularmente el apoyo al automanejo, lo que al mismo tiempo permitirá reforzar de forma efectiva la práctica diaria y las decisiones clínicas basadas en evidencia

científica ^(13,14).

Esta oportunidad de implementar un programa de intervención a los equipos de salud, no sólo 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 ⁽¹⁾. “Estas competencias básicas incluyen, entre otras, la capacidad de promover el auto-cuidado; proporcionar atención preventiva y curativa coordinada y basada en evidencia; involucrar a la familia y la comunidad en el proceso de atención; establecer y negociar las metas del paciente; proporcionar atención médica de parte de un equipo multidisciplinario; gestión de la información clínica; y participar en la educación médica continua” ⁽⁸⁾. Ello probablemente requerirá que los profesionales de enfermería y el equipo de salud refuercen sus propias 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 ^(19,20).

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL.

2. MARCO REFERENCIAL.

2.1. Marco teórico.

2.1.1. Modelo de Cuidados Crónicos.

Con el fin de mejorar la atención de las enfermedades crónicas, Wagner et al. Elaboraron el Modelo de cuidados crónicos, 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 ⁽¹⁷⁻³⁷⁾.

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 (17).

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.

Objetivos del Modelo.

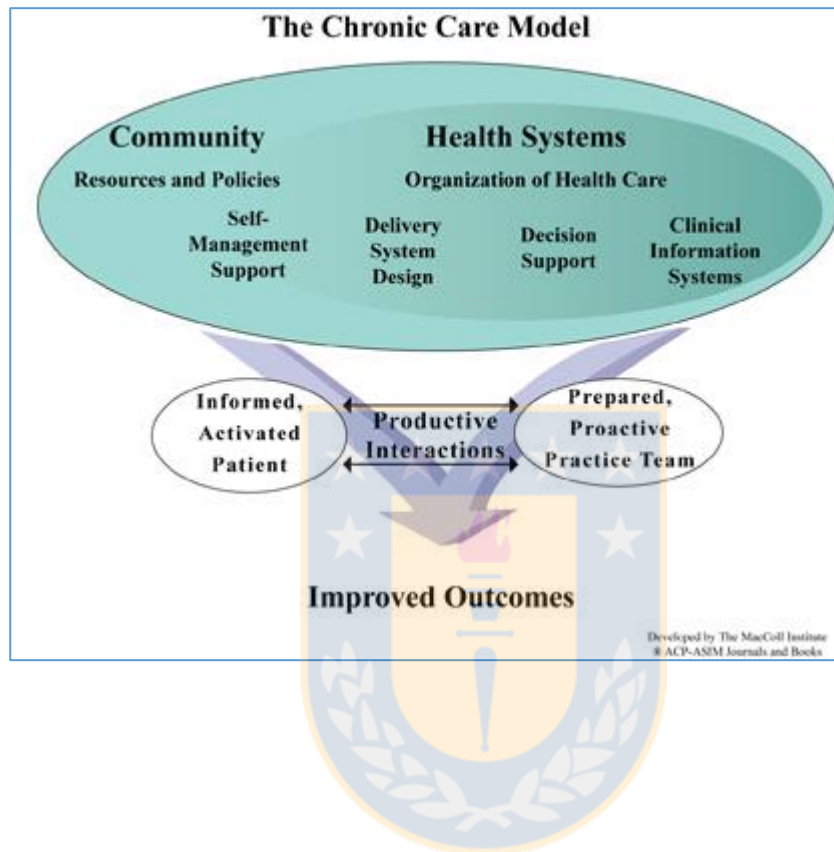
Capacitar al paciente para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente para que la relación médico-paciente sea mucho más productiva.

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.

Figura 2.1. Modelo de Cuidados Crónicos



Componentes del Modelo ⁽¹⁷⁾.

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 automanejo. 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., glicemias) 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 (diseño de la prestación de salud). 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.

El concepto de Apoyo al automanejo, será desarrollado en extenso en el apartado de Marco conceptual, con el propósito de profundizar en su comprensión, incorporando aportes de otros autores. Su abordaje en extenso,

se fundamenta en los hallazgos de Bodenheimer, quien condujo una revisión del MCC, cuyo los resultado arrojó que de 20 intervenciones que incluían apoyo al automanejo, en 19 de ellas se reportaron mejoras en el cuidado crónico ^(18, 19).

Los resultados de este modelo han sido validados con estudios randomizados para personas con DM, HTA, 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 ⁽¹⁷⁻³⁷⁾.

2.1.2. Mejora de la Calidad

La Calidad en la atención de salud es trascendental y se constituye en un atributo del proceso de salud que tiene que ver con estar haciendo lo apropiado, lo correcto y estar haciendo lo bien” ^(50,51-54). Márquez, citado por The Improvement Collaborative refiere que “son muchos los factores contribuyen a la atención de poca calidad. Estos incluyen falta de insumos y equipos necesarios, falta de conocimiento de los estándares, insuficiente

competencia de los proveedores, mala organización de la atención, y falta de motivación o incentivos para la calidad” (38, 50).

Los enfoques modernos de mejora de la calidad que presentaremos a continuación, ofrecen métodos para mejorar los procesos y otorgar una atención de salud de calidad.

2.1.2.1. Modelo de Mejora de la Calidad / (Modelo PHVA o Ciclo de Shewhart).

El Modelo de Mejora de la Calidad fue desarrollado en el año 1900 por Shewhart y perfeccionado por Deming en 1950, quien resultó ser el primer experto en calidad norteamericano en la mitad del siglo XX Deming definió la calidad como “cero defectos o menos variaciones, y se basó en el control estadístico del proceso como la técnica esencial para la resolución de problemas, con el fin de distinguir las causas sistémicas y las causas especiales” (55).

El propósito del Modelo de Mejora de la Calidad se originó bajo dos premisas fundamentales ⁽⁵⁵⁾:

Propiciar y fortalecer la cooperación en todos los ámbitos de la empresa (internos y externos).

Fortalecer y promover el aprendizaje permanente para facilitar las mejores prácticas en pro de la gestión de los procesos, asimismo busca satisfacción de los clientes, procesos y productos.

EL Modelo de Mejora de la Calidad puede ser sistematizado, a través de los denominados ciclos de mejora o Ciclo Deming para el aprendizaje y mejoramiento (de “Planificar, Hacer, Verificar y Actuar” (PHVA) o (PDSA) por sus siglas en inglés, los cuales se pueden llevar a cabo sucesivamente hasta lograr el objetivo propuesto. Sin embargo el ciclo de aprendizaje PDSA (PHEA): Plan, Do, Study, Acto (Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar) es el ciclo que nos ayudara a lograr el mejoramiento integral, ya que la fase Estudiar comprende análisis de las causas que ocasionan los problemas o

variaciones ^(50,51).

1. P.- Plan (planear): Consiste en analizar, identificar áreas de mejora, establecer metas, objetivos y métodos para alcanzarlos y elaborar un plan de actuación para la mejora.
2. D.- Do (hacer): En esta fase es importante controlar los efectos y aprovechar sinergias y economías de escala en la gestión del cambio. En muchos casos será oportuno comenzar con un proyecto piloto fácil de controlar para obtener experiencia antes de abarcar aspectos amplios de la organización o de los procesos.
3. C.- Study (estudiar): Consiste en analizar en detalle los efectos de lo realizado anteriormente.
4. A.- Acto (actuar): Una vez cubierto el ciclo de mejora se reinicia el proceso puesto que siempre habrá posibilidades para mejorar.

2.1.2.2. El Modelo de “Avance Innovador”.

Este Modelo de “Avance Innovador”, (Breakthrough series, BTS), fue creado por el Instituto for Health Care Improvement (IHI) con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria apoyando el cambio. Una de las formas más importantes de conseguir el cambio es por el medio de aprendizaje colaborativo específicamente usando un modelo para lograr un “Avance Innovador” (Series Breakthrough) ⁽⁵⁰⁾.

La serie de Avances Innovadores (Series Breakthrough) fue conceptualizada en 1994 y fueron los fundadores del IHI, Paul Batalden y Don Berwick, quienes impulsaron el desarrollo de este, ya que buscaban nuevas formas para acelerar las mejoras de los servicios de salud más allá de lo que se había conseguido por medio de sesiones de formación y desarrollo ^(38,53,54).

En el Modelo se pueden identificar cuatro elementos clave para una mejora de proceso con éxito:

1. Metas específicas y mensurables.
2. Medidas de mejora que se pueden seguir en el tiempo.
3. Cambios clave que resultarán en la mejora deseada.
4. Serie de “ciclos” de prueba durante los cuales los equipos aprenden cómo aplicar las ideas de mejora a sus propias organizaciones.

La serie de Avances Innovadores (serie BTS), ha sido utilizado con mucho éxito en varios países por diferentes organizaciones de salud y puede ser sistematizado, a través de los siguientes dos procesos (Figura 2.2 y 2.3):

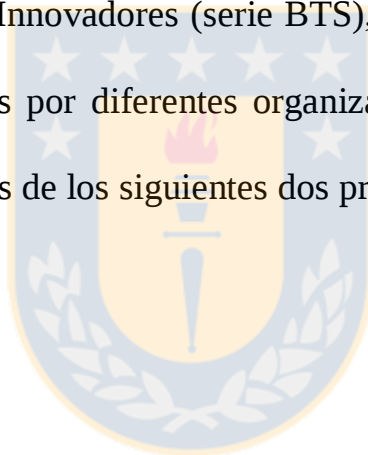
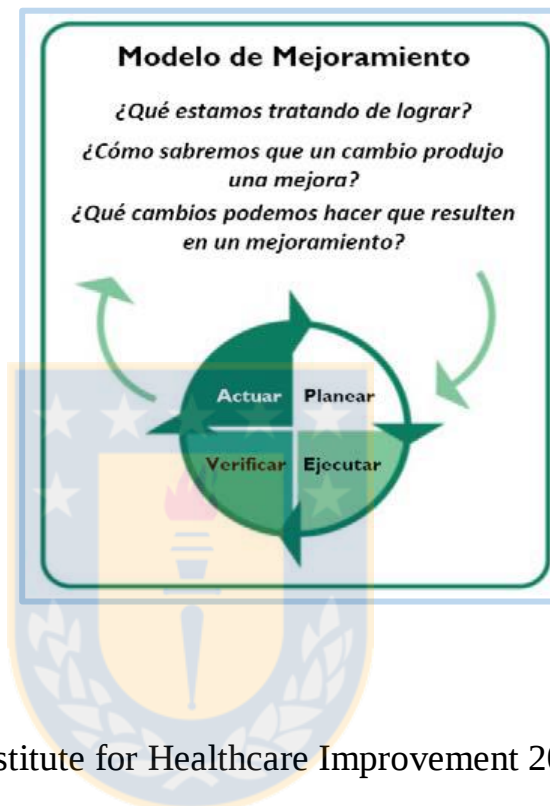
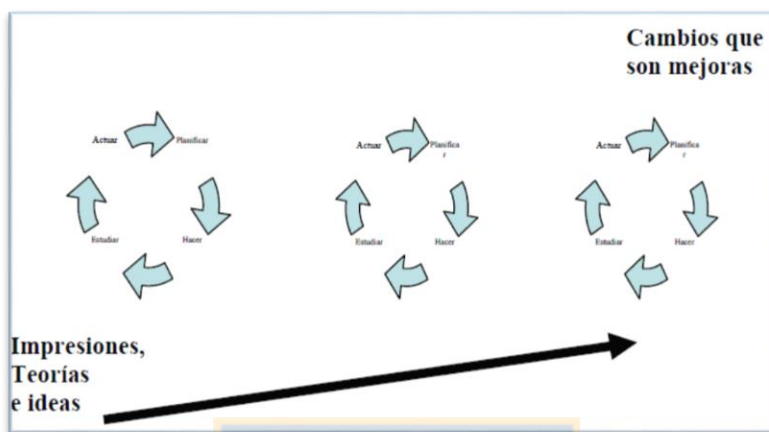


Figura 2.2. Modelo de Mejoramiento.



Fuente: Institute for Healthcare Improvement 2013.

Figura 2.3. Series BTS para la atención crónica (ciclos PHEA).



Fuente: Institute for Healthcare Improvement 2013.

La figura anterior muestra la sistematización de las secuencias de cambios (serie BTS) por los equipos de salud para la atención de enfermedades crónicas.

Tres preguntas fundamentales ⁽⁵⁴⁾:

1. ¿Qué estamos tratando de lograr? El proceso de mejoría requiere del establecimiento de metas, las cuales deben ser medibles y programadas para un tiempo en específico.

2. ¿Cómo sabemos que un cambio ha producido mejoría? Los equipos deben utilizar indicadores que determinan si un cambio en específico conduce a una mejoría. Estos deben medir el proceso en sí y el resultado final, tratando de lograr un equilibrio entre ambos.

3. ¿Qué cambios que producen mejoría podríamos hacer? Deben seleccionarse aquellos cambios que muy probablemente producirán una mejoría.

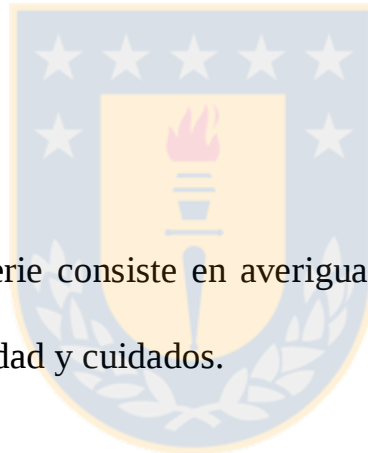
2.1.3. Modelo de las 5 Aes.

El Modelo "5Aes" representa un enfoque basado en la evidencia para inducir un cambio de comportamiento ⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾. Originalmente este modelo se crea como un constructo del Cuatro A (Ask, Aconsejar, Ayudar y Organizar) por el Instituto Nacional del Cáncer para ayudar en la disminución del hábito tabáquico, cuyo objetivo fue negociar con el usuario/a un plan de acción mutuamente ⁽⁵⁶⁾.

El 5 Aes es una herramienta emergente que se fundamenta en la gestión participativa y en principios de comportamiento, es utilizado para fomentar cambios de conducta de las personas. La comprensión, resulta ser uno de los cimientos para establecer diálogos con la persona, se sustenta en las creencias de las personas y la experiencia de las mismas respecto de vivir con una afección. Este enfoque fue diseñado para ser integrado en la práctica profesional de rutina, transformándose en una herramienta para los profesionales de la salud (57). Este marco conceptual, puede ser utilizado con un paciente en particular o en grupos. Las “5 Aes” permite el desarrollo de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar las barreras y alcanzar los objetivos planteados, incluye elementos interrelacionados que no están diseñados para utilizarse por separado (58).

El Modelo de las 5 se operacionaliza, a través de cinco pasos o serie de secuencias interrelacionadas:

1. Averiguar
2. Asesorar
3. Acordar
4. Ayudar
5. Arreglar



1. Averiguar: Esta serie consiste en averiguar la percepción de la persona acerca de su enfermedad y cuidados.

2. Asesorar: Este paso consiste en decirle a la persona acerca de los riesgos y beneficios del cambio en salud y proporcionar información específica. Se utilizan los datos, tales como los las pruebas o resultados de la evaluación o el estado funcional, junto con el conocimiento acerca de la persona para enmarcar y presentar información de una manera que tenga sentido para ellos. La clave es relacionar las conductas de autocuidado de la persona a sus valores y los resultados clínicos. Antes de hacer esto, es útil para ayudar a la

persona dar prioridad a las cosas de interés para ellos.

3. Acordar: En esta etapa es crucial llegar a un acuerdo, planificar los objetivos y metas de la persona sobre la base de su interés, confianza y prioridades. Utilizamos la escucha empática para animar a la persona a compartir sus creencias sobre su enfermedad para desarrollar una visión común y de negociar planes de manejo. Este paso requiere la recopilación de la información de los dos pasos anteriores y priorizar con la persona qué cambios les gustaría lograr ⁽⁵⁶⁾.

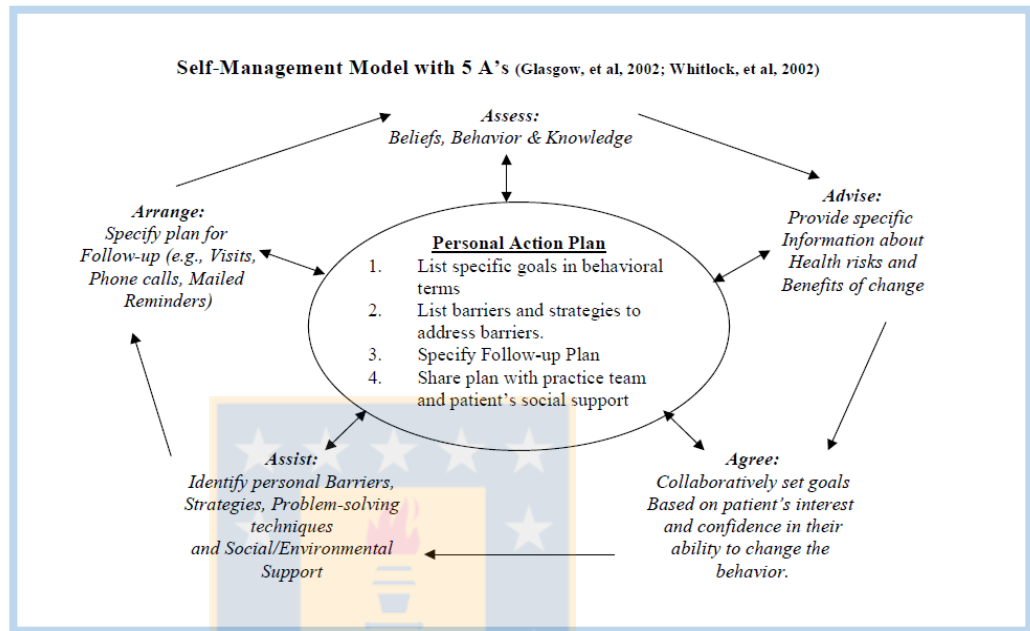
4. Ayudar: En esta etapa se revisa el cumplimiento de lo pactado respecto de objetivos y metas propuestas.

5. Arreglar: El paso final consiste en la organización de un plan de seguimiento. El equipo tiene que ser consciente de las acciones de la persona planificar y reforzar sus metas.

De esta forma la secuencia de las 5 Aes comienza, con una valoración (averiguar) destinada a obtener información actualizada sobre la condición del paciente con respecto a los múltiples comportamientos de salud. Luego de ello, se continúa con asesorar de forma interactiva, lo cual incluye un diálogo de lo que el paciente piensa y siente acerca de la asesoría y recomendaciones del profesional de la salud, seguido de aquello se presenta la fase de negociación o acuerdo y se planifican metas y objetivos. Posteriormente se debe realizar seguimiento, con el propósito de ayudar al usuario/a superar obstáculos en el cumplimiento de lo acordado en la fase anterior, pretendiendo arreglar nuevos objetivos para su cumplimiento ⁽⁵⁶⁾. La figura 2.4 muestra la secuencia del Modelo.

En este sentido y dada la importancia que reviste la atención de personas con enfermedad crónica, el modelo contribuirá a abordar de forma efectiva los cambios conducta de las personas con enfermedad crónica

Figura 2.4. Modelo 5 Aes.



Fuente: Glasgow 2002.

2. 2. Marco Conceptual

2.2.1. Apoyo al automanejo

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que el automanejo es la piedra angular en la atención de las enfermedades crónicas, sin embargo menciona que “no se enfatiza el papel del paciente en el manejo de su enfermedad” ⁽⁵⁷⁾.

López, clarifica el concepto de automanejo y otros términos utilizados indistintamente, señalando que el automanejo en el mundo de la medicina y del cuidado en salud corresponde a “intervenciones, entrenamiento y habilidades por las cuales los pacientes con una cronicidad invalidez o enfermedad pueden cuidar de sí mismos eficazmente y pueden aprender cómo hacerlo” ⁽⁵⁶⁾. La anterior definición se aproxima al término autocuidado, pero no debe confundirse, ya que el concepto autocuidado corresponde a “actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud, incluye cuidados consigo mismo, familia o amigos” ⁽⁶⁰⁾.

Lorig, creadora de programas de automanejo, afirma que sustituyó el término autocuidado por automanejo, ya que el automanejo en las enfermedades crónicas exige un involucramiento pleno del equipo de salud, así como también de los usuarios/as ⁽⁶¹⁾. Por lo tanto el automanejo se define como el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de los profesionales de salud, con el fin de incrementar la confianza y habilidad en el manejo de su enfermedad ⁽⁶²⁾. El Ministerio de Salud de Chile define para nuestro país el automanejo como “la capacidad que tiene una persona para manejar síntomas, tratamientos, consecuencias físicas, emocionales y sociales inherentes a la vida con una condición crónica y se define como apoyo al automanejo, la implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo, por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas de salud crónicos ^(63, 64).”

Para el desarrollo de este propósito, es importante que las personas y familias sean preparadas y entrenadas por un equipo de salud multidisciplinario ^(48,49). Cabe señalar que los programas exitosos de apoyo al automanejo se basan en un proceso colaborativo entre pacientes y equipo de salud para definir problemas, establecer prioridades, determinar metas, crear planes de cuidado y resolver problemas en la medida que van apareciendo. La disponibilidad de programas de capacitación basados en evidencia y las intervenciones de apoyo psicosocial, son elementos clave.

En el Modelo de Cuidados Crónicos, el componente “apoyo al automanejo”, está dirigido a apoyar a los proveedores de salud, para que de esta manera las personas afectadas por condiciones crónicas adquieran las herramientas suficientes para que automanejen su condición de salud. Lorig et al. Manifiesta que para sustentar este apoyo se puede recurrir a “la educación de pacientes, la cual se ha transformado en un apoyo al desarrollo del automanejo, constituyéndose en un método que permite proveer información, asociado a incrementar el conocimiento o satisfacción” ^(60,64). Asimismo menciona que “esta educación permite a los pacientes identificar sus problemas y entrega técnicas que ayudan a los pacientes a tomar decisiones,

tomar acciones apropiadas y cambiar estas acciones si ven un cambio en sus circunstancias o en la enfermedad”⁽⁶¹⁾.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud propone acciones para abordar el automanejo, tales como: asegurar la participación del paciente en el proceso de atención, promover el uso de educadores laicos y de pares, utilizar las visitas grupales, desarrollar habilidades de auto-control en los pacientes (por ejemplo, el manejo de la salud, del rol y de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas), promover las habilidades de comunicación del paciente (especialmente con respecto a las interacciones con los profesionales de la salud y en general con el sistema de salud), negociar los objetivos de tratamiento con el paciente para modificar comportamientos de salud específicos y hacer cambios moderados en especial aquellos que representan desafíos para el paciente, estimular el auto-monitoreo del paciente (seguimiento de conductas), promover modificaciones del medio ambiente (la creación de un contexto para maximizar el éxito), asegurar la auto-recompensa (refuerzo del comportamiento del individuo con recompensas inmediatas, personales y deseables), organizar el apoyo social (obtener el apoyo de los demás) y

utilizar el enfoque de las 5 Aes durante los encuentros clínicos de rutina ⁽⁸⁾.

Del mismo modo la OPS, propone algunos ejemplos de Intervenciones para mejorar el automanejo, entre los cuales es posible mencionar: apoyo grupal al automanejo para personas con diabetes tipo 2, auto-monitoreo de la presión arterial especialmente como complemento del tratamiento, intervención educativa para pacientes sobre el manejo del dolor por cáncer junto al tratamiento con analgésicos, intervención educativa para el paciente, utilización de las 5 Aes para reducir el tabaquismo, consumo nocivo de alcohol y control del peso, capacitación para mejor control de la glucosa en sangre y los hábitos alimenticios de las personas con diabetes tipo 2, apoyo al automanejo que involucra un plan de acción por escrito, auto-monitoreo y examen médico regular para adultos con asma, apoyo al automanejo para personas con insuficiencia cardíaca para reducir los reingresos hospitalarios e intervenciones orientadas al paciente, tales como las que se enfocan en la educación o la adherencia al tratamiento ⁽⁸⁾.

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 morbi-mortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Su objetivo es prevenir la morbilidad y la mortalidad en personas en riesgo cardiovascular ⁽⁹⁾. Este programa “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 (RCV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada ⁽⁹⁾. Respecto de organización del Programa de Salud Cardiovascular en Chile, se encuentra establecido que cada centro de salud deberá tener un equipo responsable del PSCV, médico, enfermera, nutricionista y técnico en enfermería al menos, y el apoyo de trabajador social, psicólogo y kinesiólogo o profesor de educación física, según disponibilidad ⁽⁶⁵⁾.

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 ⁽⁶⁵⁾. 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- 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 ⁽⁶⁶⁾.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) en Chile, corresponde a la principal causa específica de carga de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres. Estimaciones para el año 2004-2010, 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% ^(7,9), siendo el grupo donde se produce la mayor carga el de 20-59 años ^(4, 7,9).

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 ^(4, 9, 66).

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 HTA en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo, si la patología se confirma, es significativa en la prevención del daño ⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

Objetivos del tratamiento

El objetivo del tratamiento es lograr la máxima reducción en el riesgo total de morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV). Tratar todos los factores de riesgo CV concomitantes que sean reversibles. Dado que la relación entre riesgo CV y cifras de presión arterial es continua y no existe un umbral de riesgo, la meta de la terapia antihipertensiva será restaurar la PA a niveles definidos como “normales” u “óptimos” PA <140/90 mmHg (3,4, 66). La tabla 2.1 resume los objetivos terapéuticos y el manejo de las personas con hipertensión arterial.

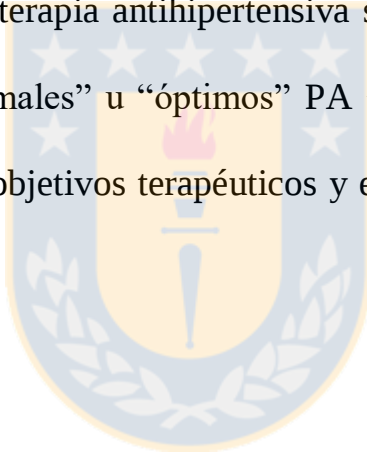


Tabla 2.1. Objetivos terapéuticos y manejo de personas con Hipertensión Arterial ⁽³⁾.

	Objetivos y manejo de personas con niveles elevados de presión arterial.
Riesgo Bajo <5%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente que no logran reducirla modificando su estilo de vida en un plazo máximo de 6 meses, considerar el uso de fármacos. Control periódico cada 6 - 12 meses después de lograr meta de tratamiento.
Riesgo Moderado <5-9%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente que no logran reducirla modificando su estilo de vida en un plazo de 3-6 meses, considerar el uso de fármacos. Control periódico cada 3 a 6 meses después de lograr meta de tratamiento.
Riesgo Alto 10-19%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente, indicar cambios en la alimentación y actividad física y prescribir tratamiento farmacológico desde el inicio. Una vez logradas las metas realizar controles periódicos cada 3-4 meses.
Riesgo muy Alto 20%	En las personas con PAS 160-170 y/o PAD 100-105 mmHg, indicar cambios en la alimentación y actividad física y prescribir tratamiento farmacológico desde el inicio. Una vez logradas las metas realizar controles periódicos cada 3-4 meses.

Fuente: Ministerio de Salud Chile. 2009.

A continuación se presenta una tabla con los porcentajes de compensación en lo que respecta a la HTA.

Tabla 2.2. Porcentaje de Compensación para la HTA en la Región del Bío- Bío.

Porcentaje de Compensación hipertensión arterial <140/90 mmHg						
Servicio de Salud	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SS Concepción	46	47	55	56	57	57
SS Nuble	49	52	62	66	66	68
SS Talcahuano	38	43	57	59	62	60
SS Bío Bío	49	51	59	66	70	68
SS Arauco	42	42	55	58	63	61

Fuente: Ministerio de Salud Chile. Atlas de salud región del Bío-Bío 2013.

La tabla 2.2 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. Cabe señalar que a nivel nacional el porcentaje de compensación de la población bajo control (presión arterial <140/90 mmHg) logrado para el año 2012 fue de 65% y a nivel regional de 61% ⁽⁴⁾.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Su prevalencia en Chile es de 9,4% ⁽⁹⁾. 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 ⁽⁹⁾.

La diabetes mellitus puede ser diagnosticada en aquellas personas que presenta una glicemia en ayunas alterada, con cifras entre 100-125mg/dl, posterior a este hallazgo se debe solicitar una prueba de tolerancia a la glucosa (PTGO). En aquellas personas que presentan una glicemia en ayunas mayor o igual a 126mg/dl se debe solicitar un segundo examen, en condiciones estandarizadas ^(3,4, 67, 68,69).

La diabetes fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su 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 ⁽⁶⁵⁾. Cabe señalar que existe una asociación continua entre los niveles de HbA1c y la enfermedad cardiovascular: una reducción en 1% en la HbA1c se asocia a una reducción de 21% (95% IC, 15-27%) en el riesgo de muerte asociado a la diabetes y 14% de reducción en el riesgo de IAM en los próximos 10 años ^(69,70,71).

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 ⁽⁶⁵⁾.

Objetivos tratamiento.

El objetivo del tratamiento para la diabetes mellitus es lograr una normoglicemia, en la práctica, esto significa glicemia en ayunas menor o igual a 100 mg/dL y HbA1c menor a 7%. La meta seleccionada para esta enfermedad corresponde a mejorar la cobertura efectiva de la población diabética (indicador), medida a través del control de la hemoglobina glicosilada ⁽⁹⁾. La tabla 2.3 resume los Objetivos terapéuticos y manejo de personas con diabetes.

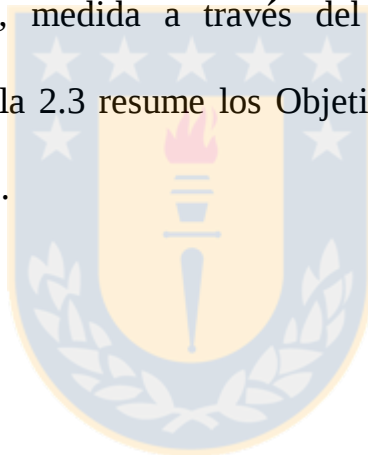


Tabla 2.3. Objetivos terapéuticos y manejo de personas con diabetes ⁽⁹⁾.

	Meta: HbA1c < 7%; PA < 130/80 mm Hg, Col-LDL < 70-100 mg/dl Iniciar tratamiento con Metformina junto con promover cambios en el estilo de vida en toda persona con diabetes recién diagnosticada. Si no se logra una HbA1c < 7% en un plazo máximo de 3 meses, intensificar tratamiento farmacológico según las recomendaciones de las GPC Diabetes tipo 2.
Riesgo Bajo <5%	En su mayoría son personas jóvenes, menores de 45 años y sin otros factores de riesgo CV. Además del tratamiento farmacológico promover intervenciones intensivas dirigidas a cambiar el estilo de vida: alimentación, actividad física y tabaquismo.
Riesgo Moderado <5-9%	Evaluar indicación de IECA y estatinas, según la asociación de otros factores de riesgo.
Riesgo Alto 10-19%	Personas con niveles de Col-LDL >100 mg/dl indicar una dieta baja en grasas y prescribir estatinas, desde el inicio.
Riesgo muy Alto 20%	Personas con niveles de Col-LDL >70-100 mg/dl indicar una dieta baja en grasas y prescribir estatinas, desde el inicio.

Fuente: Ministerio de Salud Chile. Objetivos estratégicos en Salud 2009.

Tabla 2.4. Porcentaje de Compensación para la diabetes mellitus tipo 2 en la Región del Bío- Bío ⁽⁴⁾.

Porcentaje de Compensación diabetes mellitus HbA1c <7						
Servicio de Salud	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SS Concepción	34	32	33	35	38	38
SS Nuble	43	40	40	43	47	44
SS Talcahuano	32	31	34	35	40	40
SS Bío Bío	41	43	42	44	50	45
SS Arauco	35	29	28	35	42	38

Fuente: Ministerio de Salud Chile. Atlas de salud región del Bío-Bío 2013.

La tabla anterior 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. Cabe mencionar que a nivel nacional el porcentaje de compensación de población bajo control (HbA1c < 7 mg) logrado para el año 2012 fue de 42% y a nivel regional de 41% ⁽⁴⁾.

De acuerdo a lo presentado, este estudio contiene un sustento teórico que tiene como finalidad integrar los elementos teóricos y conceptuales del Modelo de Cuidados Crónicos, con énfasis en el apoyo al automanejo. Este proceso se llevará a cabo, a través de la metodología de la serie BTS

propuesta por el Modelo Avance Innovador de Mejora de la Calidad, el cual se ha constituido en una poderosa herramienta metodológica que acelera los procesos de avance, permitiendo guiar el trabajo para lograr medir resultados y cambios, lo que contribuirá a mejorar el cuidado de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y los resultados clínicos de hemoglobina glicosilada HbA1c y presión arterial.



2.3. Marco Empírico.

La revisión de la literatura da cuenta de una amplia evidencia en la utilización del Modelo de Cuidados Crónicos y de la evaluación de los cuidados proporcionados a los usuarios con enfermedad crónica, utilizando los instrumentos evaluación de la atención cliente interno y de la evaluación de la atención usuario externo, del mismo modo se muestra la incorporación del método de mejora de la calidad (serie BTS) para generar cambios y potenciar el mejoramiento de la atención de personas con este tipo de afecciones ⁽¹⁷⁻³⁸⁾.

En Estados Unidos con la finalidad de conocer la relación de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y los beneficios otorgados a clientes internos y externos del sistema sanitario, se realizó una investigación en 20 clínicas de Texas, donde se examinó una muestra de 618 usuarios, con el propósito de conocer la relación entre el nivel de Hb A1c y la medida en que la atención proporcionada a los pacientes con diabetes tipo 2 es consistente con el modelo de atención crónica, después

de realizar estrategias para controlar las conductas de autocuidado. Se encontró una relación significativa entre la puntuación ACIC y la Hb 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, Hb 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 ⁽⁷²⁾.

Otra investigación desarrollada en Estados Unidos con la intención de evaluar la implementación del MCC y 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), presentándose incrementos 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 (73).

Estados Unidos, ha generado avances innovadores en cuidados crónicos, esto gracias a la incorporación del Modelo de Cuidados Crónicos, Sin embargo la combinación del Modelo de Mejora de la Calidad serie innovadora (Serie Breakthrough) y el MCC permitió iniciar una serie de proyectos colaborativos focalizados en un paquete de cambios basados en evidencia orientados a mejoras en los cuidados crónicos. La sinergia entre la metodología Breakthrough Series y el Modelo de Cuidados Crónicos ha sido evidentes, debido a los resultados obtenidos, ejemplo de ello fue el trabajo realizado en el estado de Colorado en una clínica con 3 subcentros asociados con más de 15.000 pacientes atendidos de forma insuficiente, donde la incorporación del MCC, a través de la metodología de mejora de la calidad redujo en sus grupo de pacientes diabéticos los niveles de HbA1c de una

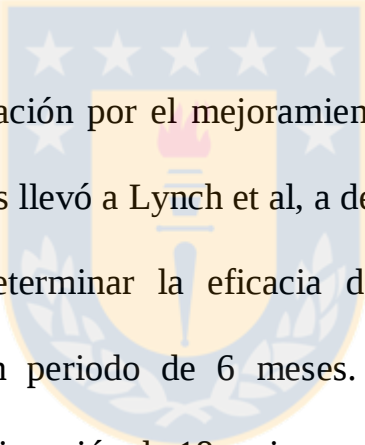
media de 10,5 al 8,5. Asimismo se llevó a cabo otro proyecto en los Centros de Sistema de Salud Shumpert en Shreveport, Louisiana disminuyendo con ello el índice de hospitalización de pacientes con insuficiencia cardíaca en un 50% y aumentando la tasa de pacientes auto-regulando su peso, su dieta y su medicación a un 90% ⁽³⁸⁾.

Por su parte Glasgow et al, desarrollaron un estudio con el propósito de potenciar el mejoramiento de la gestión de los tratamientos de personas con enfermedad crónica, en donde por un periodo de 4 meses efectuaron una intervención, la cual fue comparada con un grupo que recibió atención habitual. Para aquello, los investigadores crearon un programa de apoyo al automanejo, basado en tecnología interactiva, que incluía metas y planes personalizados para los pacientes (Ejemplo: llamadas de seguimiento del personal de intervención). Posterior a los 4 meses, los resultados arrojaron que no se encontraron diferencias significativas para los valores clínicos de HbA1c, IMC, lípidos y PA entre los grupos. Se necesita investigación adicional para evaluar a largo plazo los resultados, mejorar la eficacia y la rentabilidad, y comprender los vínculos entre los procesos de intervención y los resultados ⁽⁷⁴⁾.

En este mismo sentido, Hiss et al. efectuaron un estudio con el objetivo de otorgar mejoramiento a las enfermedades crónicas y demostrar la importancia de la colaboración del profesional de enfermería en la atención de usuarios con diabetes tipo 2. De acuerdo a ello, se dispuso de una intervención enfocada en el apoyo al automanejo por enfermería, que incluía consejería individual, identificación de problemas, planificación de la atención y recomendaciones de manejo por un profesional de enfermería durante 6 meses, con grupo intervenido y grupo control. Los resultados revelaron que el grupo intervenido presentó mejoras significativas en los indicadores de resultado clínico de la PAS y HbA1c para los pacientes del grupo de intervención ⁽⁷⁵⁾.

Así mismo Schillinger et al, interesados por la situación de las enfermedades crónicas, desarrollaron un programa de intervención para promover el automanejo durante el año 2009. Para aquello, se asignaron a los pacientes a un grupo que contaba con un profesional médico que proporcionaba atención enfocada en educación y a otro grupo que dispensaba apoyo telefónico semanal a cargo de una enfermera, ambos grupos fueron comparados con la

atención habitual. Luego de 9 meses de seguimiento, los grupos que recibieron apoyo médico y de enfermería presentaron mejoras en los resultados de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas (PACIC), en comparación con el grupo que recibía una atención habitual. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el cambio de HbA1c, PAS y PAD los tres grupos ⁽⁷⁶⁾.



En África la preocupación por el mejoramientos de personas que padecen enfermedades crónicas llevó a Lynch et al, a desarrollar un estudio enfocado principalmente en determinar la eficacia del apoyo al automanejo de pacientes, durante un periodo de 6 meses. La intervención se centró principalmente en la ejecución de 18 sesiones que incluían educación, apoyo entre pares, con la finalidad de reducir el peso en usuarios afroamericanos con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Luego de terminado el proceso de intervención, el peso disminuyó un 5 % en el grupo intervenido y la HbA1c presentó una disminución de 0,5 puntos%, sin embargo no se encontraron diferencia significativa entre el grupo control e intervenido en lo que respecta a la HbA1c, PAS y PAD. Se concluye que la intervención resulto más efectiva que la atencion habitual y que si se continua con el

entrenamiento, este podría conducir a mejoras significativas en los pacientes (77).

Por su parte en Australia Morgan et al, efectuaron un estudio, con el propósito de mejorar la atención de personas con diabetes y depresión. Para aquello efectuaron un programa de intervención basado en la atención colaborativa de enfermería, durante un período de 6 y 12 meses con grupo control y grupo intervenido. Como resultado se obtuvo una mejora significativa en el promedio de las dimensiones de salud mental y de la salud física del cuestionario SF36v2, así como también se obtuvieron mejoras en los estilos de vida. En cuanto a los indicadores de resultado clínico HbA1c PAS y HDL no se encontraron diferencias significativas intra grupo y entre grupos, sin embargo el cálculo del riesgo cardiovascular Framingham presentó una disminución significativa. (78).

Otros países también han iniciado mejoras en la calidad de la atención de las enfermedades crónicas, muestra de ello es Canadá quien lanzó un proyecto de manejo de enfermedades crónicas en el servicio de salud de Alberta. Esta intervención promovió el enfoque de colaboración e integración de la comunidad con el manejo de enfermedades crónicas (MCC). Se enfatizó en la atención enfocada en el paciente y la coordinación a través de la asistencia continua, desde la promoción de la salud y la prevención hasta la detección temprana, así como la atención primaria, secundaria y terciaria. Los resultados de este estudio mostraron que entre el inicio y un año de seguimiento, hubo un aumento del 17% en el número de pacientes con diabetes con prueba de HbA1c, un aumento del 13% en el número de pacientes con las pruebas de colesterol y triglicéridos, una disminución del 19% de las hospitalizaciones entre los pacientes con EPOC, y una disminución del 41% y el 34% de las hospitalizaciones y visitas de emergencias, respectivamente ⁽⁷⁹⁾.

En Suiza también se han realizados cambios en la forma de otorgar atención de salud a las personas con afecciones crónicas, a través de la incorporación del Modelo de Cuidados Crónicos. De este modo han surgido diversas

iniciativas de investigación para evaluar el grado con que el Modelo de Cuidados Crónicos es incorporado al sistema sanitario. El primero de los estudios se realizó con el propósito de efectuar la validación del instrumento ACIC para Suiza, arrojando como resultado un nuevo cuestionario, el G-ACIC el cual es una herramienta eficaz para medir la congruencia de la atención proporcionada en el sistema sanitario suizo. Este cuestionario es particularmente útil para ayudar a equipos a identificar brechas y mejorar el proceso de atención, sin embargo solo evalúa desde la perspectiva de los clientes internos no necesariamente refleja cómo los pacientes consideran la atención que reciben ⁽⁸⁰⁾.

Es así como posteriormente, surge en el mismo país, el propósito de conocer y responder a las necesidades de los pacientes. Para ello, se efectuó un estudio que evaluó y comparó desde la visión de los pacientes la congruencia del cuidado proporcionado. Este estudio convocó a usuarios de centros de atención primaria que se encontraba organizado bajo el MCC y de aquellos centros que otorgaban atención tradicional, utilizando como herramienta de evaluación el cuestionario PACIC – 5 A (55). Los resultados de este estudio arrojaron que de 374 pacientes que completaron el PACIC-5A, 326

correspondieron a centros de salud de atención tradicional y 48 pacientes pertenecieron a aquellos centros de salud organizados bajo el MCC, es así como los hallazgos muestran una diferencia significativa ($p = 0,046$) en la puntuación resumida PACIC en la atención tradicional (3,18), en comparación con la atención basada en el MCC (3,49). Asimismo los pacientes que recibían cuidados en centros de salud organizados bajo el MCC evaluaron la atención de forma significativamente mejor en las diferentes subescalas ⁽⁸¹⁾.

De este modo y con el propósito de mejorar los indicadores de calidad para la diabetes mellitus tipo 2, así como la percepción de los usuarios externos e internos acerca de la atención proporcionada, surge el denominado estudio de diabetes Clúster Randomised (CARAT), el cual elaboró una intervención con el objetivo de incorporar los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos a la atención sanitaria, a través de una capacitación dirigida a los/las enfermeras/os y médicos. El diseño de este estudio fue experimental con grupo control, con pre test y post test, se incluyeron indicadores de calidad, (presión arterial ($<130/80$), HbA1c ($= <6.5\%$), lipoproteínas de baja densidad-colesterol ($<2,6$ mmol / l) e indicadores de

proceso (evaluación de pie diabético, registros entre otros). Así también para evaluar la percepción de los usuarios externos e internos, se utilizó los instrumentos (PACIC-5A- G-ACIC). Los resultados de este estudio después de un año, mostraron que los niveles de HbA1c se redujeron significativamente en ambos grupos, sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,708$), sin embargo en los pacientes del grupo intervención, la PA sistólica ($-3,63$; $p = 0,050$), la PA diastólica ($-4,01$; $p < 0,001$ y el colesterol LDL ($-0,21$; $p = 0,033$) mejoraron significativamente en comparación con los pacientes del grupo de control. Respecto de la evaluación de la atención cliente externo ($P < 0,001-0,048$) igualmente se encontró una diferencia significativa en comparación con los pacientes del grupo de control. Se concluyó que en la medida que los elementos del MCC son incorporados a la práctica de atención de salud, a través de los equipos, mejoran los indicadores de calidad y ello es percibido por los pacientes como una atención mejor organizada ⁽⁸¹⁻⁸⁴⁾.

A la luz de los resultados obtenidos en Europa y Norte América, países de América Latina y el Caribe, igualmente han incorporado cambios en forma de otorgar cuidados a las personas con enfermedades crónicas.

Es así como en México, se efectuó el proyecto Veracruz, para el mejoramiento de la atención a la diabetes (VIDA) donde participaron 10 centros de atención primaria seleccionados al azar. De estos, 5 centros fueron seleccionados en forma aleatoria para que recibieran una intervención de 13 meses consistente en capacitación en diabetes y cuidados del pie, mientras los otros 5 establecimientos constituyeron los controles. Las intervenciones contemplaron la capacitación de profesionales en servicio, un programa estructurado para el automanejo sobre la diabetes y el fortalecimiento del sistema de referencia/contra referencia. Las medidas de seguimiento de la intervención mejoraron significativamente en todos los centros intervenidos. Los resultados de la intervención evaluados con el ACIC, disponibles para los 5 centros que recibieron la intervención, mostraron que: 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” (85,86).

En República Dominicana se efectuó un programa para la prevención y el control de enfermedades crónicas (PRONCEC). El propósito de este proyecto se centró en mejorar de forma continua la calidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas. PRONCEC se basó en la aplicación del MCC y la metodología de mejora de la calidad. El proyecto se inició con la evaluación de los servicios prestados por las Unidades Nacionales de Atención Primaria (UNAP) en las provincias participantes. La evaluación incluyó visitas del equipo de intervención, la realización del cuestionario ACIC, así como una revisión de historias clínicas. Las brechas en la atención crónica fueron evidentes a través de los centros evaluados. Se desarrolló un plan de intervención de acuerdo con los resultados de la evaluación, en colaboración con las autoridades y los proveedores de salud. El plan incluyó la formación de equipos multidisciplinarios en la gestión clínica integrada de las enfermedades crónicas, así como en apoyo al automanejo. Otras medidas que se incluyeron fueron el fortalecimiento del sistema de referencia - contra referencia y el aumento de capacidad del segundo nivel de atención para proporcionar servicios especializados, integrados y de alta calidad. El

seguimiento de PRONCEC se realiza a través de evaluaciones periódicas y sesiones de aprendizaje ⁽⁸⁾.

En Honduras se desarrolló el “Plan, la lucha contra la diabetes”, este proyecto de intervención comenzó en el 2012 y se pronosticó que sería implementado durante estos últimos tres años. Su principal objetivo ha sido garantizar el acceso a un programa extenso de prevención y control de la diabetes en servicios de atención primaria y secundaria en 14 unidades del Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social de Honduras. El proyecto promueve el uso de un grupo de intervenciones basadas en la estrategia Paquete de Intervenciones Esenciales (PEN, por sus siglas en inglés) de la OMS, a la vez que diseña los mecanismos para organizar la atención crónica y refuerza las actividades preventivas a nivel primario. Las actividades de este proyecto incluyen el fortalecimiento de la atención integral mediante la producción y difusión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y la formación profesional. Además, estas actividades se combinarán con actividades comunitarias que promueven la alimentación sana, la actividad física y la prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol. El Pasaporte de Cuidados Crónicos se utiliza para fomentar la colaboración entre el

paciente y el profesional de la salud. Se espera que tras el éxito de las actividades implementadas en las 14 áreas de demostración, el proyecto se amplíe a una estrategia nacional que se traducirá en mejoras de la calidad de la atención integrada, así como una reducción en la carga de la diabetes y de otras enfermedades crónicas en Honduras ⁽⁸⁾.

En el Caribe, se formuló el proyecto denominado Mejoría de la calidad de cuidados crónicos en el Caribe, en donde se el MCC se aplicó en 10 países del Caribe (Antigua, Anguila, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Surinam y Trinidad y Tobago con 142 centros de atención que atienden a más de 40.000 pacientes). El objetivo del Proyecto fue fortalecer la capacidad de los sistemas de salud y las competencias de la fuerza de trabajo para la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. El proyecto promovió la gestión integrada de las enfermedades crónicas con un enfoque preventivo, basado en la equidad, participación del individuo y su familia, y la comunidad. Los resultados preliminares han sido prometedores, se comparó el inicio con las medidas de seguimiento revelando una importante disminución en el promedio de HbA1c (8,3% a 7,6%). También hubo un aumento sustancial en la proporción de pacientes

con prácticas preventivas, como el asesoramiento nutricional (12% a 52%), examen de los pies (28% a 68%), o examen de ojos (21% a 61%). En general, la proporción de pacientes que cumplieron tres o más de los indicadores de calidad de cuidados, aumentó del 33% al 57% ⁽⁸⁾.

En Centroamérica, se desarrolló la Intervención de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI), este proyecto de colaboración para el mejoramiento de la calidad de la atención de los usuarios con diabetes incluyó la participación de 10 centros de salud y 4 hospitales de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Durante esta intervención que duró 18 meses, los equipos de salud seleccionaron sus propios objetivos y actividades, y participaron en tres sesiones de aprendizaje con expertos nacionales e internacionales. Las actividades de la intervención CAMDI incluyeron la revisión de las normas y protocolos nacionales para el manejo de la diabetes, capacitación sobre la diabetes y educación del cuidado de los pies, así como la implementación de los clubes de diabetes. Un total de 1.290 pacientes participaron en la intervención. La evaluación de 240 pacientes escogidos al azar indicó una reducción de la media de HbA1c desde el inicio al final de la intervención del 9,2% al 8,6%. Los resultados indicaron mejoras

asombrosas en indicadores de proceso, al comparar el inicio con las medidas de seguimiento la proporción de pacientes con exámenes oftalmológicos aumentó del 14% al 52%, la proporción de paciente con exámenes de los pies aumentó del 21% al 96% y la proporción de pacientes que recibieron educación sobre la diabetes aumentó del 19% al 69%. Las intervenciones demostraron que la calidad del cuidado de la diabetes se puede mejorar cuando los equipos de la salud dedican tiempo adicional a la capacitación en cuidados clínicos y en la educación del paciente ⁽⁸⁷⁾.

Chile al igual que el resto de los países, ha estado preocupado por la atención de los usuarios/as con enfermedad crónica, debido a que la mayoría de las personas que están recibiendo servicios de salud no están adoptando los beneficios de los avances asociados a las intervenciones clínicas y conductuales.

Es así como, Lange et al desarrollaron una intervención enfocada en potenciar el automanejo de personas con enfermedad crónica, para aquello dispusieron de un programa de apoyo telefónico a pacientes con DM, durante un periodo de 15 meses. Posterior a la intervención se encontraron

mejoras en prácticas de automanejo de los usuarios intervenidos, así como también aumento la proporción de usuarios con PA bien controlada, sin embargo no se hallaron mejoras significativas en HbA1c ⁽⁸⁸⁾.

Arteaga et al. realizaron un estudio para validar el instrumento ACIC al Castellano Chileno, como parte del proyecto financiado por FONIS¹ con el objetivo de validar el instrumento de investigación ACIC (Assessment of Chronic Illness Care). En este estudio participaron 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. Los resultados entregaron que el coeficiente alpha para el cuestionario completo fue muy bueno, alcanzando un valor de 0,904. Dentro de las 7 sub-escalas o secciones que componen el instrumento, 4 obtuvieron un alpha sobre 0,70. Se concluyó que el Cuestionario de Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas EVAEC (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

¹ 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)

con enfermedades crónicas y entregar información oportuna para poder orientar a los centros de salud en el mejoramiento de sus modalidades de atención.

Es así como en el Servicio de Salud Talcahuano, Octava Región, se desarrolló un estudio con el propósito de conocer la evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular desde la perspectiva usuario/a interno utilizando el cuestionario EVAEC. Los resultados de este estudio arrojaron 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 ⁽³⁹⁾.

De acuerdo a los antecedentes presentados y a la relevancia de esta temática, es importante realizar esta investigación, ya que en nuestro país existe una escasa evidencia respecto del efecto de la implementación del MCC en la atención de usuarios con enfermedad crónica.

CAPITULO 3: HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

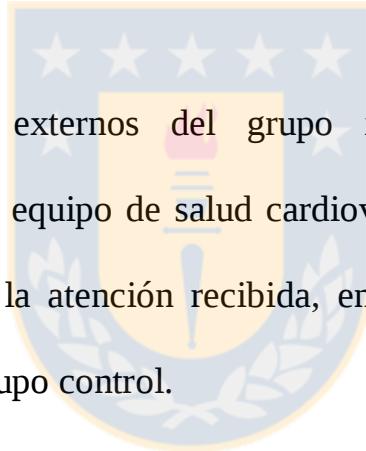
Hipótesis Operacionales:

1. Los equipos de salud cardiovascular del grupo intervenido, después de la intervención presentan una mejor percepción de la atención otorgada a usuarios con enfermedad crónica, en comparación con los equipos del grupo control.
2. Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentara mejores resultados clínicos de presión arterial sistólica (PAS), en comparación a los usuarios externos del grupo control.
3. Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentara mejores resultados clínicos de presión arterial diastólica (PAD), en

comparación a los usuarios externos del grupo control.

4. Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentara mejores resultados clínicos de hemoglobina glicosilada (HbA1c), en comparación a los usuarios externos del grupo control.

5. Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentan una mejor percepción de la atención recibida, en comparación a los usuarios externos del grupo control.



CAPITULO 4: OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar el efecto de una intervención, dirigida a los equipos de salud cardiovascular que fortalezca la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (serie BTS), en la atención proporcionada y en los resultados clínicos de los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial) adscritos a los Centros de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Objetivos Específicos:

1. Describir el perfil sociodemográfico de los equipos de salud cardiovascular en el grupo intervenido y grupo control.
2. Describir el perfil sociodemográfico de los usuarios externos, en el grupo intervenido y grupo control.

3. Describir los resultados clínicos de HbA1c, PAS y PAD de los usuarios externos del grupo intervenido y grupo control, en una medición pre y post test.

4. Determinar la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva de los equipos de salud cardiovascular y de los usuarios externos del grupo intervenido y grupo control, en una medición pre y post test.

5. Determinar el efecto de una intervención dirigida a al equipo de salud cardiovascular del grupo intervenido v/s grupo control en lo que respecta a:
Evaluación de la atención desde la perspectiva de los usuarios internos y externos, resultados clínicos de HbA1c, PAS y PAD en los usuarios externos.

CAPITULO 5: SUJETOS Y METODOS

6. SUJETOS Y METODOS

5.1. Diseño

Ensayo clínico aleatorizado comunitario ^(89, 90), considerando al equipo de salud cardiovascular de cada centro de salud como unidad de randomización con pre test y post test. La razón de considerar este tipo de ensayo se justificó, debido a que en los programas sanitarios se implementan en orden organizativo más que individual, es decir que dependen de la sinergia del cumplimiento de las actividades desarrolladas como equipo corporativo. De acuerdo a ello, se consideró que el ensayo clínico aleatorizado comunitario es el más apropiado para efectuar la evaluación de estos programas.

Intervención: incluyó un programa de mejoramiento en relación a la incorporación de los elementos del Modelo de Cuidados de Crónicos la que se llevó a cabo, a través del método de mejora, Avance Innovador (serie SBT)

en el que participaron los usuarios internos (equipos de salud cardiovascular) del grupo intervenido durante un periodo de 3 meses. Posteriormente se realizó un monitoreo de las intervenciones desarrolladas por estos equipos durante un periodo de 3 meses. Los usuarios internos del grupo control no recibieron el programa de mejoramiento, ni el seguimiento. Al finalizar los 6 meses se efectuó un post test al grupo intervenido y al grupo control no intervenido. La intervención se llevó a cabo por la tesista y expertos convocados durante un período de 6 meses. El propósito de esta Intervención fue contar con una herramienta que ayudara a bajar a la práctica los lineamientos Ministeriales, respecto de la incorporación del Modelo de Cuidados Crónicos, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de estas enfermedades en atención primaria, que busca equipos de salud equipo preparados con actitud proactiva en la atención proporcionada a usuarios EC. Este proceso se efectuó siguiendo 4 etapas o elementos operativos de gestión: Planificación, Formación, Ejecución y Seguimiento, dentro de las cuales se consideró la incorporación de todos los elementos del MCC de forma sistematizada y sinérgica. Estas etapas fueron relacionadas entre sí y promovidas utilizando la herramienta de mejoramiento serie BTS. La intervención en extenso se presenta en el capítulo 6.

5.2 Unidad de análisis:

- Equipo de salud cardiovascular de cada centro de salud (Médico, Enfermera, Nutricionista, Técnico en Enfermería, Psicólogo, Trabajadora social)
- Usuario con diabetes mellitus 2 y/o hipertensión arterial.

5.3 Universo

Todos los equipos de salud cardiovascular que realizan actividades de atención de salud con usuarios crónicos cardiovasculares en los establecimientos de atención primaria correspondientes al Servicio de Salud Talcahuano, Región del Bío-Bío y todos los usuarios que estén recibiendo atención cardiovascular por diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial correspondientes al Servicio de Salud Talcahuano (SST), Región del Bío-Bío.

5.4 Muestra.

La selección y tamaño de la muestra se realizó utilizando un muestro por conglomerados, considerando los Centros de Salud que dependen del SST (once) como conglomerados. Se decidió trabajar con cuatro centros de salud debido a que se trataba de una investigación a pequeña escala y con capacidad de personal y recursos comprometidos limitados. Estos cuatro centros fueron seleccionados de manera aleatoria. El procedimiento de aleatorización se llevó a cabo una vez obtenida la autorización del comité Ético Científico del SST, con ello y en presencia de la tesista y profesora guía, los once centros fueron incluidos dentro de una tómbola, en donde cuatro Centros de Salud fueron seleccionados. De los cuatro centros de salud, dos de ellos fueron asignados aleatoriamente al grupo control y los dos restantes al grupo intervenido. Inmediatamente y luego de haber seleccionados los centros de salud, al interior de cada uno de ellos (intervenido y Control), se procedió a la obtención de la muestra de usuarios con enfermedad crónica que reciben atención dentro los centros de salud, lo cual se realizó desde el fichero del Programa Cardiovascular. Para ello, la tesista efectuó revisión del tarjetón de control, en donde se revisaron los criterios de inclusión y exclusión. En

la Tabla 5.1 se presenta el universo de usuarios adscritos a cada Centro de Salud Familiar del SST. La asignación de los usuarios que formaron parte de la muestra durante el pre test, fueron los mismos convocados a ser parte del post test. Se utilizó como técnica de enmascaramiento se utilizó simple ciego en los usuarios externos que formaron parte de la intervención.

Tabla 5.1: Universo de usuarios adscritos a los Centros de Salud Familiar del SST

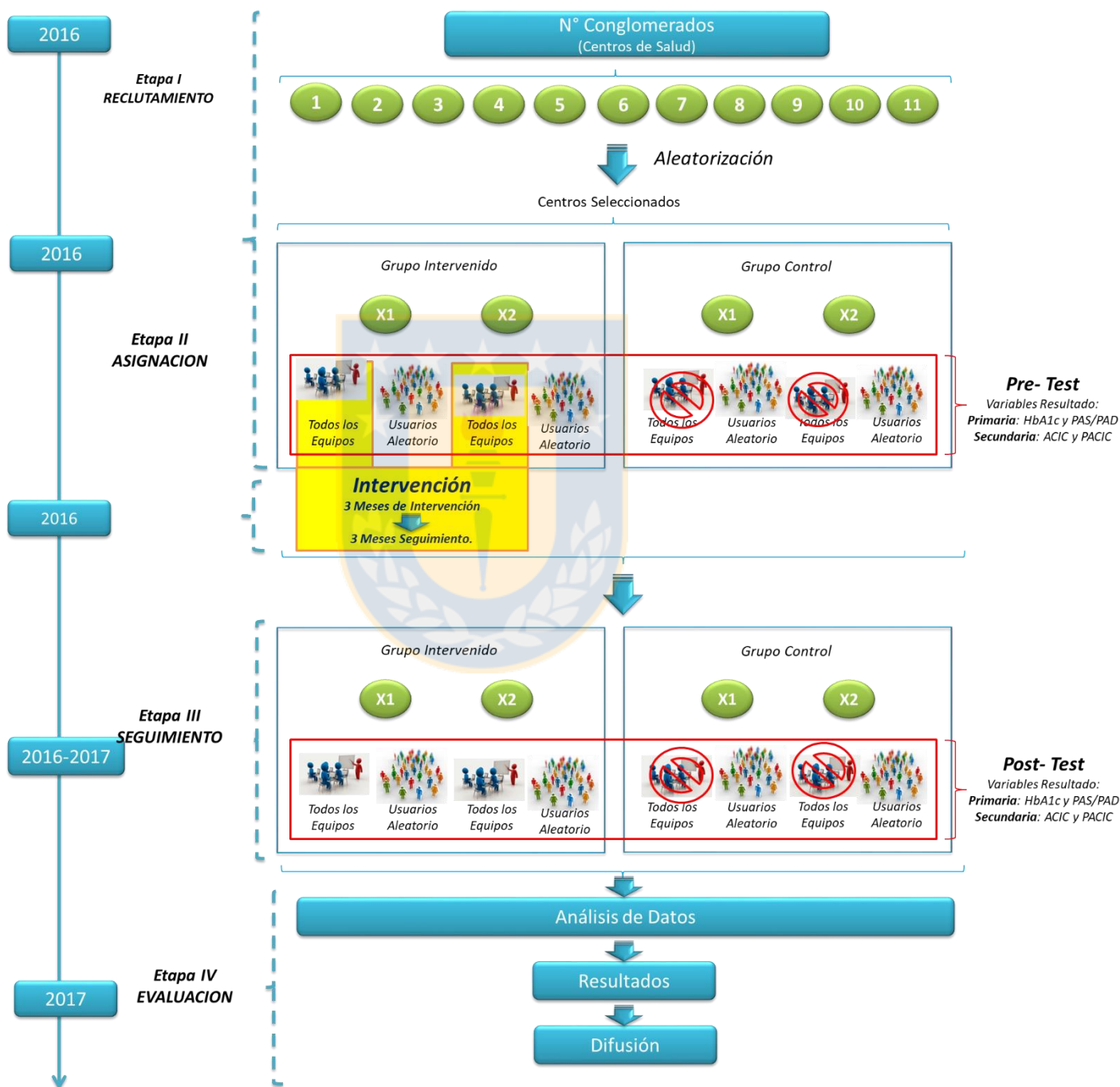
	Hualpencillo	Talcahuano Sur	La Floresta	San Vicente	Leocádn Portus	Los Cerros	Paulina Avendaño	Cesfam Penco	Cesfam Lirque	Cesfam Alberto Reyes	Bellavista y postas
N	2222	2003	1341	2587	1462	2071	2836	1745	1327	2041	1343

Fuente: SST 2016

5.5 Flujograma

El flujograma que se presenta a continuación representa el flujo de actividades que se propusieron en el proyecto, se incluye las etapas del estudio, el enrolamiento de los equipos de salud y de los usuarios/as externos, asimismo se muestra la intervención, seguimiento y las mediciones realizadas antes y después de la intervención. Ver figura 5.1.

Figura.5.1 Flujograma



Fuente: Elaboración propia

5.6. Criterios de inclusión equipos de salud cardiovascular.

- ❖ Personal del equipo de salud que realice atención de salud a usuarios/as crónicos del programa cardiovascular en el nivel primario.
- ❖ Otorgar su consentimiento informado para participar del estudio.

5.7. Criterios de inclusión usuario externo.

- ❖ Usuarios con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, que estén en control en el programa cardiovascular por más de 6 meses.
- ❖ Tener entre 20 y 64 años de edad
- ❖ Otorgar su consentimiento informado para participar del estudio.

5.8. Criterios de exclusión equipos de salud cardiovascular.

- ❖ Encontrase con licencia médica durante el periodo de recolección de datos.
- ❖ Encontrase con vacaciones durante el periodo de recolección de datos.

5.9. Criterios de exclusión usuario externo.

- ❖ Usuarios con cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular con secuelas, EPOC severo o moderado, obesidad, alguna enfermedad mental o demencia, enfermedad alcohólica, enfermedades crónica terminal, personas inmovilizadas, enfermedades tiroideas, cáncer, HIV, enfermedad reumática severa, otra patología severa que le impidiese participar y/o personas que no son capaces de leer y entender el formulario de información del paciente debido a la demencia o analfabetismo.

5.10 Variables del estudio.

5.10.1 Variable Dependiente.

- ❖ Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del usuario/a interno y del usuario externo.
- ❖ Resultados clínicos para la diabetes mellitus HbA1c y para hipertensión arterial PAS y PAD del usuario externo. La definición y operacionalización de las variables se encuentra en el (Anexo A).

5.10.2. Variable independiente.

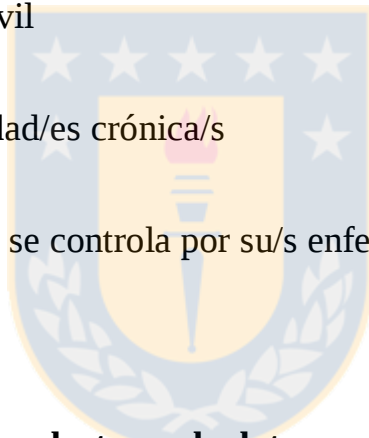
- ❖ Intervención, dirigida a los equipos de salud cardiovascular en lo que respecta al fortalecimiento de los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, a través de la Avance Innovador (serie BTS). La definición y operacionalización de las variables se encuentra en el (Anexo A).

5.10.3. Variables intervinientes equipos de salud cardiovascular

- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.
- ❖ Profesión.
- ❖ Años de desempeño en el programa cardiovascular (PSCV).
- ❖ Cargo o función dentro del PSCV.
- ❖ Establecimiento.
- ❖ Conoce el Modelo de Cuidados Crónicos en su Centro de Salud Familiar

5.10.4. Variables intervinientes del usuario externo

- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.
- ❖ Nivel de escolaridad
- ❖ Estado civil
- ❖ Enfermedad/es crónica/s
- ❖ Años que se controla por su/s enfermedad/es crónica/s



5.11. Instrumentos recolectores de datos y mediciones

5.11.1. Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC) Versión 3.5- (Adaptado al Español Chileno):

Este instrumento fue creado por Bonomi et al. ⁽⁷³⁾, en el año 2002. La versión 3.5 adaptada al castellano Chileno por Arteaga et al. 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 B).

Validez y Confiabilidad: El EVAEC fue validado en Chile a través del estudio Validación y Aplicación del Instrumento ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) 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.

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 EVAEC puede ser considerado una escala con adecuadas propiedades, 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.

5.11.2. Evaluación de atención de enfermedades crónicas para pacientes:

La versión en inglés del cuestionario PACIC fue desarrollada y validada por Glasgow et al ^(91, 92,93). Está conformada por 5 subescalas para reflejar los componentes clave de la CCM: la activación del paciente (3 preguntas), el apoyo del sistema de entrega de diseño / decisión (3 preguntas), el establecimiento de metas / (5 preguntas), la resolución de problemas / (4 preguntas), y / coordinación de seguimiento (5 preguntas). Cada elemento tiene una puntuación de 1 (nunca) a 5 (siempre) ⁽⁹⁴⁾. Ver (Anexo .C).

La traducción y validación del cuestionario al Español Chileno fue realizada por la tesista siguiendo las normas las orientaciones de OMS ⁽⁹⁵⁾. La versión en Inglés del cuestionario fue traducido al español Chileno por 2 traductores de la Universidad de Concepción, luego fue sometido a juicio de experto en lo que respecta a la terminología de salud, lo que se resolvió mediante consenso, finalmente la versión en español Chileno fue retro-traducida por un hablantes nativos de inglés y comparada con la versión original. El cuestionario traducido al español Chileno, fue aplicado a 200 pacientes

correspondientes al Centros de Salud Familiar de Concepción. El Análisis Factorial Confirmatorio ^(96,97) no presentó un buen ajuste a la estructura propuesta en el instrumento original. Estos resultados dieron origen a la realización de un Análisis Factorial Exploratorio que arrojó cinco factores que explican un 57.96% de la variabilidad total de los datos. La distribución de los ítems-factor sufrió algunas modificaciones, respecto del cuestionario original, que se explican al analizar el constructo teórico. Se obtuvo una buena confiabilidad de la escala global (α de Cronbach 0.886). El instrumento Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, versión chilena, no logra replicar la estructura propuesta en el cuestionario original. Por lo tanto, se recomienda más investigación sobre su validez que incorpore un mayor número y diversidad de participantes ⁽⁹⁸⁾.

5.11.3. Resultados clínicos para la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial del usuarios/as externos:

Los indicadores de resultado clínico que se utilizaron para este estudio fueron los definidos a nivel Ministerial para evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de la diabetes mellitus tipo 2 y de la hipertensión arterial. Los datos fueron obtenidos, a través de la aplicación de técnica estandarizada de toma de muestra y de presión arterial pre y post intervención previa a firma de consentimiento del usuario/a externo.

Hemoglobina Glicosilada (HbA1c): Corresponde a la medición de un análisis bioquímico que muestra el nivel promedio de azúcar (glucosa) en la sangre durante los últimos tres meses ^(99,100).

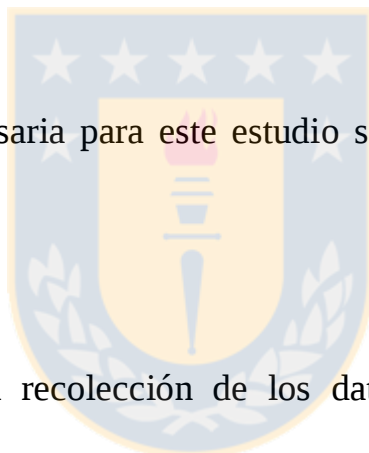
Presión Arterial: Corresponde a la medición con técnica estandarizada de la presión arterial sistólica y de la presión arterial diastólica, la cual se realiza y registra en el control cardiovascular por un profesional de salud ^(99,100).

5.11.4. Cuestionario de variables sociodemográficas:

Confeccionado por la tesista para los equipos de salud cardiovascular y para los usuarios externos, participantes del estudio. Ver (Anexo D).

5.12. Recolección de datos.

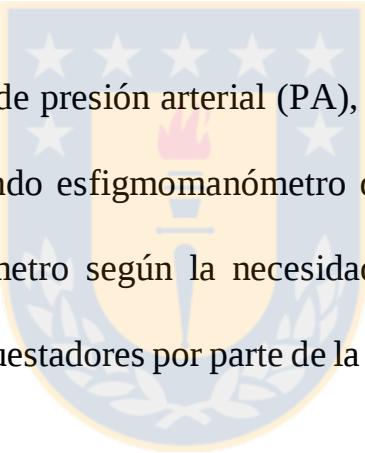
La información necesaria para este estudio se recolectó de la siguiente manera:



Primero que todo la recolección de los datos se realizó, con previa autorización de las respectivas Direcciones de Salud y Centros de Salud Familiar, Servicio de Salud Talcahuano, Comité Ético – científico del Servicio de Salud Talcahuano, así como también se solicitó un consentimiento informado para proceder con la participación de los equipos y acceder a los usuarios de cada establecimiento.

El pre test se realizó por encuestadores contratados por el Servicio de Salud Talcahuano, a través de la OTEC NASAC, quienes fueron capacitados por la tesista (enfermeros/as). El servicio prestado por los encuestadores incluyó el desarrollo de una agenda para los usuarios que cumplieran con los criterios de selección y que accedieron a participar del estudio, para ello se contactó previamente al usuario vía telefónica para su participación y se le otorgó una hora, la que quedó agenda para efectuar procedimiento de estudio en el establecimiento de salud al cual se encontraba adscrito. El procedimiento incluyó la aplicación de los cuestionarios Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC) Versión 3.5, a los equipos de salud cardiovascular y a los usuarios externos se le aplicó el cuestionario Evaluación de atención de enfermedades crónicas para pacientes, así como también se le efectuaron las mediciones correspondientes al perfil bioquímico de HbA1c, y la aplicación de la medición de los parámetros de PAS y PAD de los usuarios que participaron en el estudio. La información fue entregada, a través de una base de datos tanto a la tesista, como al Servicio de Salud.

En relación al a la toma de HbA1c, esta se realizó con técnica estandarizada, en todo momento se mantuvo técnica aséptica y protección en el traslado de los exámenes. Los análisis fueron efectuados en el laboratorio del hospital Higuera para evitar problemas en la diferencias de estandarización de los mismos. La coordinación se realizó por el asesor cardiovascular del Servicio de Salud Talcahuano.



En cuanto al control de presión arterial (PA), este se realizó con técnica estandarizada, utilizando esfigmomanómetro de mercurio y disponiendo de brazaletes de diámetro según la necesidad. Para aquello se efectuó capacitación a los encuestadores por parte de la tesista y asesor del Servicio de Salud.

El post test se realizó por los mismos encuestadores, el procedimiento incluyó la aplicación de los cuestionarios Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC) Versión 3.5, a los equipos de salud cardiovascular y a los usuarios externos se le aplicó el cuestionario Evaluación de atención de enfermedades crónicas para pacientes. Asimismo efectuaron las mediciones correspondientes al perfil bioquímico

de HbA1c, así como también la aplicación de la medición de los parámetros de PAS y PAD de los usuarios externos que participaron en el estudio, siguiendo los mismos resguardos que se tuvieron en la aplicación del pre test.

5.13. Procesamiento de los datos.

Los datos fueron codificados e incorporados en la base de datos SPSS versión 22 (paquete estadístico para ciencias sociales) y en la base de datos Excel 2010, los cuales fueron realizados por asesora de estadística del programa de doctorado Dra. Katia Sáez.

5.14. Análisis de los datos.

El análisis de resultados se llevó a cabo según el nivel de medición de cada variable y se presentan en el plan de análisis. Previo a cada análisis los datos fueron sometidos a análisis de distribución usando el test Shapiro-Wilk. Las variables que presentaron distribución normal fueron analizadas mediante test de t de student y las que no presentaron distribución normal

la comparación entre grupos se realizó mediante el test de Mann-Whitney para dos grupos. Para la comparación de medias se utilizó test de Wilcoxon y Test t para grupos pareados, según el tipo de distribución. Los resultados se expresaron en promedio con su desviación estándar y en algunos casos la mediana con sus respectivos rangos intercuartílicos. Las significancias estadísticas se calcularon de acuerdo a test indicado para cada tipo de distribución considerando un valor $p \leq 0,05$. En la Tabla 5.2 se resumen todos los análisis y los estadígrafos para cada una de las variables, según objetivos del estudio.



Tabla 5.2. Análisis de los datos

Plan de Análisis			
Objetivo General	Objetivo Específicos	Variables	Tipo de análisis y estadígrafo utilizado
Evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular que fortalezca la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (serie BTS), en la atención proporcionada y en los resultados clínicos de los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial) adscritos a los Centros de Salud Familiar del Servicio de Salud Talcahuano.	Describir el perfil sociodemográfico de los equipos de salud cardiovascular en el grupo intervenido y grupo control.	Sexo, edad, profesión, años de desempeño en el PSCV, cargo o función en el PSCV centro de salud, conocimiento del MCC.	Análisis descriptivo univariado Frecuencias relativas y absoluta, Medidas de tendencia central y dispersión
	Describir el perfil sociodemográfico de los usuarios externos, en el grupo intervenido y grupo control.	Sexo, edad, escolaridad, estado civil, enfermedades crónicas, años en control	Análisis descriptivo univariado Frecuencias relativas y absolutas. Medidas de tendencia central y dispersión
	Describir los resultados clínicos de hemoglobina glicosilada HbA1c PAS y PAD de los usuarios externos del grupo intervenido y grupo control, en una medición pre y post test.	Valor de HbA1c, PAS y PAD del usuario externo	Análisis descriptivo univariado/ Frecuencias relativas y absolutas, Medidas de tendencia central y dispersión
	Determinar la evaluación de la atención desde la perspectiva de los equipos de salud cardiovascular y de los usuarios externos del grupo intervenido y grupo control.	Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del usuario/a interno y del usuario externo.	Análisis descriptivo univariado/ Frecuencia relativa y absoluta. Medidas de tendencia central y dispersión
	Determinar el efecto de una intervención dirigida a al equipo de salud cardiovascular del grupo intervenido v/s grupo control en lo que respecta a: Resultados clínicos de	Variable respuesta primaria: Resultados clínicos para la diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c) y para hipertensión arterial (PAS- PAD) del	Test de Sharipo-Wilk para verificar el cumplimiento del supuesto de normalidad. Pruebas de Comparaciones de medias Test T de Student para grupos pareados o

	hemoglobina glicosilada HbA1c, PAS y PAD de los usuarios externos Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva de los usuarios internos y externos.	usuario externo. Variable respuesta secundaria: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del usuario/a interno y del usuario externo.	independientes, Análisis de Varianza. Test no paramétricos Wilcoxon y Mann-Whitney cuando el supuesto distribucional no se cumple. Calculo del tamaño del efecto en el caso del test T, se utilizó d de cohen y en el caso no paramétrico se utilizó el estadístico Z / raíz del número de observaciones
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia.

5.15. Consideraciones Éticas.

El proyecto fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y del Comité Ético- Científico del Servicio de Salud Talcahuano. Posteriormente se solicitó autorización a las autoridades del Servicio de Salud de Talcahuano, así como a las respectivas Direcciones de Salud Municipal y Directores/as de los Centros de salud.

Se tuvieron en cuenta los requisitos éticos que debe contemplar toda investigación científica, según Ezequiel Emmanuel ^(101,102):

Valor. La necesidad, de determinar los efectos de un programa de intervención, dirigido a mejorar los cuidados de usuarios con enfermedad crónica diabetes mellitus tipo 2 y/ o hipertensión arterial y los resultado clínicos de usuarios/as que reciben atención en el programa de salud cardiovascular, a través del Avance Innovador (serie BTS) justificó la realización de este estudio, lo que permitió contar con herramientas que posibiliten mejorar, contando con evidencia empírica.

Validez científica: Se consideró 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/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial en el mundo. 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.

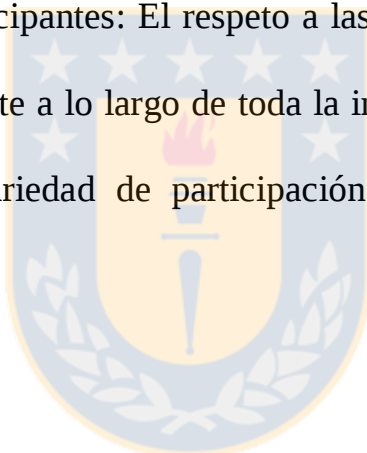
Selección equitativa de los sujetos: Las y los participantes del estudio correspondieron a un grupo específico, relacionado directamente con las interrogantes planteadas en la investigación.

Proporción favorable riesgo – beneficio: Se estimó que los riesgos asociados a la participación de las personas fueron mínimos y ellos estuvieron relacionados fundamentalmente con los cuidados otorgados a usuarios crónicos. Sin embargo, la probabilidad y/o magnitud de los beneficios potenciales esperados se estimaron mayores que los riesgos a los cuales pudieran estar expuestos.

Evaluación independiente: Para evitar algún interés que pudiera influir 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 y Comité Ético- Científico de Servicio de Salud Talcahuano.

Consentimiento Informado: Se incluyó en el estudio a todos los participantes que acepten libre y voluntariamente su participación, cautelando la confidencialidad y anonimato de los datos mediante el consentimiento informado (Anexos E, F y G).

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.



CAPITULO 6: INTERVENCIÓN

6. INTERVENCIÓN

MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS

Este apartado tiene como propósito presentar la intervención innovadora que ayudará a la incorporación del Modelo de Cuidados Crónicos y en el mejoramiento de la calidad de la atención proporcionada a los usuarios con enfermedad crónica. En razón de lo anterior se presentaran los fundamentos que han guiado la incorporación de del MCC, así como también se describirán los elementos operativos que se incorporaron en esta intervención, la cual apunta a resolver una necesidad de las personas en lo que respecta a la incorporación de estrategias efectivas en la gestión, manejo y mejoramiento de calidad del cuidado de personas que padecen enfermedades crónicas.

Intervención:

La intervención siguió la lógica propuesta por el Modelo “Avance Innovador” (Breakthrough series), con el objetivo de incorporar el MCC, manejándolo como una guía para una mejor calidad de la atención de las personas que padecen enfermedades cardiovasculares. Para ello se utilizó el aprendizaje colaborativo como una forma de conseguir cambio ⁽³⁸⁾. De este modo, este proceso se inició dando respuesta a las siguientes 3 interrogantes:

1. ¿Qué estamos tratando de lograr?

El propósito de esta Intervención fue contar con una herramienta que ayudara a incorporar a la práctica el MCC, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de EC en atención primaria, que busca equipos de salud preparados con actitud proactiva en la atención de las enfermedades crónicas. En razón de lo anterior se elaboró una intervención innovadora, que introduce el MCC, a través de una metodología organizada (serie BTS), que comenzó centrándose en las necesidades de los usuarios, la cultura

organizacional, entendiendo cómo funcionan los procesos dentro del sistema, la gestión del equipo y el lado humano de los mismos ⁽³⁸⁾. De esta forma se fue involucrando en el mejoramiento a Direcciones, proveedores de servicios, representantes comunitarios y equipos de salud

2. ¿Cómo sabremos que un cambio ha producido una mejoría?

Se espera que todo el proceso de incorporación del MCC se vea expresado en el mejoramiento de los indicadores de resultado clínico del grupo intervenido, medido a través de la disminución de la HbA1c, de la PAS, la PAD, así como también en la evaluación del cuidado crónico, percibido por quienes proveen atención de salud y de quienes reciben la atención sanitaria ^(103,104).

3. ¿Qué cambios podríamos hacer para lograr una mejoría?

Para el desarrollo operativo de la intervención se propusieron 4 etapas o ciclos de gestión de mejoramiento ⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁹⁾: Planificación, Formación, Ejecución y Seguimiento, dentro de las cuales se consideró la incorporación de todos los elementos del MCC de forma sistematizada y sinérgica. Estas

etapas fueron relacionadas entre sí y promovidas utilizando la herramienta de mejoramiento serie BTS, la cual se compone de sesiones de aprendizaje y plan de acción, durante 6 meses. Esta intervención se convierte en uno de las primeras propuestas disponibles en nuestro país, cuyo diseño se cimienta en la gestión sistematizada de la incorporación del Modelo a la experiencia de la práctica clínica proporcionada por el equipo de salud.

En este sentido, la primera etapa o ciclo de mejoramiento; Planificación, consideró primero que todo involucrar a las entidades gestoras de salud, quienes a pesar de conocer los objetivos estratégicos de proveer una atención de salud conforme con el MCC, demandaban de apoyo para el logro efectivo de su incorporación en la atención sanitaria. Es así como los vínculos de la comunidad, permitieron efectuar una colaboración en la implementación del MCC. De este modo la disposición de políticas públicas, la colaboración y la disposición de quienes proveen atención de salud, se convierten en las primeras actividades para el desarrollo de la implementación del MCC, involucrando a dos componentes del Modelo, el componente Organización del Sistema de Atención de Salud y los Vínculos con la Comunidad, constituyéndose en los dos pilares fundamentales de este proceso. Estas previas actividades se convirtieron en una fortaleza para el proceso de

introducción de cambios en aquellas áreas con oportunidad de mejoramiento, salvaguardando durante todo el proceso la asociación de todos los elementos del MCC para obtener mejores resultados.

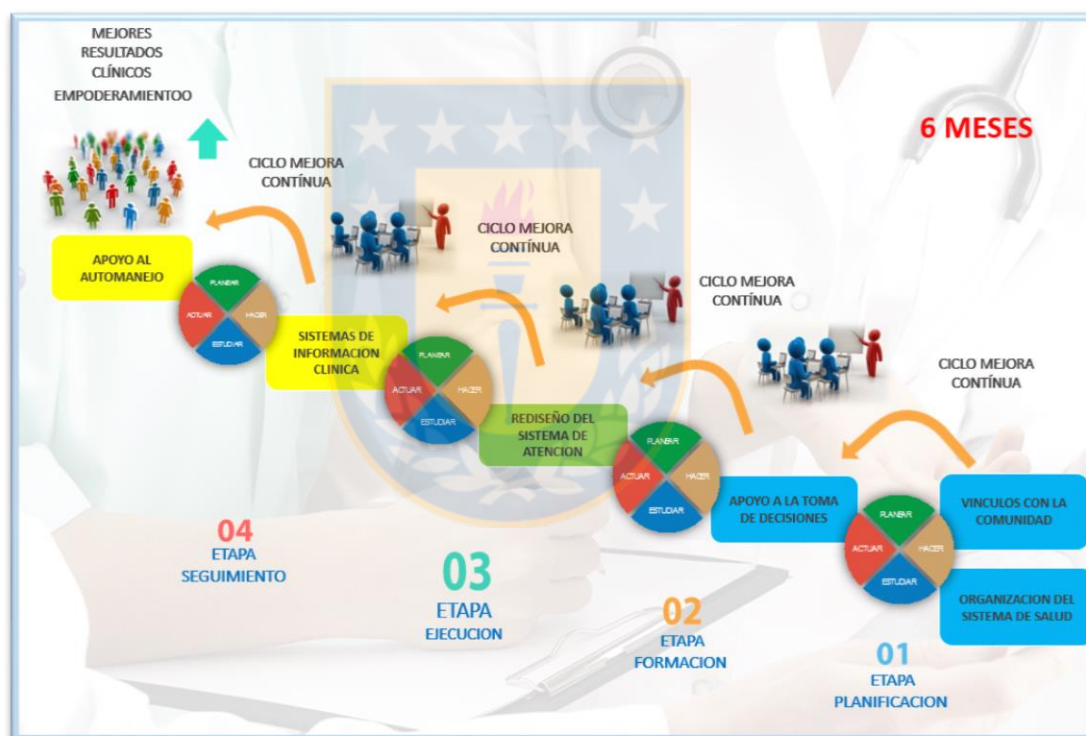
Dicho lo anterior, la segunda etapa correspondió a la de Formación, la que tuvo una duración de 3 meses y su propósito fue incorporar el componente de Apoyo a la Toma de Decisiones a los proveedores de salud de la organización intervenida, a través de la incorporación de un programa de formación, el cual incluyó formación en el MCC, formación en Apoyo al Automanejo, utilización del Modelo de las 5Aes y aplicación del Modelo de Mejora de Calidad en la atención sanitaria. Esta etapa se compone de 2 fases (Inmersión e Ideación), cada una de ellas conformada por sesiones de aprendizaje y ciclos de mejoramiento realizados por los equipos de salud intervenidos. Su finalidad fue la transferencia de conocimiento, a través de una guía de prácticas basada en la evidencia, la cual fue suministrada utilizando un set de tecnologías para el soporte a la entrega de la información, denominado software virtual, así como también un set de recursos pedagógicos e interactivos para hacer que la evidencia disponible fuera probada y utilizada por los equipos en formación antes de ser transferida a la práctica. Con todo ello, se buscó contribuir al fortalecimiento de competencias del equipo de

salud para el manejo de enfermedades crónicas. En paralelo al apoyo a la toma de decisiones los participantes intervenidos debieron enfocarse en aquellas áreas que presentaban una oportunidad de mejoramiento, yaciéndose en la sinergia de aquellos elementos del modelo previamente trabajados.

De este modo surgen las etapas o ciclos de Ejecución y Seguimiento de mejoras durante un período de 3 meses. El objetivo fue dar paso, a través de los ciclos BTS al proceso interrelacionado de incorporación de los otros componentes del MCC, tales como Diseño de la Atención de Salud y Sistemas Información Clínica, lo que permitió aplicar conocimientos y habilidades adquiridas por el equipo para el desarrollo de un mejor Apoyo al Automanejo de los usuarios. Es así como las etapas previas impulsaron el proceso de introducción de cambios en el cuidado de las personas que padecen enfermedades crónicas, los cuales fueron abordados como un prototipo, siguiendo la lógica de factibilidad, relevancia, interés, novedad y ética. Para el avance de esta etapa se consideró la cultura organizacional y la psicología laboral previamente abordadas, con el fin de obtener mejores cambios. Finalmente y concretada esta etapa, se procedió a la etapa de seguimiento de los cambios realizados por los equipos de salud, los cuales

fueron acompañados de 8 ciclos de mejoramiento. La figura 6.1 muestra la sistematización con la que fueron implementados los componentes del MCC.

Figura 6.1: Sistematización de la incorporación de los componentes del MCC en la intervención, siguiendo la lógica de las 4 etapas.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describe cada una de las etapas y los elementos operativos que permitieron de manera sistematizada incorporar los componentes del MCC y con ello mejorar la forma en que los profesionales de atención de salud entregan los cuidados a usuarios con afecciones crónicas.



6.1 Etapa 1 Planificación: incorporación de los componentes organización del sistema de atención sanitaria y vínculos con la comunidad

Con esta etapa se da inicio al primer ciclo de mejoramiento inducido por la intervención, la cual está compuesta por 4 fases planear, hacer estudiar y actuar (34,35, 98-103). La figura 6.2 muestra cómo se debe desarrollar el proceso:

Figura 6.2: Ciclos de aprendizaje según IHI.



Fuente: Institute for Healthcare Improvement, 2015.

6.1.1. Planear

Para el desarrollo de esta primera fase la intervención se apoyó en dos pilares del MCC. El primero de ellos, el componente de la “Organización del sistema de atención Sanitaria”, el cual se transforma en un elemento fundamental para conducir cualquier cambio en salud, a través de políticas públicas que apuntan a mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas. En este sentido existen directrices que garantizan la introducción del MCC en la atención de salud, sin embargo esto no es suficiente, ya que requiere de un mayor esfuerzo para lograr que esta estrategia sea asociada por los equipos de salud en la práctica clínica. Para ello, se requiere de la aplicación de los otros componentes del Modelo de manera sinérgica. Es así como se articula el segundo pilar, el componente “Vínculos con la Comunidad”, el cual viene a potenciar las relaciones entre las organizaciones

que componen la comunidad para apoyar intervenciones dirigidas a mejorar el cuidado de las personas con este tipo de afecciones. Para dar paso a esta etapa fue necesario articular ambos componentes, a través del establecimiento del trabajo colaborativo entre las partes. Para la implementación se llevaron a cabo 4 procesos: preparación previa, levantamiento de información, formación de equipo y preparación de la intervención. Lo anterior fue desarrollado en un plazo de 4 meses a cargo del tutor y tesista.

Para el desarrollo de esta etapa fue necesario considerar el contexto y la cultura organizacional de las instituciones de salud y de las personas que lo componen, lo cual fue trabajado desde la psicología laboral, incorporando actividades que se detallaron en la sesión de introducción. La figura 6.3 muestra la asociación colaborativa para el mejoramiento de las EC.

Figura 6.3: Asociación de la Organización del sistema de atención Sanitaria y vínculos de la comunidad, con la finalidad de mejorar la atención de las afecciones crónicas



Fuente: Elaboración propia.

La figura anterior muestra la asociación de las distintas organizaciones para el desarrollo de la intervención y el mejoramiento de los cuidados crónicos.

6.1.2 Hacer

Kickoff meeting o apertura de proyecto: En esta fase, se reúnen los integrantes de la organización, Directivos, encargados de programa cardiovascular, Comité Gestor y Consejo de Desarrollo, con la finalidad de presentar la propuesta, etapas, cronograma, encargados (Tesisista) y objetivos esperados, así como también lo que se espera de cada uno de ellos para el correcto funcionamiento del proceso de las etapas consecutivas. Para todo aquello se debió considerar el contexto, la cultura organizacional de las instituciones y de las personas que lo componen, lo cual fue trabajado desde la psicología laboral. Para involucrar a los equipos de salud que serían intervenidos, se realizaron 3 reuniones de coordinación con el Servicio de Salud, Direcciones de Salud Municipales y los respectivos Centros de Salud Familiar. Seguido de lo anterior, se generaron estrategias de difusión previa a la intervención para incentivar la participación de los equipos de salud, a través de instructivos y de forma presencial en los establecimientos. Se revisó el plan de trabajo y el cronograma para la implementación de la intervención. Al mismo tiempo se coordinó la participación de expertos en

las diferentes temáticas y en el seguimiento y control de la intervención. Esta fase tuvo una duración de 1 mes.

Figura 6.4: Ejemplo de acuerdos



Fuente: Elaboración propia.

6.1.3 Estudiar

Levantamiento de información: Correspondió a la etapa de aplicación de los instrumentos de evaluación del MCC. Cuestionario Evaluación de la atención proporcionada a la atención de enfermedades crónicas (EVAEC) versión 3.5- (adaptado al español chileno), Evaluación de la atención de

enfermedades crónicas, usuario externo, indicadores de resultado clínico e indicadores de proceso de cada establecimiento. Se efectuó durante un periodo de 2 meses (Anexos B-C).

6.1.4 Actuar

Formación de quipos: En esta fase se coordinó la participación de los equipos de salud que fueron intervenidos, para lo cual se realizaron 2 reuniones de coordinación con el Servicio de Salud, Dirección de Salud Municipal y los respectivos Centros de Salud Familiar. Luego se procedió a generar la formación de equipos de trabajo, los cuales se asignaron roles (ver figura 6.5) y funciones clave dentro del proyecto. Tuvo una duración de 1 mes

La Tabla 6.1 resume las funciones de los diferentes encargados de equipo de trabajo. Se volverá a revisar el plan de trabajo y el cronograma para la implementación de la intervención. Al mismo tiempo se coordinó la participación de mentores y tutores en las diferentes temáticas y en el seguimiento y control de la intervención.

Figura: 6.5: Equipos en acción



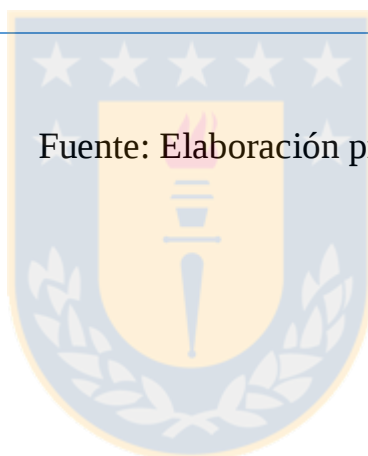
Fuente: Elaboración propia.

La figura anterior permite apreciar a todos los participantes del grupo intervenido

Tabla 6.1 Responsabilidades de los integrantes de la Intervención:

Nombre	Integrantes	Funciones
Patrocinador	Universidad de Concepción y Organización de salud	Líderes principales
Beneficiario	Servicio de Salud Talcahuano	DAS Hualpen, DAS Talcahuano, DAS Penco y DAS Tome.
Director Proyecto	Universidad de Concepción	Responsable de la gestión cotidiana de la colaboración. El director es responsable de lograr los resultados, como lo determina la escala de autoevaluación
Equipo Académico	-Académicos -Profesionales -Expertos (Asesores SST)	-Realizará el rol de gerencia continua asegurando la ejecución de la intervención y su continuidad en el tiempo establecido. -Proveer de conocimientos, así como de recursos que motiven y permitan que los equipos se mantengan comprometidos y activos, además deberá organizar las sesiones de aprendizaje, entrenamiento, materiales y otros.
Tesista	Académico y estudiante de Doctorado	Encargado de proveer de la evidencia científica conjunto con los tutores para ser trasferida a la practica
Tutor	Académicos	Acompañamiento en cada sesión de aprendizaje y plan de acción y revisión de todos los procesos de seguimiento.
Equipo Servicio de Salud	-Asesores del Servicio de Salud -Jefes de programa cardiovascular -Coordinador Asesora Servicio de Salud	-Corresponde al encargado de generar las instancias de permisos y autorizaciones con el nivel central de dependencia laboral (Servicio de Salud, Departamento de salud Municipal, Direcciones de establecimientos, Encargados de programa) esto con el propósito de generar la capacitación en óptimas condiciones para los profesionales que participaran.

Equipo de Salud	Centro	-Integrado por Coordinador de cada equipo de salud cardiovascular	por cada salud	- Estos participantes son claves, ya que en la práctica del cuidado diario continuarán implementando los conocimientos y las mejoras obtenidas en la capacitación. -Apoyar el trabajo de sus pares, así como también incentivar al cumplimiento de ellos.
Coordinador de equipo		Integrante líder del equipo	del	Encargado de liderar el equipo en el proceso de mejoramiento de su organización o centro de salud
Coordinador de sector		Integrante líder del equipo de sector	del	Encargado de liderar el equipo de su sector en el proceso de mejoramiento



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.6: Kit de Materiales entregados a cada integrante del equipo de salud intervenido



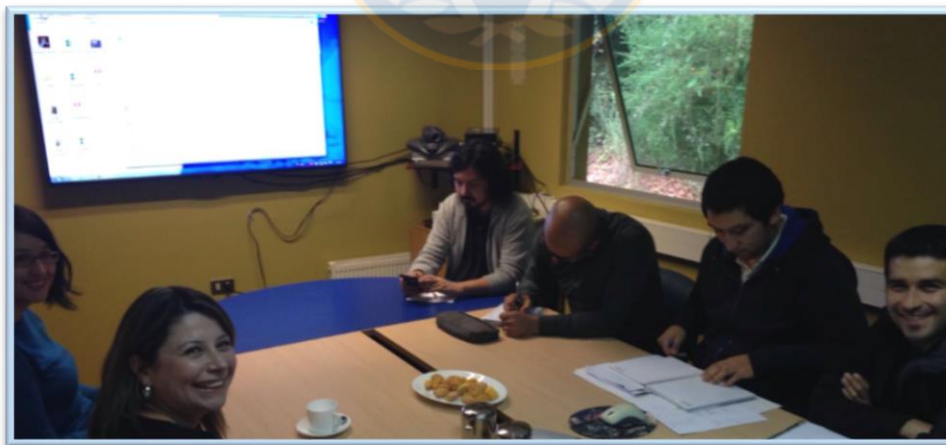
Fuente: Elaboración propia.

6.1.4.1 Preparación de los apoyos tecnológicos

La intervención incorporó estrategias con modalidad presencial, así como también no presencial, a través de un software en línea que permitió al profesional de salud la navegación hacia el conocimiento y comprensión de la información. Este software, se desplegó, a través de la plataforma de la Universidad de Concepción y disponía de material de apoyo y de consulta con el propósito de integrar los elementos teóricos y conceptuales del Modelo

de Cuidados Crónicos y la mejora de la calidad. Asimismo ayudó a monitorear el proceso de aprendizaje sin la necesidad de estar presencialmente con los equipos. Este software fue apoyado por un set de recursos andragógico, entre los que mencionaremos; módulo de tareas, consulta, foro, entre otros. La preparación del material y del software de la plataforma tuvo una duración de 6 meses y estuvo disponible al momento de la intervención. Fue desarrollado por la tesista, colaboradores Sergio Rivera Elgueta y Centro de Formación recursos didácticos (CFRD) de la Universidad de Concepción, ver figura 6.7.

Figura 6.7: Equipo reunido para perfeccionar software.



Fuente: Elaboración propia.

A. Software plataforma “Mejoramiento de Cuidados Crónicos.”

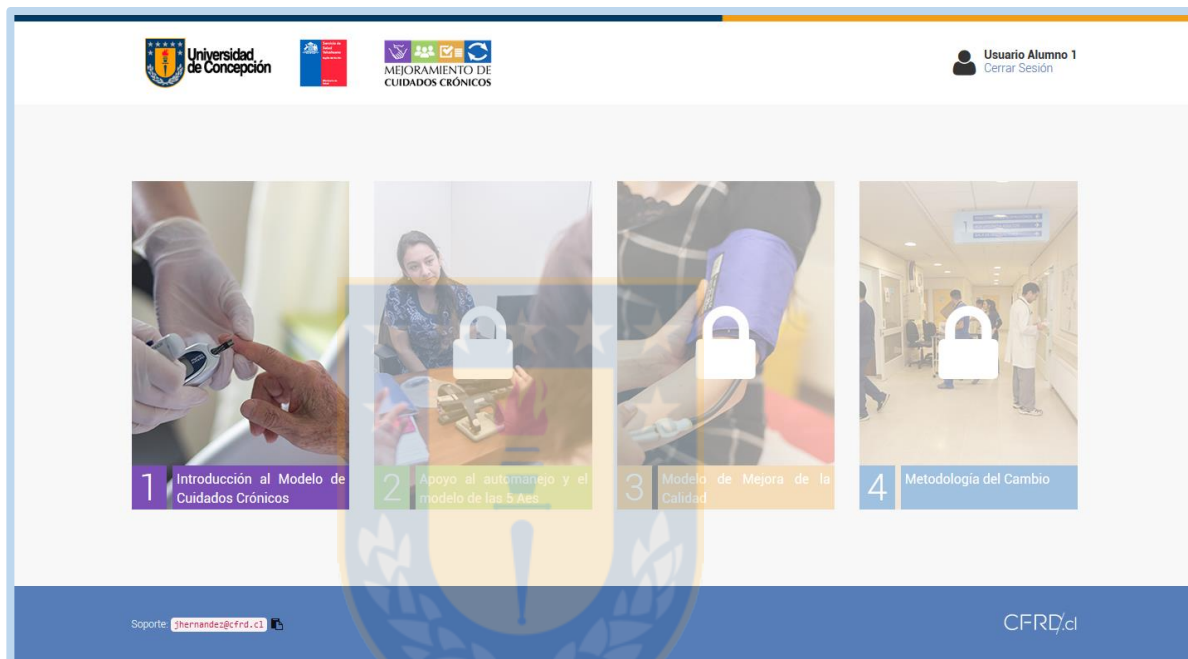
A continuación, se puede observar la página de inicio del sitio, en los anexos se detalla completo el software (anexo H). **Figura 6.8: Acceso plataforma virtual**



Fuente: Elaboración propia.

B Home software plataforma

Figura 6.9: Home software plataforma virtual



Fuente: Elaboración propia.

C. Ingreso al módulo

Al ingresar a un módulo nos encontramos con la barra de navegación. Si miramos bien nos daremos cuenta que, al posicionarnos sobre algún ítem, su color de acentúa, esto indica que podemos hacer clic y estos quedaran destacados en la posición que nos encontremos.

Figura 6.10: Barra de modulos



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.11: Presentación Inicio de modulo



Fuente: Elaboración propia.

6.1 Etapa 2 Formación: Incorporación del componente apoyo a la toma de decisiones

Esta etapa corresponde al segundo ciclo de mejoramiento de los cuidados crónicos, el cual precisó de una solución que afectara el comportamiento de los individuos, lo que significa que: “los equipos de salud deben estar preparados para afrontar este reto” ⁽³²⁾. Así, en primer término fue necesario la adquisición de competencias para redefinir la atención sanitaria conducente hacia el apoyo al automanejo de los usuarios crónicos, con un cuidado coordinado a lo largo del tiempo, centrado en las necesidades, valores y diferencias de quienes padecen este tipo de enfermedades. Por lo tanto esta etapa denominada: Formación, incluyó al equipo de salud intervenido como principal agentes de cambio, quienes hicieron uso de un programa de formación o lecciones de aprendizaje que permitió el apoyo a la toma de decisiones de forma interdisciplinaria. Este programa incluyó un set de tecnologías para el soporte a la entrega de la información denominada software virtual, así como también un set de recursos pedagógicos e

interactivos para hacer que la evidencia disponible sea probada y utilizada por los equipos en formación antes de ser trasferida a la práctica real

Figura 6.12: Etapa 2 Formación



Fuente: Elaboración propia.

La etapa de formación está compuesta por 2 fases (ver figura 6.12) que apuntan a potenciar el desarrollo de competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales: Inmersión e Ideación. La duración fue de 3

meses con sesiones virtuales (Flipped classroom) semanales y sesiones presenciales cada quince días, las cuales fueron distribuidas en actividades teóricas con aprendizaje entre pares y actividades prácticas de aprendizaje basado en problemas de su propia práctica y simulación clínica. Esta etapa estuvo a cargo del director del proyecto, académicos, tesista y tutores. Requirió de trabajo en equipo interdisciplinario, empatía, responsabilidad y contexto de clima organizacional. La tabla 2.2. Resume las actividades presenciales y virtuales.



6.2.1. Fase Inmersión

Esta fase tuvo como finalidad entregar las competencias cognitivas y actitudinales en lo que respecta el manejo de las enfermedades crónicas. Para aquello se contó con un programa de formación presencial y virtual, considerando la disponibilidad de los profesionales, los tiempos destinados y disminuir las ausencias laborales. Esta fase se complementó durante todo el proceso con la fase de ideación, la cual tuvo una duración de 3 meses.

Programa de formación:

Nombre del programa: “Mejoramiento de los cuidados crónicos”

Número de módulos presenciales y prácticos: 1 módulos cada 15 días
(de 9 horas pedagógicas)

Número de módulos virtuales interactivos : 1 módulo por semana (de
4 horas pedagógicas)

A. Intenciones del curso.

El propósito fue otorgar capacitación a los equipos de salud cardiovascular, respecto de los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos. Esta intervención centró su interés en solucionar problemas identificados desde la práctica de la atención de usuarios crónicos en atención primaria, incorporando la mirada desde las diferentes disciplinas para potenciar el desarrollo de capital humano capacitado que facilite y disemine los nuevos conocimientos de cuidados crónicos. Así como también esta intervención intenta mejorar la efectividad del programa cardiovascular (PSCV), medido a través de los resultados clínicos.

B. Objetivos Generales del Curso.

Objetivo General:

Implementar los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, a través de la incorporación de una herramienta metodológica en la atención proporcionada por los equipos de salud a los usuarios con enfermedad crónica cardiovascular.

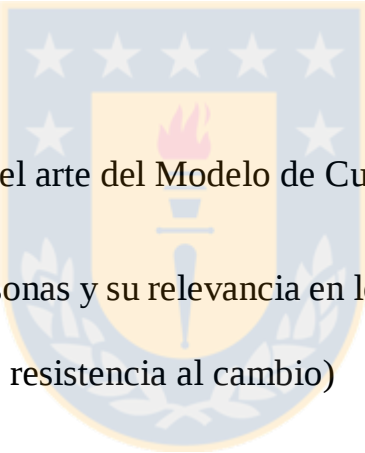
Objetivos específicos del curso.

- ❖ Identificar los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos y reconocer su importancia.
- ❖ Identificar barreras y facilitadores en el ámbito local para la implementación del Modelo.
- ❖ Identificar áreas de mejoramiento de la organización
- ❖ Reconocer las ventajas de estandarizar los procesos de atención.
- ❖ Reconocer la utilidad de medir la calidad de atención, a través de

herramientas de gestión.

- ❖ Desarrollar un plan de mejoramiento que incorpore los elementos del MCC en la atención de salud de la organización

C. Contenidos.

- 
- ❖ Estado del arte del Modelo de Cuidado Crónico (MCC)
 - ❖ Las personas y su relevancia en el proceso de innovación y de cambio (resistencia al cambio)
 - ❖ Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).
 - ❖ Herramientas para evaluar la incorporación del MCC.
 - ❖ Congruencia del MCC y la atención proporcionada en su organización de salud
 - ❖ El autocuidado, la autoeficacia, adherencia y automanejo
 - ❖ Modelo de Prochaska y Modelo de las 5 Aes

- ❖ Calidad y contexto en las enfermedades crónicas
- ❖ Modelo de Mejora de la calidad
- ❖ Metodología Avance Innovador (serie BTS)
- ❖ Metodología Kanban



D. Metodología de Enseñanza.

El curso se estructuró sobre la base de metodologías de tipo flipped classroom, aprendizaje entre pares, clases expositiva e inductiva y simulación clínica:

- ❖ **Flipped classroom:** Estas se llevaron a cabo con participación de los equipos de a través del software Mejoramiento de los cuidados crónicos. El detalle del software se encuentra en el (Anexo H).

- ❖ **Aprendizaje entre pares con uso de tecleras:** Esta actividad se efectuó en la clase presencial y tuvo como finalidad compartir los conocimientos adquiridos a través del software mejoramiento de los cuidados crónicos.
- ❖ **Simulación clínica:** Su objetivo fue favorecer la aplicación de lo aprendido para integrar información y aplicar soluciones ajustadas a lo aprendido durante la intervención (Anexo J).
- ❖ **Taller/Trabajo práctico:** se realizó previamente la documentación del taller, luego a través de una guía y plataforma virtual se efectuó el taller o práctico (Anexo N).
- ❖ **Practica Basada en Evidencia (PBE):** se entregaron contenidos teóricos sobre el tema, se estimuló y guío a los equipos de salud durante su experiencia clínica a integrar la evidencia otorgada para responder a las necesidades de atención de salud actual (Anexo K).
- ❖ **Clases expositivas:** estas se llevaron a cabo con participación de los equipos de salud cardiovascular. El moderador de la intervención integró la opinión y comentarios de los equipos, ya sea otorgándoles un espacio de la clase, o a través del diálogo y la opinión durante el

desarrollo de la misma.

- ❖ **Tutorías:** se llevaron a cabo de forma presencial y a través de la plataforma virtual con la finalidad de participar en la formación integral de los participantes potenciando su desarrollo.

E. Metodología de Evaluación

Las evaluaciones tuvieron el propósito de verificar conocimientos, capacidad de integración de los mismos y habilidades comunicativas de los equipos de salud cardiovascular participantes.

- ❖ **Pruebas online:** De respuesta guiada, breve o extensa, que incluyeron la resolución de situaciones problemáticas y elaboración de organizadores gráficos.
- ❖ **Rubricas:** Instrumento que describe cualitativamente los criterios para caracterizar los distintos niveles de ejecución en una tarea de aprendizaje. Permitió analizar y retroalimentar su desempeño. Ver (anexo K).

- ❖ **Pautas de Cotejo (Anexo L):** Listado de posibles actuaciones de los equipos de salud cardiovascular para la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de un prototipo, cuya presencia o ausencia se requiere comprobar.
- ❖ **Informes Escrito de ideación (Anexo M):** Construcción escrita que da cuenta de distintos procesos. Puede tener una orientación conceptual, procedimental, y actitudinal



F. Programa de actividades (Sesiones de Aprendizaje)

A continuación se presentará el cronograma de las actividades programadas y ejecutadas, así como también las actividades desarrolladas por cada sesión de aprendizaje:

- ❖ Sesión aprendizaje 1: Introducción al estado del arte en la Gestión del Cuidado Crónico (Modelo de Cuidados Crónicos) y el lado humano del mejoramiento de los cuidados crónicos.
- ❖ Sesión aprendizaje 2: Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos,

herramientas de evaluación y diagnóstico de su organización

- ❖ Sesión aprendizaje 3: El Automanejo y el Modelo de las 5 Aes
- ❖ Sesión aprendizaje 4: Introducción al Modelo de Mejora de la Calidad
- ❖ Sesión aprendizaje 5: Metodología de cambio (Ciclos BTS)-
Aplicación de ideación
- ❖ Sesión aprendizaje 6: Evaluando el Cambio, presentación de
propuesta de mejoramiento.

A continuación se describe el proceso de enseñanza aprendizaje y el desarrollo de cada una de las sesiones presenciales y virtuales en detalle.

G. Sesiones de aprendizaje

El proceso enseñanza aprendizaje se estructuró en sesiones o módulos, los cuales se entregaran utilizando 2 metodologías, el flipped Classroom disponibles en software en línea y de clase presencial con simulación clínica. La primera de ella la metodología flipped Classroom o Aula invertida, consiste en aprender los contenidos conceptuales fuera del aula de clases,

liberando tiempos presenciales para realizar aprendizajes más significativos en las sesiones presenciales, ya que el estudiante deberá efectuar primero la sesión virtual con la finalización de una evaluación parcial y luego de ello asistir a la clase presencial previamente fijada. La Tabla 6.2 muestra el cronograma de las sesiones de aprendizaje.

Respecto de las clases presenciales, se desarrollaron bajo 2 modalidades: durante la mañana se realizó aprendizaje entre pares con uso de tecleras y por la tarde se trabajó con el aprendizaje basado en problemas y simulación clínica en sala acondicionada para desarrollar estos procesos.

Cabe señalar que el número de sesiones de aprendizaje se distribuyeron de igual manera entre sesiones virtuales y presenciales. A partir de la sesión 2 los equipos iniciaron las mejoras internas en sus establecimientos, lo cual quedó plasmado al finalizar esta etapa con la presentación de un proyecto de mejoramiento interno. Es necesario mencionar que la primera sesión presencial tuvo como finalidad efectuar una introducción y contextualización de la temática en Chile y el mundo, así como también reforzar la importancia que tienen las personas en el proceso de cambio y mejoramiento. Asimismo en la sesión de introducción se entregaron las directrices y reglas para el

desarrollo de la formación continua, al igual que la capacitación para el uso del software virtual. Al finalizar las lesiones de aprendizaje se definió una sesión para presentar el proyecto de mejoramiento interno de los equipos intervenidos, el cual fue monitoreado a través de un seguimiento utilizando ciclos de mejoramiento. El detalle del seguimiento se presenta en la Tabla 6.2.



Tabla 6.2 Cronograma de actividades presenciales y virtuales

CRONOGRAMA ACTIVIDADES INTERVENCIÓN VIRTUALES Y PRESENCIALES												Horas
AÑO 2016												
ACTIVIDADES VIRTUALES Y PRESENCIALES	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	2	4		
Sesión aprendizaje presencial 1: Introducción al estado del arte en la Gestión del Cuidado Crónico (Modelo de Cuidados Crónicos) y el lado humano del mejoramiento de los cuidados crónicos.											9	
Sesión de aprendizaje virtual 1: Modelo de Cuidados Crónicos											4	
Sesión aprendizaje presencial 2: Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, herramientas de evaluación y diagnóstico de su organización											9	
Sesión de aprendizaje virtual 2: Apoyo al Automanejo											4	
Sesión aprendizaje presencial 3: El Automanejo y el Modelo de las 5 Aes.											9	
Sesión de aprendizaje virtual 3: Modelo de Mejora											4	
Sesión de aprendizaje presencial 4: Calidad e introducción al Modelo de Mejora de la Calidad											9	
Sesión de aprendizaje virtual 4: Metodología de cambio											4	
Sesión aprendizaje presencial 5: Metodología de cambio (Ciclos BTS y aplicación de Ideación											9	
Sesión de aprendizaje presencial 6: Evaluando el Cambio, presentación de propuesta de mejoramiento											9	
Total Horas Planificación											70	

Fuente: Elaboración propia.

G.1). Sesión de aprendizaje presencial n°1

Tabla 6.3 Sesión de aprendizaje presencial 1: Introducción al estado del arte de la Gestión del Cuidado Crónico (Modelo de Cuidados Crónicos) y el lado humano de los mejoramientos.

Sesión 1: Introducción al estado del arte de la Gestión del Cuidado Crónico (Modelo de Cuidados Crónicos) y el lado humano de los mejoramientos	
Objetivo General	Identificar el Modelo de Cuidados Crónicos y sus principales objetivos (MCC).
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Identificar el MCC y sus objetivos • Identificar la importancia de las personas en la aplicación del MCC
Contenidos	1. Modelo de Cuidados Crónicos 2. Objetivos del Modelo de Cuidados Crónicos
Actividades	• 09:00 horas: Inicio de la sesión con la bienvenida de las de las personas a cargo de la capacitación, se dará la palabra a los diferentes coordinadores. • 09:45 horas: Exposición SEREMI de Salud Pública, quien presentará la relevancia del Modelo de Cuidados Crónicos en Chile. • 10:30 horas: Café • 11:00 horas: Exposición de experto, quien presentará el Modelo de Cuidados Crónicos y sus objetivos • 12:30-14:00 horas: Almuerzo libre • 14:15 horas: Presentación del lado humano de los mejoramientos y resistencia al cambio. • 15:00 horas: Café • 15:30 horas: Aplicación de herramientas para fortalecer la gestion de

	un equipo (DISC). • 16:15 horas: Foro
Material a utilizar	Notebook, Data , Carpetas ,Lápices y cuaderno, Apoyo plataforma virtual
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas 4 horas pedagógica plataforma virtual
Evaluación	• Se solicitara a los equipos de salud cardiovascular que identifiquen su perfil DISC para gestionar su equipo. • Construcción de portafolio de trabajo por cada integrante del equipo

Fuente: Elaboración propia.

Las figuras que a continuación se presenta, muestran el trabajo desarrollado en la sesión presencial n°1, en donde principalmente se desarrollaron generalidades del MCC, con énfasis en involucrar a los equipos de salud que fueron intervenidos:

Figura 6.13: Simulación con herramientas de evaluación y diagnóstico de la organización

The image shows a simulation of a presentation or software interface. The top section has a header with three logos: the Chilean Ministry of Health (Servicio de Salud Talcahuano), the University of Concepción, and a logo for 'MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS' (Improvement of Chronic Care). The main title in the top section is 'El lado humano del mejoramiento de los cuidados crónicos.' (The human side of the improvement of chronic care).

The middle section contains a large question: '¿Como gestiono al equipo y a mi mismo para el cambio?' (How do I manage the team and myself for change?).

The bottom section shows a slide titled 'Estilos personales de comportamiento' (Personal behavior styles) with a list of bullet points:

- Determinan la conducta
- Están basados en nuestras creencias y experiencias, incluyen valores, temores, objetivos, hábitos, etc.
- Son dinámicos ya que pueden responder frente a personas, experiencias, nuevas ideas. (49% genético – 60% ambiente)
- En medida que lo comprendemos, podemos adaptarnos mejor.

Below the text is a 'Perfil DISC' (DISC Profile) graphic with four colored circles: red (D), yellow (I), green (S), and blue (C). To the right of the slide is a placeholder for a poll, titled 'Your poll will show here', with two numbered steps: 1. 'Install the app from pollex.com/app' and 2. 'Make sure you are in Slide Show mode'. It also includes a link for help: 'Still not working? Get help at pollex.com/app/help or Open poll in your web browser'.

Fuente: Elaboración propia.

G.2). Sesión de aprendizaje virtual n°1

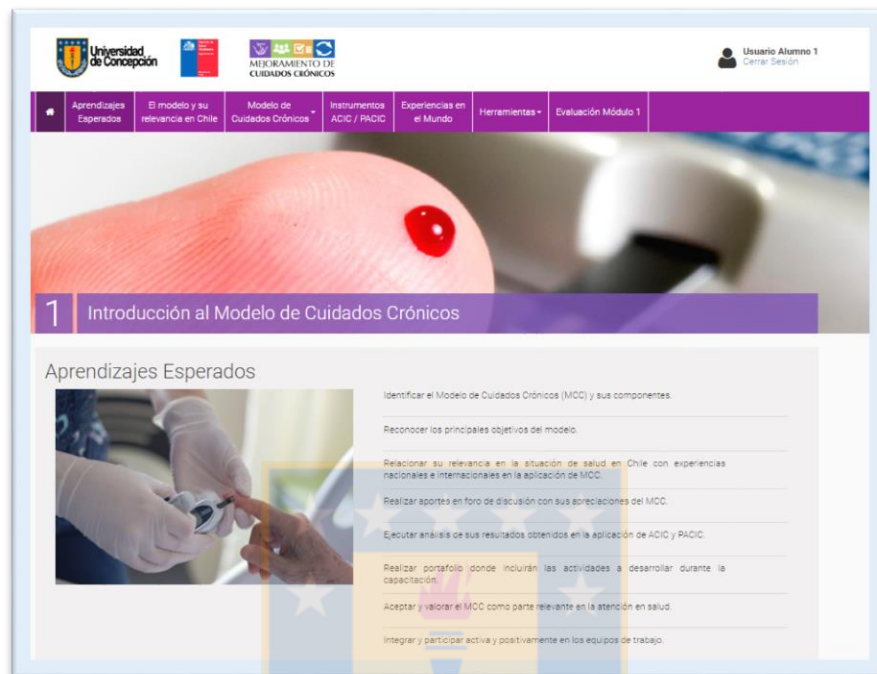
Introducción al MCC:

A. Aprendizajes esperados:

- Identificar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) y sus componentes.
- Reconocer los principales objetivos del modelo.
- Relacionar su relevancia en la situación de salud en Chile con experiencias nacionales e internacionales en la aplicación de MCC.
- Realizar aportes en foro de discusión con sus apreciaciones del MCC.
- Ejecutar análisis de sus resultados obtenidos en la aplicación de los cuestionarios
- Realizar portafolio donde incluirán las actividades a desarrollar durante la capacitación.
- Aceptar y valorar el MCC como parte relevante en la atención en salud.
- Integrar y participar activa y positivamente en los equipos de trabajo

B. Los contenidos traducidos en Objetos digitales de aprendizaje que son textos adaptados pedagógicamente y acompañados de fotos, ilustraciones e infografías, un ejemplo de estos se muestran a continuación. La figura 6. 14 muestra cómo se visualiza el ingreso, a través del software

Figura 6.14: Sesión aprendizaje virtual Introducción al MCC



Fuente: Elaboración propia.

C. Las Herramientas:

- 1. Foro del módulo:** en este foro se genera el debate de discusión exclusivo de la temática del módulo1.
- 2. Descargas:** las descargas es material complementario que queda en acceso del estudiante para su estudio.

D. Evaluación del módulo 1: Las evaluaciones fueron instrumentos de evaluación de selección múltiple con la opción de revisar de forma

automática el puntaje de la prueba realizada con varios intentos. La figura 6.15 muestra un ejemplo de los resultados de la evaluación del equipo intervenido.

Figura 6.15: Evaluación virtual, termino de módulo introducción al MCC.

Apellido(s)	Nombre	Dirección de correo	Estado	Pregunta	Pregunta	Pregunta	Pregunta	NOT.
Rodriguez Ruiz	Vanessa	hualpenciudad@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Navarrete Valenzuela	Angela	angenavarretev@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
CARTER GREEN	PATRICIO	pcarterc@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	0,0	12,5	62,5
Rivas Parra	Rosa	rosarivas184@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Cuevas Castillo	Sandra	sandra.pcc@hotmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Campos Díaz	Erika	ecampos@hualpenciudad.cl	Finalizado	0,0	25,0	25,0	25,0	75,0
BRIONES AGÜERO	CRISTIAN	cbrionesh92@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Bustos Cofré	Héctor	mauriciobustoscobre@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
pérez Bustos	Constanza	constanza.perez.bustos@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
De la Fuente Toro	Sofía	delafuente.sofia@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
VELASQUEZ BENAVENTE	CLAUDIA	clauvelasquezparis@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	6,3	81,3
BENAVENTE ESPINOZA	MARIA	moristy3@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	6,3	81,3
Canales Marquez	Guisella	guisellyn@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Quiñones Beltrán	Leslie	lesliequinonesb@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Santana Toloza	Gisela	gisantanatolo@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
SANDOVAL MUÑOZ	DINA	dinameche46@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	18,8	93,8
VALDEBENITO	VERONICA	vvaldebenito.enf@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
HERNANDEZ BAHAMONDE	PATRICIA	pattynutri.ph@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
CAAMAÑO RUIZ	PAULINA	paulianacr@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Gutierrez Herrera	Arlette	arletita28@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Hernández Rebolledo	Magdalena	magda1810hernandez@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	6,3	81,3
Soto Herrera	Carla	sotocarla1982@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
DIAZ SANDOVAL	ALVARO	adsusaf@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
BUSTOS BRIONES	ERICA	erica.bustosromero@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	12,5	87,5
ESPINOZA VALDEBENITO	DANIEL	danielespinozasamu@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
VAL ENZUELA HERNANDEZ	ILIAN	hvalenzuela.hernandez@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Promedio del grupo = 93

G.3) Sesión de aprendizaje presencial n°2

Tabla 6.4 Sesión aprendizaje presencial n°2: Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, herramientas de evaluación y diagnóstico de su organización

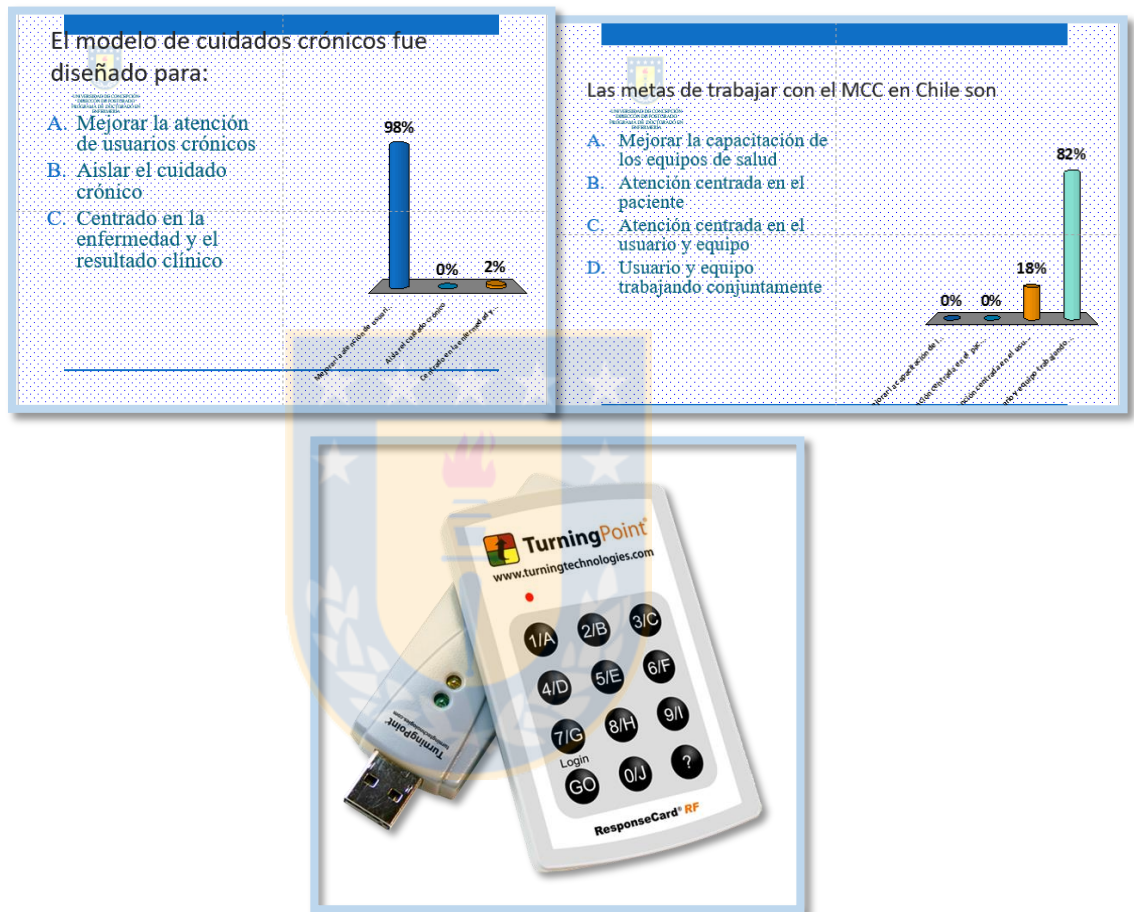
Sesión 2: Componentes del Modelo de Cuidados Crónicos, herramientas de evaluación y diagnóstico de su organización	
Objetivo General	Reconocer el Modelo de Cuidados Crónicos y los componentes que integran el modelo (MCC)
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Ampliar el conocimiento de los equipos en los componentes del MCC. • Identificar acciones a implementar para fortalecer los componentes del MCC, según la realidad de cada centro de salud
Contenidos	1. Modelo de Cuidados Crónicos 2. Componentes del MCC
Actividades	• 09:00 horas: Inicio de la sesión con la bienvenida de las de las personas a cargo de la capacitación, • 09:45 horas: Exposición de Asesora de Servicio de Salud. • 10:30 horas: Café • 11:00 horas: Exposición de Tesista. • 12:30-14:00 horas: Almuerzo libre • 14:15 horas: Presentación de experiencias exitosas que pudieran probarse en los establecimientos • 15:00 horas: Café • 15:30 horas: Práctica Basada en Evidencia (PBE)

	presentación de los instrumentos de evaluación de la atención y sus resultados. • 16:15 horas: Foro
Material a utilizar	Notebook, Data , Carpetas, Lápices y cuaderno, Apoyo plataforma virtual
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas 4 horas pedagógica plataforma virtual
Evaluación	• Aprendizaje entre pares, a través de teclera • Práctica Basada en Evidencia (PBE), análisis de sus resultados • Implementación de portafolio de trabajo por cada integrante

Fuente: Elaboración propia.

La figura que a continuación se presenta revela, algunas de las actividades desarrolladas durante las cátedras de la sesión presencial n° 2, en donde los contenidos adquiridos fueron analizados utilizando el aprendizaje entre pares con uso de teclera:

Figura 6.16: Ejemplos de evaluación sesión presencial n° 2, elementos del Modelo de Cuidados Crónicos con uso de teclera.



Fuente: Elaboración propia.

G.4). Sesión de aprendizaje virtual n°2

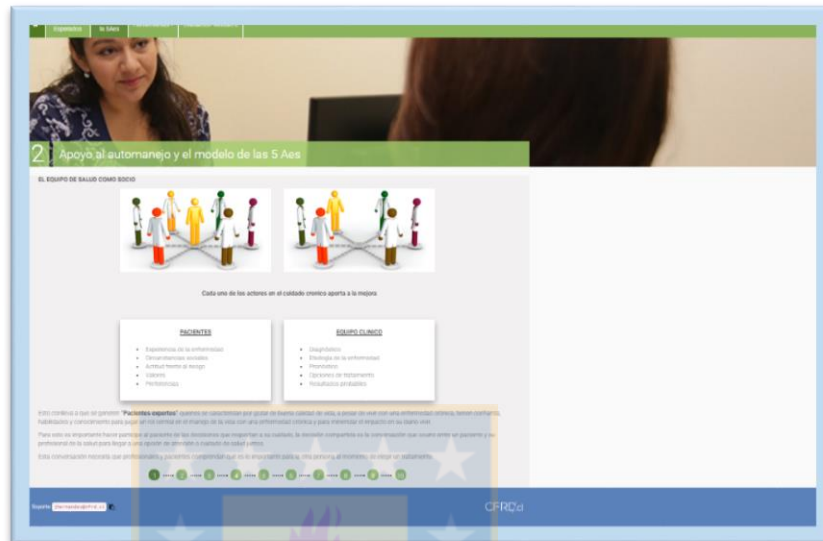
Apoyo al Automanejo y Modelo de las 5 Aes

A. Aprendizajes esperados:

- Identificar el modelo de las 5Aes como estrategia para aplicar el MCC.
- Reconocer las principales características de los 5 componentes del modelo.
- Aceptar y valorar el modelo de las 5Aes como parte relevante en la atención en salud.
- Integrar y participar activa y positivamente en los equipos de trabajo.

B. Los contenidos traducidos en Objetos digitales de aprendizaje que son textos adaptados pedagógicamente y acompañados de fotos, ilustraciones e infografías, un ejemplo de estos se muestran a continuación en la figura 6.17.

C. Figura 6. 17: Apoyo al Automanejo y Modelo de las 5 Aes



D. Fuente: Elaboración propia.

E. Las Herramientas:

- 1. Foro del módulo:** en este foro se genera el debate de discusión exclusivo de la temática del módulo 2.
- 2. Descargas:** las descargas es material complementario que queda en acceso del estudiante para su estudio.

F. Evaluación del módulo 2: las evaluaciones son un cuestionario de selección múltiple con la opción de revisar de forma automática el

puntaje de la prueba realizada con varios intentos. La figura 6.18 muestra la evaluación de esta sesión.

Figura 6. 18: Evaluación virtual, apoyo al Automanejo y Modelo de las 5 Aes

Apellido(s)	Nombre	Dirección de correo	Estado	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	NOTA
AGÜERO	MARIA	cecyagu@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
BARRERA	ROMINA	rominacesfam@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
BENAVENTE ESPINOZA	MARIA	mcristy3@gmail.com	Finalizado	20	0	20	20	20	80
BRIONES AGÜERO	CRISTIAN	cbrionesh92@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
Briones Luengo	Ingrid	ingrid.briones@redsalud.gov.cl	Finalizado	20	0	20	20	20	80
BUSTOS BRIONES	ERICA	erica.bustosromero@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
Bustos Cofé	Héctor	mauriciobustoscoffe@gmail.com	Finalizado	20	0	20	20	20	80
CAAMAÑO RUIZ	PAULINA	paulianacr@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
Campos Díaz	Erika	ecampos@hualpencuidad.cl	Finalizado	20	20	0	20	20	80
Canales Marquez	Guisella	guiselyn@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
CARTER GREEN	PATRICIO	pcarterc@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
CIFUENTES	INGRID	sprovoste71@hotmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
Cifuentes Guajardo	Carmen Gloria	cgcfu@hotmail.com	Finalizado	20	0	20	20	20	80
CONJEROS BUSTOS	MARJORIE	marjorieconejeros@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
Cuevas Castillo	Sandra	sandra.pcc@hotmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
DE LA FUENTE DE LA FUENTE	GENOVEVA	pilardela Fuente73@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
De la Fuente Toro	Sofia	delafuente sofia@gmail.com	Finalizado	20	-	20	20	20	80
DIAZ SANDOVAL	ALVARO	adsusaf@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100
ECHIVERRIA LAURIE	CAMILA	camy.echeverria@gmail.com	Finalizado	0	0	20	20	20	60
ESPINOZA MÁRQUEZ	DANIEL	daniel.espinosamu@gmail.com	Finalizado	20	20	20	20	20	100

Fuente: Elaboración propia.

Promedio del grupo = 93

G.5). Sesión de aprendizaje presencial n°3

Tabla 6.5 Sesión aprendizaje presencial 3: El automanejo y el Modelo de las 5 Aes

Sesión 3: El automanejo y el Modelo de las 5 Aes	
Objetivo General	Ampliar el conocimiento de los equipos en lo que respecta al mejoramiento del automanejo, centrarse en el cambio con un enfoque centrado en las personas.
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Conocer e identificar el Modelo 5 Aes. • Desarrollar la aplicación de este Modelo en la atención de usuarios/as con enfermedad crónica
Contenidos	1. El automanejo 2. Modelo de las 5 Aes
Actividades	• 09:00 horas: Inicio de la sesión con la bienvenida de las de las personas a cargo de la capacitación, se dará la palabra a los diferentes coordinadores. • 09: 30 horas: Sergio Rivera. • 10:30 horas : Café • 11:00- 12:30 horas: Presentación del Modelo 5 Aes y desarrollo de los pasos del Modelo. 1. Averiguar 2. Asesorar 3. Acordar 4. Ayudar 5. Arreglar • 12:30 -14:00 horas: Almuerzo libre.

	• 14:15 horas : Continuación de la aplicación del Modelo 5 Aes • 14:15 horas : Continuación desarrollo de los pasos del Modelo 5 Aes • 15:00 horas : Sección de post-entrenamiento ¿Cómo empezamos? ¿Qué debemos hacer primero?
Material a utilizar	Notebook, Data , Carpetas , Lápices y cuaderno Apoyo plataforma virtual
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas 4 horas pedagógica plataforma virtual
Evaluación	• Estudios de caso, a través de videos • Simulación Clínica con uso de rúbricas

Fuente: Elaboración propia.

G.6). Sesión de aprendizaje virtual n°3

Introducción al Modelo de mejora de Calidad

A. Aprendizajes esperados:

- Identificar el Modelo de Mejora de la calidad y sus componentes.
- Reconocer los principales objetivos del modelo de mejora de la calidad.
- Realizar aportes en el foro de discusión, considerando sus apreciaciones del modelo de mejora de la calidad y su relevancia para aplicar el MCC.
- Integrar y participar activa y positivamente en los equipos de trabajo.

B. Los contenidos traducidos en Objetos digitales de aprendizaje que son textos adaptados pedagógicamente y acompañados de fotos, ilustraciones e infografías, un ejemplo de estos se muestran a continuación en la figura 6.19.

Figura 6.19: Simulación virtual Modelo de Mejora de la Calidad



Fuente: Elaboración propia.

Este esquema interactivo muestra el ciclo de mejora, al seleccionar una de las áreas el ciclo gira mostrando el detalle de la información.

C. Las Herramientas:

1. Foro del módulo: En este foro se genera el debate de discusión exclusivo de la temática del módulo 3.

2. Descargas: Las descargas es material complementario que queda en acceso del estudiante para su estudio.

D. Evaluación del módulo 3: Las evaluaciones fueron instrumentos de selección múltiple con la opción de revisar de forma automática el puntaje de la prueba realizada con varios intentos. La figura 6.20 revela la evaluación finalizada por el equipo intervenido.



Figura 6.20: Evaluación virtual Modelo de Mejora de la Calidad

Nombre	Dirección de correo	Estado	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Calificación/100,00
MARIA	cecayagu@gmail.com	Finalizado	17	0	17	0	17	17	67
ROMINA	rominacesfam@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
MARIA	mcristy3@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
CRISTIAN	cbrionesh92@gmail.com	Finalizado	17	0	17	17	17	17	83
Ingrid	ingrid.briones@redsalud.gov.cl	Finalizado	17	0	17	0	17	17	67
ERICA	enica.bustosromero@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
Héctor	mauriciobustoscoffe@gmail.com	Finalizado	17	0	17	17	17	17	83
PAULINA	paulianacr@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
Enika	ecampos@hualpenciudad.cl	Finalizado	17	0	17	17	17	17	83
Guisella	guiselyn@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
PATRICIO	pcarterc@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
INGRID	sprovoste71@hotmail.com	Finalizado	17	0	17	17	17	17	83
Carmen Gloria	cgcifu@hotmail.com	Finalizado	17	0	17	17	17	0	67
MARJORIE	marjorieconejeros@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
Sandra	sandra.pcc@hotmail.com	Finalizado	17	0	17	17	17	17	83
GENOVEVA	pilardela Fuente73@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
Sofía	delafuente.sofia@gmail.com	Finalizado	17	17	17	17	17	17	100
ALVARO	adsusaf@gmail.com	Finalizado	17	17	17	0	17	17	83

Fuente: Elaboración propia.

Promedio del grupo = 92

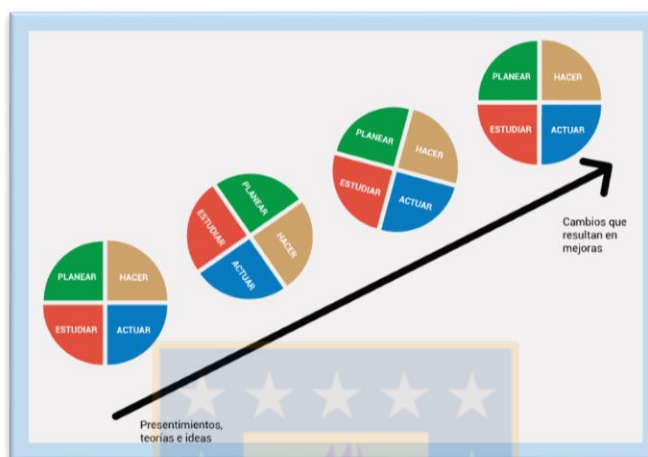
Hasta este punto se evidencia la incorporación por parte del equipo de un marco de competencias para fortalecer el conocimiento y la actitud de la atención de los cuidados de personas con enfermedad crónica. A continuación se presenta la evidencia de la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la fase de Ideación.

6.2.2. Fase de Ideación

La fase de ideación estuvo integrada por 4 ciclos (basado en el aprendizaje en problemas): Evaluación, lluvia de ideas, taller FINER, propuesta de mejoramiento o proyecto interno en equipo (basado en la evidencia). Para ello fue necesario considerar el trabajo en equipo, empatía y el contexto en el cual se encontraban proporcionando atención los equipos de salud. Esta etapa se inició en la sesión de aprendizaje presencial número 4.

En esta etapa el equipo fue capaz de integrar todos los conocimientos entregados durante la etapa de inmersión respecto a la evidencia de la utilización del MCC y los beneficios de otorgar una atención congruente con este modelo. Asimismo debieron utilizar los resultados obtenidos del levantamiento de información a través de las herramientas para identificar áreas de mejoramiento. Esta etapa tuvo una duración de 30 días y se establecieron acuerdos y responsabilidades para continuar con la presentación de proyecto y avanzar a la etapa de prototipo. La figura 6.21 muestra la secuencia.

Figura 6.21: Ciclos de mejoramiento



Fuente: Elaboración propia.

6.2.3. Análisis de los instrumentos:

Cuestionario evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC), a los equipos de salud cardiovascular y a los usuarios externos se le aplicó el cuestionario Evaluación de atención de enfermedades crónicas, con énfasis en aquellas áreas que presentan una oportunidad de ser mejoradas, tales como el rediseño del sistema de atención, apoyo al automanejo y sistemas de información clínica, velando en todo momento por el

cumplimiento de la asociación de cada uno de los componentes del MCC, tanto a nivel macro como a nivel local.

6.2.3.1 Mediante la Técnica de Brain Store

(Lluvia de ideas) haga un listado de 5 temas probables para realizar una investigación. Ver figura 6.22.

Figura 6.22: Lluvia de Ideas



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan los insumos entregados a los equipos de salud para desarrollar la etapa de Ideación:

Tabla 6.6 Insumo análisis descriptivo: Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes global y por componente, según establecimiento de atención.

AREAS CON OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	Equipo A		Equipo B	
	Promedio	D. E	Promedio	D. E
Activación del paciente	2,14	1,10	2,73	1,34
Diseño de un sistema de entrega de cuidados/ Apoyo en la decisión	3,08	1,19	4,02	1,02
Diseño de objetivos	2,38	0,97	3,20	0,99
Resolución de problemas considerando contexto del paciente	2,37	1,31	3,08	1,35
Seguimiento-Coordinación	2,78	1,09	2,90	1,19
Puntaje Global	2,53	0,87	3,16	0,96

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.7 Insumo análisis descriptivo EVAEC: Evaluación global y por componente, según establecimiento de atención.

AREAS CON OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	Equipo A		Equipo B	
	Promedio	D. E	Promedio	D. E
Organización del sistema de atención de salud	6,43	1,29	7,03	1,39
Vínculos con la comunidad	5,8	1,95	6,97	2,19
Apoyo al automanejo	4,65	2,02	5,73	1,77
Apoyo a la toma de decisiones	3,7	1,65	4,92	1,73
Diseño del sistema de atención	4,8	1,57	6,25	1,6
Sistema de información clínica	4,99	1,25	6,09	1,46
Integración de los componentes del modelo	4	1,86	4,09	1,62
Puntaje Global	4,91	1,33	6,01	1,15

Fuente: Elaboración propia.

6.2.3.2 Matriz de Priorización:

Con las ideas planteadas construya una matriz de priorización de problemas considerando el método FINER “lo mejor”: Factibilidad de abordar el problema, Interés por el tema, Novedad (Originalidad), Ética y Relevancia (impacto para la profesión), Evalúe cada punto como Alta (3), media (2), baja (1). El material para el desarrollo de esta actividad se encuentra en el (Anexo N).

Tabla 6.8 Matriz de Priorización

Escala de puntuación: 1 Baja; 2 Media; 3 Alta

Temas	Factibilidad de abordar problema	Interés por el tema	Novedad	Ética	Relevancia	Suma total
Tema 1						
Tema 2						
Tema 3						
Tema 4						
Tema 5						

Fuente: Elaboración propia.

6.2.3.3 Una vez desarrollada la actividad previa y con la idea de mayor puntaje redacte el problema. A partir de esta propuesta justifique su idea mediante la resolución de las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué voy a estudiar?
- b) ¿Para qué lo voy a estudiar?
- c) ¿Cómo lo voy a hacer?
- e) ¿Con qué elementos cuento?
- f) ¿Quiénes van a participar?

G.7). Sesión de aprendizaje presencial n°4

Tabla 6.9 Sesión aprendizaje presencial 4: Introducción a al Modelo de Mejora de la Calidad

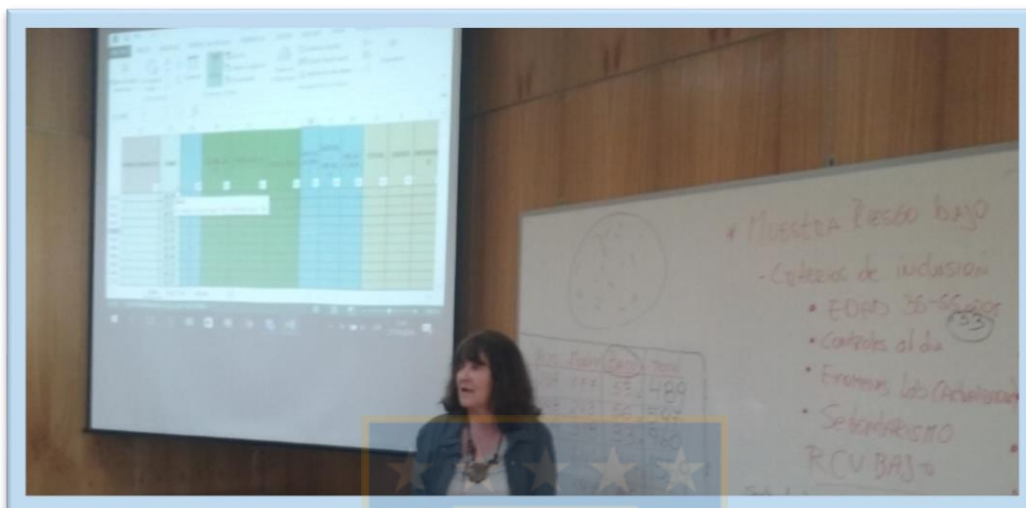
Sesión 4: Introducción al Modelo de Mejora de la Calidad	
Objetivo General	Conocer el Modelo de Mejora y utilizar esta herramienta para introducir cambios.
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Identificar el Modelo de Mejora, Avance Innovador (serie BTS). • Identificar los elementos claves de la Serie Innovativa.
Contenidos	1. Modelo de Mejora de la calidad Avance Innovador(serie BTS) 2.Objetivos del Modelo
Actividades	• 09:00 horas: Inicio de la sesión con la bienvenida de las de las personas a cargo de la capacitación, se dará la palabra a los diferentes coordinadores. • 09:30 horas: Presentación del modelo, Avance Innovado (BTS) • 11:00 horas: Aplicación del modelo, mesa de trabajo Los equipos deberán reunirse 2 a 3 veces posterior a esta sesión para tener claro sus prioridades según resultados, dentro de esta sesión se realizaran preguntas claves: 1. ¿Qué estamos tratando de mejorar?, ¿Qué debe cambiar?, ¿Quién debe participar? 2. Después de haber identificado lo que se desea mejorar; es necesario centrarse en el detalle. 3. ¿Qué cambios se va a introducir? ¿Cómo van a mejorar el funcionamiento de su equipo?

	• 12:00 horas: El objetivo • 12:30 horas: Almuerzo libre • 14:15 horas: Clase expositiva 15:00 horas: Café • 15:30 horas: Estudio de casos
Material a utilizar	Notebook, Data , Carpetas , Lápices y cuaderno, Apoyo plataforma virtual
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas 4 horas pedagógica plataforma virtual
Evaluación	• Estudios de casos • IDEACION (1° ciclo de mejora) • Aplicación de lluvia de ideas y aplicación FINER

Fuente: Elaboración propia.

Las figuras que a continuación se muestran, revelan el trabajo desarrollado por el grupo intervenido durante la fase de ideación de la sesión presencial n° 4:

La figura 6.23: Fotografía del desarrollo de esta actividad:



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. 24: Ideación y primer ciclo de mejora desarrollado por los equipos de salud



Fuente: Elaboración propia.

G.8). Sesión de aprendizaje virtual n°4

Metodología de Cambio:

A. Aprendizajes esperados:

- Identificar el Modelo de Mejora de la calidad y sus componentes.
- Reconocer los principales objetivos del modelo de mejora de la calidad.
- Realizar aportes en foro de discusión con sus apreciaciones del modelo de mejora de la calidad y su relevancia para aplicar el MCC.
- Integrar y participar activa y positivamente en los equipos de trabajo.

B. Los contenidos traducidos en Objetos digitales de aprendizaje que son textos adaptados pedagógicamente y acompañados de fotos, ilustraciones e infografías, un ejemplo de estos se muestran a continuación en la figura 6.25

Figura 6.25: Metodología de Cambio

Aprendizajes Esperados

Establecer un objetivo

Midiendo

Cambios

Probando Cambios

Proyecto Mejora Sector Verde

Conectar Ciclos PHEA

Herramientas -



4

Metodología del Cambio

Aprendizajes Esperados



Identificar el Modelo de Mejora de la calidad y sus componentes.

Reconocer los principales objetivos del modelo de mejora de la calidad.

Realizar aportes en foro de discusión con sus apreciaciones del modelo de mejora de la calidad y su relevancia para aplicar el MCC.

Integrar y participar activa y positivamente en los equipos de trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.26: Simulación sector verde, ejemplo aplicación metodología de cambio



Fuente: Elaboración propia.

Este esquema interactivo muestra un ejemplo simulado, denominado “proyecto de mejora del sector verde”, al seleccionar una de las áreas el ciclo gira mostrando el detalle de la información. Lo anterior permitirá al equipo aplicar el conocimiento durante el periodo virtual de esta sesión.

C. Las Herramientas:

1. Foro del módulo: en este foro se genera el debate de discusión exclusivo de la temática del módulo 4.

2. Descargas: las descargas es material complementario que queda en acceso del estudiante para su estudio.

3. Evaluación metodología de cambio:

Figura 6.27: Evaluación metodología de cambio

Fuente: Elaboración propia.

BUSTOS BRIONES	ERICA	erica.bustosromero@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	12,5	87,5
ESPINOZA VALDEBENITO	DANIEL	danielespinozasamu@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
VALENZUELA HERNANDEZ	JUAN	juanpablovalenzuela.mv@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
CONEJEROS BUSTOS	MARJORIE	marjorieconejeros@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	12,5	87,5
ECHEVERRIA LAURIE	CAMILA	camy.echeverria@gmail.com	Finalizado	0,0	20,8	25,0	18,8	64,6
Parra Muñoz	Estefanía	emparra@nutricion.ucs.cl	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
San Martín Blanco	Patricia	patricia.sanmartinb@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
BUSTOS BRIONES	ERICA	erica.bustosromero@gmail.com	En curso	-	-	-	-	-
UARAC ECHEVERRIA	YAMIL	yamil.uarac.p@gmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Cifuentes Guajardo	Carmen Gloria	cgoifu@hotmail.com	Finalizado	25,0	25,0	25,0	6,3	81,3
Promedio general				23,6	24,8	24,5	21,8	94,6

G.9). Sesión de aprendizaje presencial n°5

Tabla 6.10 Sesión aprendizaje presencial 5: Metodología de cambio (Ciclos BTS)

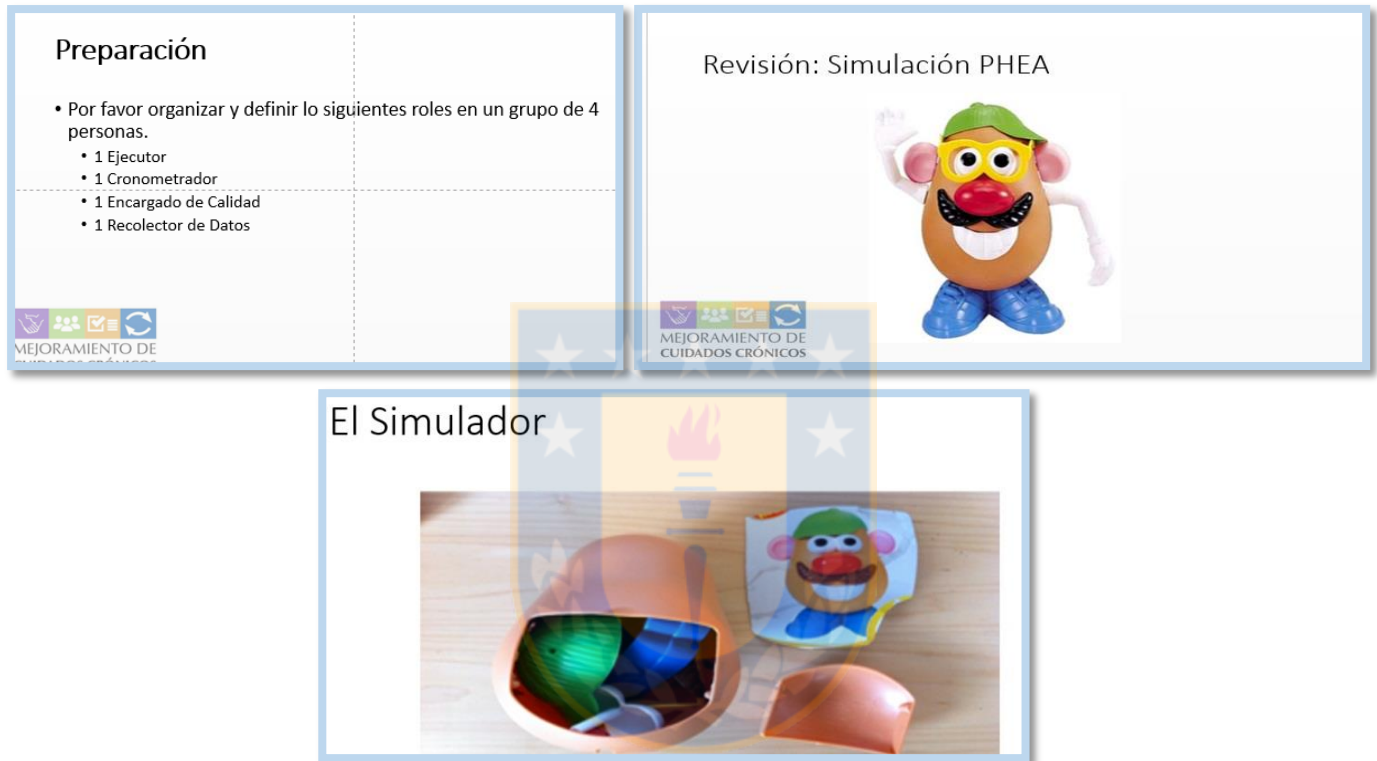
Sesión 5: Metodología de cambio (Ciclos BTS), aplicación de ideación.	
Objetivo General	Desarrollar planes para la mejoría.
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Desarrollar las pruebas de cambio y la necesidad de los Serie BTS para cada uno de ellos. Presentación de la metodología. • Desarrollar indicadores de medición de resultados.
Contenidos	1. Metodología Avance Innovador (serie BTS) 2. Indicadores de medición
Actividades	• 09:00 horas: Inicio bienvenida. • 09:30 horas: Serie BTS El equipo define las funciones y actividades, identifica quién debe participar y cuándo comenzar. • 10:30 horas: Café • 11:00 horas: Indicadores de medición • 12:30- 14:00 horas: Almuerzo Libre • 14:15 horas: sub.-Sesiones de aprendizaje: Esta reunión corresponde al intercambio de ideas, en donde se junta a las personas que están implementando los cambios de mejora con el equipo. Durante esta primera sesión de aprendizaje el equipo de expertos presenta la visión de la atención ideal en al área definida a ser mejorada y los cambios específicos que se implementarán localmente para mejorar

	• 15:00 horas: Café • 15:30 horas: Simulación y Mesa de trabajo con cada equipo de salud cardiovascular.
Material a utilizar	Notebook, Data, Carpetas. Lápices y cuaderno, Apoyo plataforma virtual, Muñecos SAM para simulación
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas 4 horas pedagógica plataforma virtual
Evaluación	• Simulación metodología de cambio • Elaboración de indicadores de resultado • Elaboración de indicadores de proceso • (2° ciclo de mejora)

Fuente: Elaboración propia.

En las figuras que a continuación se presentan, se muestra algunas de las actividades desarrolladas a través del set de simulación entregado al el equipo intervenido durante la sesión n° 5:

Figura 6. 28: Simulación Metodología de cambio. Para ver simulador
revisar (Anexo Ñ).



Fuente: Institute for Healthcare Improvement, 2015.

Figura 6.29: Ideación toma de decisión equipos

Fuente: Elaboración propia.



La figura 6.29 revela el trabajo entregado por el equipo para ser evaluado y mejorado con ayuda de los académicos y tutores, asimismo la figura 6.30 permite apreciar la presentación oficial del proyecto de mejoramiento del equipo intervenido:

Figura 6.30: Ideación formato informe de proyecto de mejora

  **MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS** Universidad de Chile

1.1. TÍTULO DEL PROYECTO

Indicar en forma clara y precisa el nombre de la investigación

1.2. DURACIÓN APROXIMADA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

_____ meses

1.3. PROFESIONALES QUE LIDERAN EL PROYECTO

PROFESIONAL 1:	
Rut:	Teléfono:
e-mail:	
PROFESIONAL 2:	
Rut:	Teléfono:
e-mail:	
PROFESIONAL 3:	
Teléfono:	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.31: Primer informe de modelado de proyecto de mejoramiento



**MEJORAMIENTO DE
CUIDADOS CRÓNICOS**



Universidad de Concepción

1.1. TÍTULO DEL PROYECTO

FORTALECIMIENTO DEL AUTOMANEJO DE CUIDADOS CRONICOS PARA LOS USUARIOS DEL CESFAM TALCAHUANO SUR.

1.2. DURACIÓN APROXIMADA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

___ 6 ___ meses

1.3. PROFESIONALES QUE LIDERAN EL PROYECTO

PROFESIONAL 1: Verónica Valdebenito Cancino	
Rut: 7.298.759-4	Teléfono: 89868763
e-mail: vvaldebenito.enf@gmail.com	
PROFESIONAL 2: Juan Pablo Valenzuela	
Rut: 17.246.987-6	Teléfono: 987607505
e-mail: juanpablovalenzuela.mv@gmail.com	
PROFESIONAL 3: Álvaro Díaz Sanhueza	
Rut: 12.524.453-k	Teléfono: 998216620

Fuente: Elaboración propia.

G.10). Sesión de aprendizaje presencial n°6

Tabla 6.11 Sesión aprendizaje presencial 6: Evaluando la propuesta de mejoramiento

Sesión 6: Evaluando el cambio, presentación de propuesta de mejoramiento	
Objetivo General	Evaluar plan final de mejoramiento.
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes serán capaces de: • Evaluar propuesta de cambio para equipo de salud cardiovascular.
Contenidos	1. Integración de contenidos 2. Proyecto de mejora final
Actividades	• 09:00 horas: Inicio bienvenida. • 09:30 horas: Presentación de propuesta de mejora (proyecto final) por los equipos de salud cardiovascular • 10:30 horas: Café • 11:00 horas: Presentación de propuesta de mejora (proyecto final) por los equipos de salud cardiovascular • 12:30- 14:00 horas: Almuerzo Libre • 14:15 horas: Presentación de propuesta de mejora (proyecto final) por los equipos de salud cardiovascular • 15:30 horas: Foro
Material a utilizar	Notebook, Data , Carpetas , Lápices y cuaderno, Apoyo plataforma virtual
Tiempo destinado	9 horas pedagógicas
Evaluación	• Presentación de la propuesta final de los equipos de salud cardiovascular (proyecto de mejora)

A continuación en la figura 6.32, se muestra la presentación oficial del proyecto de mejoramiento, el cual fue confeccionado por el equipo de salud intervenido. Lo anterior se llevó a cabo frente a los académicos, tutores y Directores de SST, en dependencias de la Universidad de Concepción, con el propósito de retroalimentar el proceso de ejecución o prototipo de proyecto:

Figura 6.32: Presentación de proyecto de mejora en el panel de académicos y tutores.



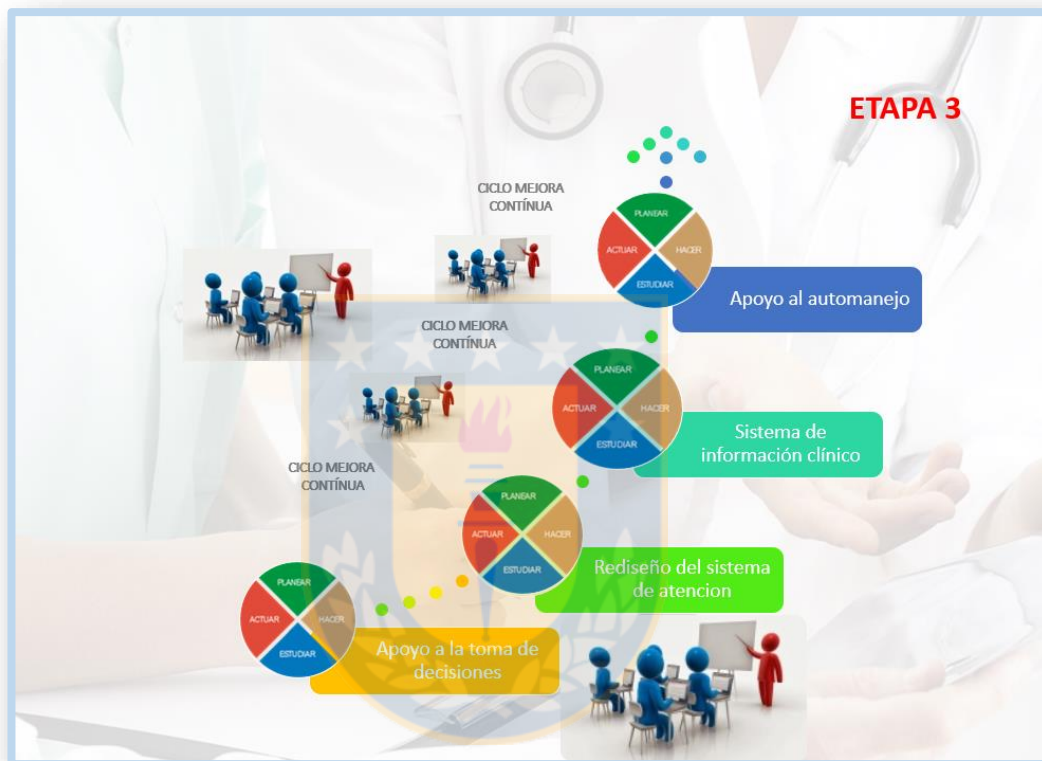
Fuente: Elaboración propia.

Esta presentación, permitió que los académicos pudieran aportar al proyecto de mejoramiento del equipo intervención, de este modo dar inicio a la etapa de ejecución o prototipo.

6.3. Etapa 3 Ejecución: Incorporación de los componentes del mcc rediseño de la atención de salud, sistema de información clínica y apoyo al automanejo.

Esta etapa se inició con la presentación del proyecto de mejoramiento confeccionado por el equipo de salud de cada establecimiento, estas innovaciones fueron probadas a nivel de prototipo utilizando los ciclos de mejora de la serie BTS para saber si realmente conducirán a un mejoramiento, ajustando los cambios a la realidad y contexto de cada centro de salud. La figura 6.33 muestra la articulación de las actividades incorporadas para implementar el MCC.

Figura 6.33: Etapa 3 Ejecución



Fuente: Elaboración propia.

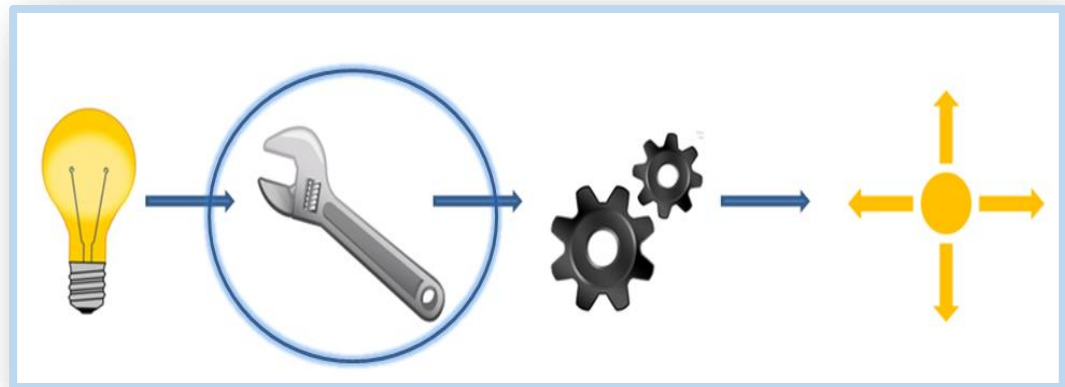
En esta etapa el equipo fue capaz de integrar todos los conocimientos entregados durante la etapa de inmersión respecto a la evidencia de la utilización del MCC y los beneficios de otorgar una atención congruente con este Modelo. Se establecieron acuerdos y responsabilidades. En la etapa de

ejecución el equipo pasó de una idea a algo tangible a nivel de prototipo. Así, cada prototipo debió ir respondiendo a los objetivos del proyecto. Para ello los equipos consideraron los ciclos de mejora de la serie BTS, según figura 6.32.

Si bien las competencias cognitivas y actitudinales ya han sido adquiridas por los equipos de salud, aún faltaba desarrollar y perfeccionar habilidades procedimentales que permitan hacer que el nuevo proceso funcione bien en la atención de salud. Para ello el instituto IHI recomienda observar y aplicar los cambios en pequeña escala para construir nuevo conocimiento y minimizar los riesgos.

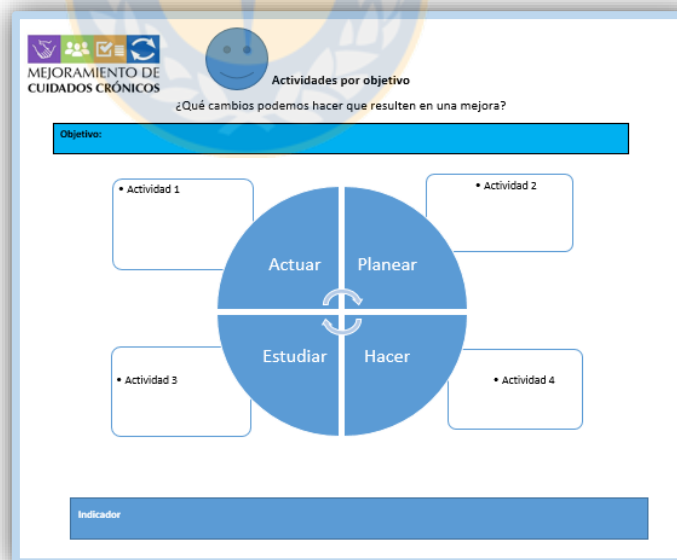
Para el desarrollo de esta etapa el equipo se reunió y utilizó los materiales entregados para realizar prototipo. Entre los materiales proporcionados se puede mencionar las plantillas de identificación del problema, objetivas y actividades que resulten en la solución, así como también se contó con un roadmap para el seguimiento. En las figuras que a continuación se presentan se puede apreciar como los equipos fueron desarrollando esta actividad en la práctica:

Figura 6.34: Ejecución a nivel de Prototipo



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.35: Prototipo por objetivos



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.36: Kanban o tablero de tareas



MEJORAMIENTO DE
CIUDADOS CRÓNICOS

ETAPA PROYECTO 1														
MES						1		2		3				
SEMANAS						1	2	3	4	1	2	1	2	
PLANEAR		HACER			ESTUDIAR	ACTUAR								
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	CICLOS DE MEJORAMIENTO				1	2	3	4	5	6	7	8	
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	EVALUACION										

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.37: Kanban o tablero de tareas de los equipos intervenidos

ETAPA PROYECTO 1													
MES							1		2		3		
SEMANAS							1		2		3		
PLANEAR		HACER			ESTUDIAR		ACTUAR						
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	CICLOS DE MEJORAMIENTO					1	2	3	4	5	6	
		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	EVALUACION									
Definición del alcance	Organizar al equipo para trabajar a la productividad que tiene	Una semana del equipo de trabajo											
		Definición de los temas											
		Aplicar los conocimientos											

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan, algunas figuras 6.38 y 6.39 que muestran al equipo intervenido desarrollando las actividades de ejecución del mejoramiento de cuidados crónicos:

Figura 6.38: Creación de protocolos de atención



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.39: Creación de protocolos de atención



Fuente: Elaboración propia.

6.4. Etapa 4 Seguimiento o plan de acción: Integración de todos los componentes del MCC.

Esta etapa corresponde al período de seguimiento de las actividades planificadas en el prototipo, en donde los equipos de salud cardiovascular pusieron en marcha el proyecto de mejoramiento. Durante esta etapa se efectuó seguimiento de las actividades desarrolladas por los equipos por 3 meses y en él se llevó a cabo un plan de acción cada 15 días, (ciclos de

mejora), durante este período los equipos aprendieron más de sí mismos, a través de los reportes de progreso de los ciclos BTS. Los equipos fueron apoyados en la práctica por tutores de forma quincenal. La tabla 6.12 muestra el cronograma de seguimiento y la figura 6.39 muestra como cada ciclo se articula para ir en respuesta de lo planificado y que resulta en un mejoramiento.

Todas las actividades innovadoras incorporadas por los equipos consideraron:

- Primero que todo el equipo comenzó a cambiar la manera de otorgar cuidados a usuarios con enfermedad crónica de forma individual y transversal.
- Rediseñar la atención, para este efecto comenzaron trabajando con una muestra de usuarios, según riesgo cardiovascular, para el desarrollo de un sistema de control grupal, ello incluyó la incorporación de herramientas de gestión de apoyo al automanejo automanejo, autoeficacia, etapa de cambio adherencia, apoyo entre pares.
- Confección de protocolo de atención.

- Confección de un sistema de información clínica
- Confección de un sistema de información al usuario (Agenda de control).
- Incorporación de la multidisciplina y apoyo entre pares
- Desarrollo un set de recursos audiovisuales para fortalecer la atención

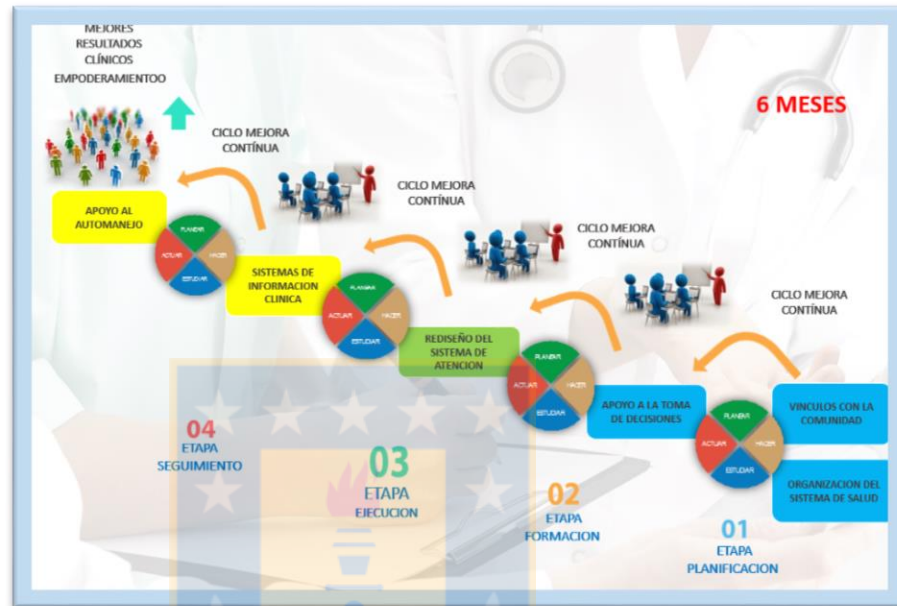


Tabla 6.12 Cronograma seguimiento

CRONOGRAMA SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN									
AÑO 2016-2017									
SEGUIMIENTO CICLOS DE MEJORAMIENTO	Diciembre			Enero		Febrero		Marzo	
SEMANAS	2	3	4	1	3	1	3	1	Horas
CICLO DE MEJORA 1									4
CICLO DE MEJORA 2									4
CICLO DE MEJORA 3									4
CICLO DE MEJORA 4									4
CICLO DE MEJORA 5									4
CICLO DE MEJORA 6									4
CICLO DE MEJORA 7									4
CICLO DE MEJORA 8									4
Total Horas									32

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.40: Etapa 4 Seguimiento integración de todos los componentes del MCC



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan algunas evidencias de las actividades desarrolladas por los equipos de salud durante este proceso:

Figura 6.41: Kanban o Tablero de tareas etapa seguimiento

CALENDARIO DE CONTROLES GRUFALES CENTRALIZADO PARA PROTECTORADO																CALENDARIO DE TRABAJOS DESPACHOS GRUFALES "ACTIVO A RIESGO"				
LUGAR O SECTOR		COORDINADOR PROYECTO			COORDINADOR SUBPROYECTO			COORDINADOR LOCAL			SECTOR 1			SECTOR 2			PROYECTO NOMBRE SOPORTE	RESPONSABLE	PLAZO DE COMPLETACION	PENDIENTE
COORDINADOR		JOSEF PABLO			TAMIR			DINA			VERONICA			PAOLA						
COORDINADOR SUPLENTE																				
TRABAJO PROYECTO		NOMBRE COORDINADOR			FECHA			FECHA			FECHA			FECHA			FECHA			
		FECHA	HORA	LUGAR	FECHA	HORA	LUGAR	FECHA	HORA	LUGAR	FECHA	HORA	LUGAR	FECHA	HORA	LUGAR				
CIENFUE	1	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	13 DE ENERO	02:00	San Mateo	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
																	13 DE ENERO	08:00	San Mateo	
									</											

Fuente: Elaboración propia.

Para cada sesión de reunión se mantenía un sistema de registro de asistencia y de responsabilidad (figura 6.42). Asimismo en cada sesión de trabajo se producía material el cual se transportaba a la sesión siguiente para verificar seguimiento de tareas.

Figura 6.42: Registro de asistentes a los ciclos de mejoramiento

PROYECTO MODELO CUIDADOS CRONICOS					
ASISTENCIA A LA U DE CONCEPCION REUNION DE TRABAJO MCC 15 MARZO 2017					
NOMRE COMPLETO	RUT	ESTAMENTO	LUGAR DESEMPI	ASISTENCIA	RAZON INASISTENCIA
AULINA CAAMAÑO RUIZ	17.343.190 - 2	MEDICO	SECTOR 1	SI	
JAN VALENZUELA ARAVE	17.246.987 - 6	MEDICO	SECTOR 1	SI	
ATRICIA HERNANDEZ BAH	12.746.751 - K	NUTRICIONISTA	SECTOR 1	NO	DE VACACIONES
LAUDIA VELASQUEZ PARIS	17.896.102 - 0	TECNICO PARAMEDICO	SECTOR 1	NO	FALTA DE PERSONAL
MARIA BENAVENTE FUICA	12.208.081 - 1	ADMINISTRATIVA	SECTOR 1	NO	TIENE QUE LLAMAR POR TELEFONO
ANIEL ESPINOZA MARQUI	12.379.553 - 9	ENFERMERO	SECTOR 1	NO	TIENE UNA VD
ERONICA VALDEBENITO C	7.298.759 - 4	ENFERMERA	SECTOR 1	SI	
ATRICIO CARTER CABELLO	17.133.912 - K	MEDICO	SECTOR 2	SI	
AOLA GREEN AGUAYO	14.272.766 - 8	ENFERMERA	SECTOR 2	NO	DE VACACIONES
ALENTINA FUENTES BARR	10.103.286 - 8	NUTRICIONISTA	SECTOR 2	*****	*****
MARIA VERGARA ORELLAN	15.495.382 - 0	TECNICO PARAMEDICO	SECTOR 2	*****	*****
ERONICA GUZMAN SARAY	13.105.824 - 1	ASISTENTE SOCIAL	SECTOR 2	*****	*****
OMINIA BARRERA TORRES	15.028.870 - 6	PSICOLOGA	SECTOR 2	*****	*****

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.43: Reuniones de seguimiento de los ciclos de mejora grupo intervenido



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. 44: Reuniones de seguimiento ciclos de mejora grupo intervenido

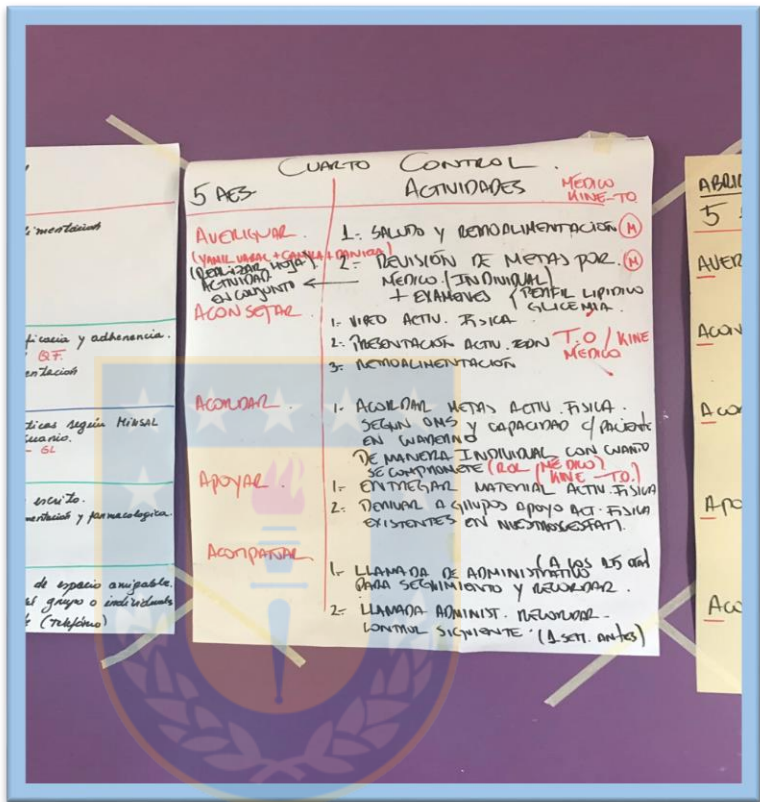


Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentará la lista de evidencia de lo trabajado durante el proceso de seguimiento

Para mejorar el automanejo el equipo decidió comenzar trabajando en pequeña escala con el desarrollo de controles grupales y el aprendizaje entre pares, la figura 6. 44 muestra el ejemplo del desarrollo de aquello:

Figura 6. 45 Rediseño de los controles de salud



Fuente: Elaboración propia.

En adelante se presentan algunos ejemplos de los protocolos diseñados por los equipos de salud, a través de las plantillas entregadas por los académicos y que posteriormente fueron transcritas a Word 2013 y aplicadas en pequeña escala en un grupo de usuarios que aceptaron participar de este proceso:

Tabla 6.13. Primer control grupal

Duración: 15 min antes: Preparación control

60 min durante: Control

45 min después: Registros y otros.

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-a.Saludo- b. presentación usuarios (+ patologías) c. presentación equipo.(foto) 2.-Video impacto 3.-Explicar proyecto (video) 4.-Aplicación de Instrumentos (Escritos: consentimiento informado -test y de Control: Peso- talla- IMC. FC- PA.		
ACONSEJAR	1.-Análisis de video- relación estado de salud de cada uno versus parámetros normales		
ACORDAR	1.-Acordar la próxima sesión 2.-Acordar educaciones en base a necesidades planteadas (encuesta) 3.-Fijar tareas simples		
APOYAR	1.-Retroalimentar potenciándolos positivamente a modificar estilo de vida.		
ACOMPañAR	1.-Insistir en llamadas previas al control siguiente		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. 46: Probando prototipo control grupal 1



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.14: Segundo control grupal

Duración: 15 min antes: Preparación control

60 min durante: Control

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-Saludo y retroalimentación.		
ACONSEJAR	1.-Educar, En Autoeficacia y Adherencia : Video 2.-Se dan a conocer las metas Ministeriales, rangos normales de PA -FC-CC-IMC-CT- Glicemia. (se enviaron fotocopias) 3.-Educación Nutricionista “ Adherencia no farmacológica”		
ACORDAR	1.- Entrega y revisión de instrumentos tabulados se enviara (Cristian Briones). 2.-Acordar metas en conjunto Modificar habito alimentario a corto y mediano plazo(disminuir ingesta de sal) Adoptar habito de vida saludable, que promueva la salud A corto plazo mantener o reducir peso corporal		
APOYAR	1-Pauta horario de comidas acordada (entrega) enviara Docente por Camila Echeverría. 2.-Que el usuario escriba sus metas:		
ACOMPañAR	1.-Posibilidad de crear un grupo 2.-Consejería telefónica 3.-Recordar próximo control.		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. 47: Probando prototipo control grupal 2



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.15: Tercer control grupal

Duración: 15 min antes: Preparación control

60 min durante: Control

45 min después: Registros y otros.

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-Saludo y retroalimentación.		
ACONSEJAR	1.-Repetir video Autoeficacia y Adherencia 2.-Presentacion Actividad QF 3.-Pequeña retroalimentación		
ACORDAR	1Acordar metas terapéuticas según MINSAL en conjunto con el usuario : PA_PL_CC_IMC_GLIC		
APOYAR	1-Entregar metas por escrito 2.-Reforzar meta farmacológica y de alimentación		
ACOMPañAR	1.-Asignar un horario de espacio amigable, para resolver dudas del grupo o individuales 2.-Recordar control siguiente.		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6.48: Probando prototipo control grupal 3



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.16: Cuarto control grupal

Duración: 15 min antes: Preparación control

60 min durante: Control

45 min después: Registros y otros.

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
Averiguar	1.- Saludo y retroalimentación 2.- Revisión de metas por médico (individual) + exámenes (perfil lipídico y glicemia)		
Aconsejar	1.- Video Actividad Física 2.- Presentación Actividad con T.O/Kine/Médico 3.- Retroalimentación		
Acordar	1.- Acordar metas actividad física según OMS y capacidad c/paciente en cuaderno de manera individual con cuanto se compromete (rol médico)		
Apoyar	1.- Entregar material actividad física 2.- derivar a grupos apoyo actividad física existentes en nuestros CESFAM		
Acompañar	1.- Llamada de administrativo (a los 15 días) para seguimiento y recordar 2.- Llamada de administrativo para recordar control siguiente (1 semana antes)		

Fuente: Elaboración propia.

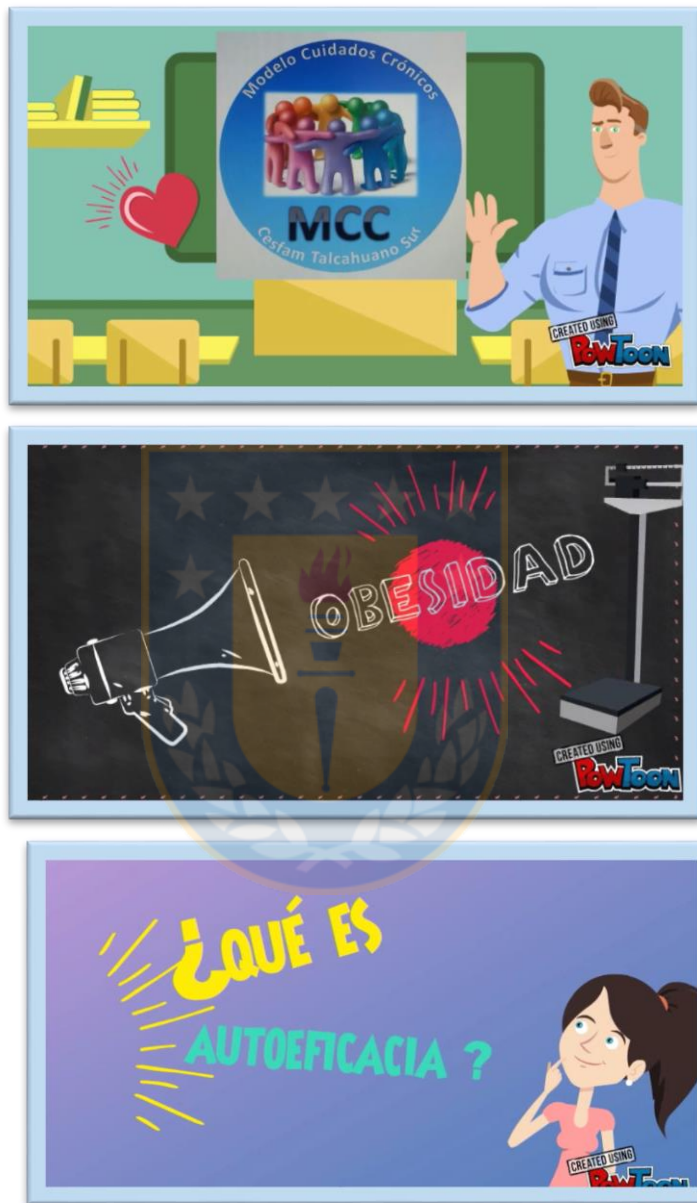
Figura 6.49: Probando prototipo control grupal 4



Fuente: Elaboración propia.

De la misma forma y para apoyar el automanejo, los equipos de salud crearon videos animados relacionados con el potenciamiento de automanejo, entre ellos destaca educación según riesgo, autoeficacia, etc., los cuales están disponibles en: https://youtu.be/YaCgHQ_Mc8I. En la figura 6.50 se puede apreciar el trabajo desarrollado. Estos videos fueron probados en pequeña escala con el grupo de usuarios seleccionados por el equipo para ser parte del control grupal, así como se consideró un material relevante para todas aquellas actividades grupales y o ingresos de usuarios al PSCV

Figura 6. 50: Videos confeccionados para Apoyo al automanejo



Fuente: Elaboración Carter y Caamaño.

Asimismo, para mejorar el sistema de registro clínico, el equipo intervenido género un sistema de registro a nivel de prototipo en donde se pueda evaluar aspectos relevantes de la adherencia, autoeficacia y los cambios en los parámetros antropométricos y bioquímicos entre otros, el sistema se encuentra en line a través de una carpeta compartida en cada sector. Actualmente se encuentra en evaluación y mejoramiento por los equipos de salud. La figura 6.51 es una muestra de aquello.

Figura 6.51: Prototipo sistema de información clínica para el usuario interno

ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS											TEST DE BATALLA					TEST DE MORSKY-GREEN			
Folio	Sector	Nombre	Apellidos	Sexo	Edad	Domicilio	Escolaridad	Religión	Est. Civil	St. De pareja	Enfermedad. Dg.	otra enfermedad crónica	¿Es la _____ una enfermedad para toda la vida?	¿Se puede controlar con dieta y medicamentos?	Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por la _____ descontrolada	¿Cuales alguna vez tomarlos para tratar su	¿Toma los medicamento s a las horas indicadas?	¿Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	¿Cual es el efecto de la medicación?
1	1	Maria	Fernandes	1	61	1	6	2	2	2	2	Psoriasis	si	si	Corazón-Hígado	1	no	si	n
2	1	Yaeline	Hidalgo	1	54	1	6	2	1	1	2		si	si	Corazón-Hígado	1	no	si	n
3	1	Yolanda	Barrios	1	57	1	5	2	1	1	2		no	si	Corazón-Hígado	3	si	no	n
4	1	Maria	Arias	1	71	1	4	2	4	2	2		si	si	Corazón-Arterias	1	no	si	n
5	1	Agustina	Espinosa	1	72	1	2	2	1	1	1		si	si	Riñones-Corazón	1	si	no	n
6	1	Cesar	Paneroson	2	86	1	5	4	1	1	1		si	si	Corazón	3	no	si	n
7	1	Rene	Deguen	2	70	1	6	2	1	1	3		no	si	Riñones-Corazón	3	no	si	n
8	1	Nelson	Fuentes	2	53	1	6	2	1	1	3	DM	si	si	Riñones-Corazón	1	no	si	n
9	LP	Gerson	Leon	2	23	1	7	1	2	2		Hipotiroidismo	si	si		3	si	no	n
10	LP	Maria	Gutierrez	1	61	1	5	1	1	1	2		no	si	cerebro-hígado	3	no	no	n
11	LP	Gastón	Chavez	2	70	1	5	2	4	1	1		si	si	corazón	3	no	si	n
12	LP	Abel	Pozo	2	49	2	3	1	1	1		sin ent.							
13	LP	Silvia	Mella	1	57	1	2	2	4	2	2		si	si	arterias	3	si	no	n
14	LL	Julia	Saez	1	56	1	6	3	3	2			no	si	Corazón-Arterias	3	si	si	n
15	LL	Yolanda	Concha	1	63	1	5	2	4	2	2		si	si	Corazón-Arterias	1	no	si	n
16	LL	Ima	Barrientos	1	82	1	2	2	1	1	1		si	si	Corazón-Arterias	1	si	no	n
17	LL	Susana	Villaguala	1	51	1	6	3	1	1	2		si	si	Corazón-Hígado	1	no	si	n
18	RS	Mariene	Quiñones	1	54	1	2	1	1	1	2	Hipotiroidismo	si	si	Corazón-Cerebro	1	no	si	n
19	RS	Hugo	Quiroz	2	72	1	2	2	1	1	1	DM	si	si	Corazón-Riñones	1	no	si	n

Fuente: Elaboración propia.

Sumado a lo anterior y para mejorar el sistema de información clínica y el apoyo al automanejo del usuario y su familia, los equipos crearon un instrumento denominado “Mi agenda de salud”, el cual cuenta con 100 hojas, en donde se dispone de información básica y relevante para mantener al día al usuario respecto de su salud y enfermedad, así como también de su meta terapéutica, además cuenta con un sistema de registro en donde el usuario es el principal actor de los compromisos pactados en el control de salud. Cabe señalar que este material será entregado a todos los usuarios con financiamiento municipal. A continuación se presenta el instrumento “Mi agenda de salud”. Figura 6.52).

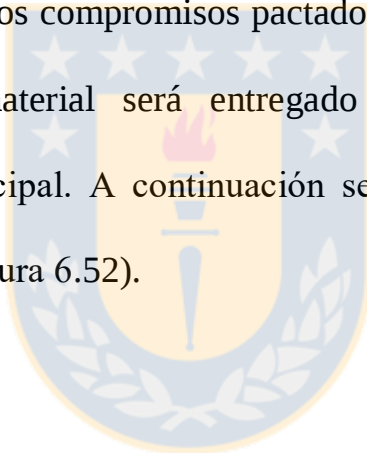
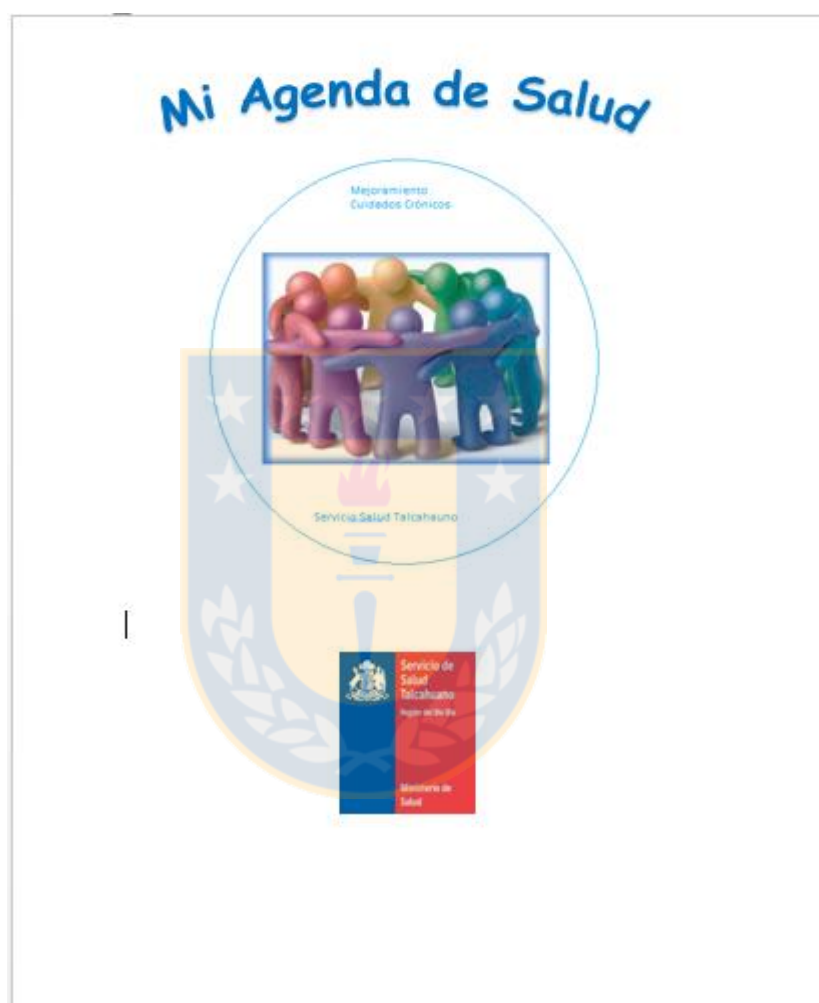


Figura 6. 52: Sistema de información clínica para el usuario externo
“Mi agenda de salud”



Fuente: Elaboración equipo intervenido.

ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE:.....

RUT:FECHA NACIMIENTO:

DIRECCIÓN: SÉCTOR:

TÉLEFONO:..... CÉLULAR:.....

OCUPACIÓN:..... ESCOLARIDAD:.....

CORREO ELECTRÓNICO:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:.....

.....

ANTECEDENTES DE SALUD

Patología	DM	HTA	DSL	TAB	HIPOT	
Fecha Dg						

Patología						
Fecha Dg						

ANTECEDENTES ALÉRGICOS:.....

Fuente: Elaboración equipo intervenido.

CAPITULO 7: RESULTADOS

7. RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio permitieron determinar el efecto de una intervención dirigida al equipo de salud cardiovascular. De acuerdo a ello en esta sección se presentaran los resultados de:

7.1 Descripción del seguimiento protocolo de investigación, a través de un diagrama

7.2 Análisis de las medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependiente) del usuario interno del grupo Control y grupo Intervenido

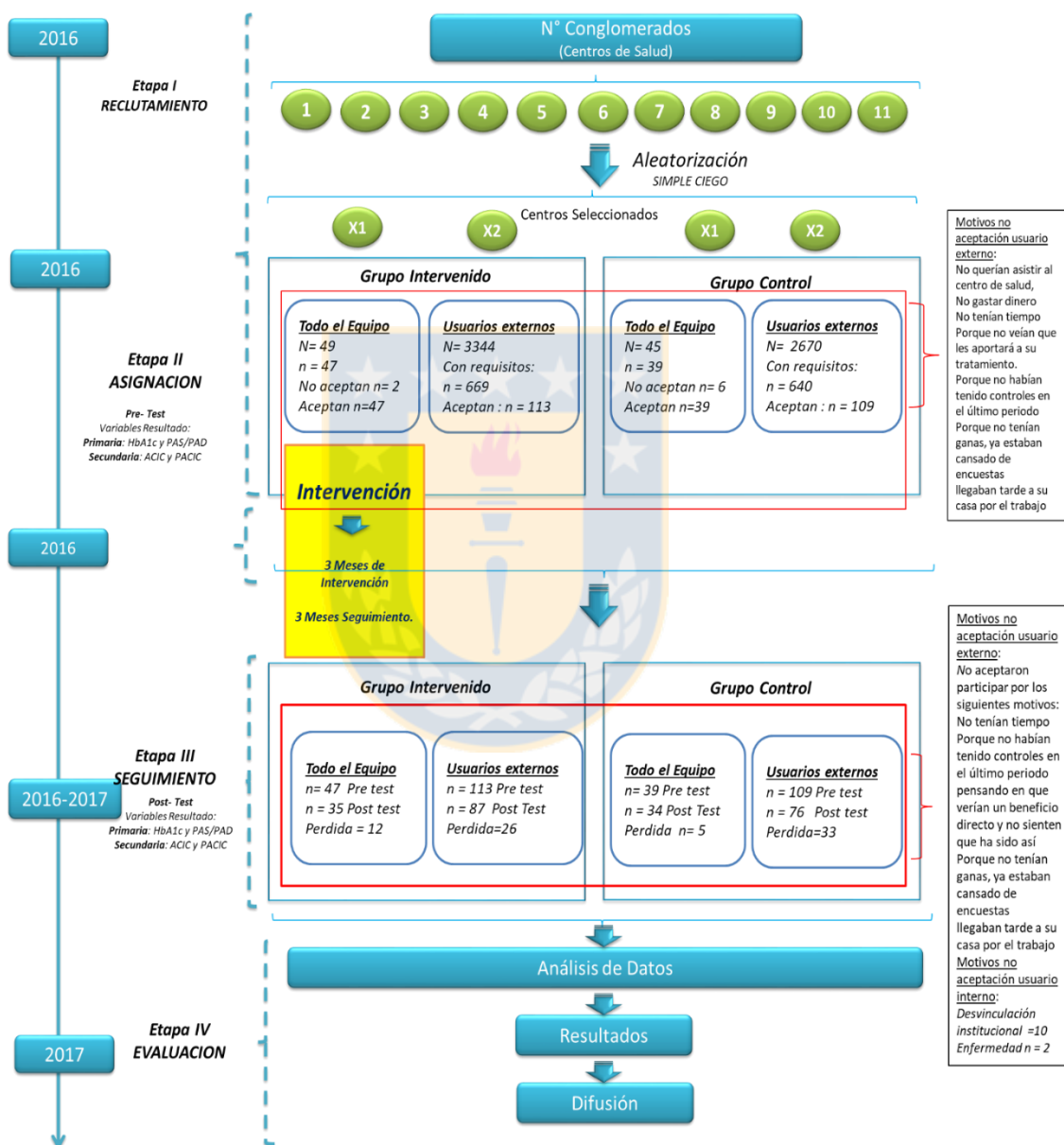
7.3 Análisis de las medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependientes) del usuario externo del grupo Control y grupo Intervenido

7.4 Comparación al interior de cada grupo pre y post intervención.

7.5 Efecto de la intervención

7.1 Descripción del seguimiento protocolo de investigación.

Figura 7.1: Descripción del seguimiento protocolo de investigación

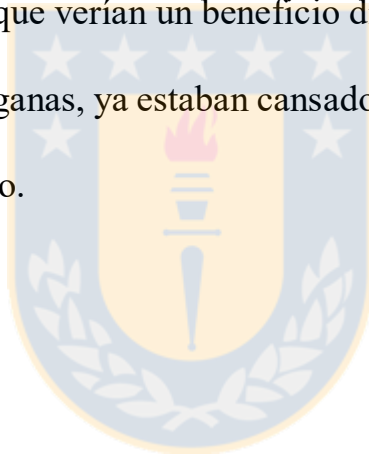


Fuente: Elaboración propia.

El la figura anterior se muestra la secuencia y distribución de los participantes del estudio durante toda la investigación (6 meses). En el caso de la asignación se aprecia tanto en el grupo control como en el grupo intervenido que la mayoría de los profesionales que formaban parte del programa cardiovascular accedieron a participar de la investigación. Respecto de los usuarios externos convocados a formar parte del estudio, se observa que principalmente los criterios de selección fueron los que redujeron la muestra, así como también se aprecia que quienes cumplían con los criterios de selección no aceptaron participar por diversos motivos, entre ellos se puede mencionar: No querían asistir al centro de salud, no gastar dinero, no tenían tiempo, porque no veían que les aportará a su tratamiento, porque no habían tenido controles en el último periodo, porque no tenían ganas, ya estaban cansado de encuestas, llegaban tarde a su casa por el trabajo.

En lo que concierne al período de ejecución y seguimiento se observa que la mayoría de los participantes correspondientes a los equipos de salud, se mantuvieron durante todo el proceso de intervención (80,2%), sin embargo se presentaron perdidas en ambos grupos, debido principalmente por un motivo administrativo relacionado con despido masivo en diciembre-enero

2017, además se presentaron 2 situaciones de enfermedad grave (AVE) que impidieron continuar en la intervención. En cuanto a los usuarios externos, se aprecia que al momento de efectuar el post test la mayoría accedió a continuar participando del estudio (74%), sin embargo un 26% no accedió a participar en la segunda evaluación por diversos motivos, entre ellos se menciona: No tenían tiempo, porque no habían tenido controles en el último periodo pensando en que verían un beneficio directo y no sienten que ha sido así, porque no tenían ganas, ya estaban cansado de encuestas y llegaban tarde a su casa por el trabajo.



7.2 Análisis de medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependiente) del usuario interno del grupo control y grupo intervenido

Para comenzar el análisis, se presentan las medidas de resumen basal de las variables intervinientes y dependientes del usuario interno, entre ellas se menciona: perfil sociodemográfico y evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del usuario interno, grupo control y grupo intervenido, para el desarrollo de este análisis se utilizó base de datos pareada.

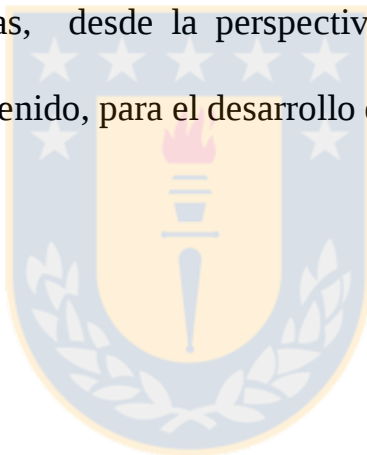


Tabla 7.1 Medidas de resumen basal de las características biodemográficas del usuario interno, grupo control e intervenido

Grupo control e intervenido.								
Variables	Grupo				Total		x2	Valor -p
	Grupo control		Grupo Intervenido		n= 69			
	n = 34		n = 35					
	f	%	f	%	f	%		
Sexo								
Mujer	29	85,2	27	77,1	56	81	0,1	0,92
Hombre	5	14,7	8	22,8	13	18,8		
Profesión								
Administrativa/o	0	0	2	5,7	2	2,9	14,5	0,05*
Enfermera/o	17	50	9	25,7	26	37,7		
Médico	7	20,5	6	17,1	13	18,8		
Nutricionista	2	5,8	5	14,3	7	10,1		
Profesor	1	2,9	0	0,0	1	1,5		
Psicólogo/a	0	0	2	5,7	2	2,9		
Químico farmacéutico	0	0	2	5,7	2	2,9		
TENS	7	20,6	7	20	14	20,2		
Trabajador social	0	0	2	5,7	2	2,9		
Cargo o función en el PSCV								
Coordinador de sector	0	0	7	22,6	7	10,1	12,9	0,001**
Asistencial	32	89,5	24	64,5	56	81,1		
Encargado PSCV	2	10,5	2	6,4	4	5,7		
Administrativo	0	0	2	6,4	2	2,9		

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 7.1, muestra la distribución de 69 participantes que respondieron el instrumento recolector de datos en el pre-test y post test, del grupo control y del grupo intervenido. Respecto al sexo de los participantes del estudio, se aprecia tanto en el grupo control como en el grupo intervenido un predominio de mujeres (76,8%), no observándose diferencias entre los grupos. En cuanto a la proporción de participantes se encontró un similar número dentro del grupo control (34) y del grupo intervenido (35). En lo que se refiere a la profesión de los participantes, se puede observar que en el grupo control la mayor proporción de encuestados correspondió a Enfermeros (as) (50,0%), seguido de Médicos (as) (20,5%) y TENS (20,6%). Similar situación se encontró en el grupo intervenido, en donde la mayor proporción de encuestados correspondió a Enfermeros(as) (25,0%), seguido de Médicos (as) (17%) y TENS (20%). Se encontraron diferencias significativas según profesión. Respecto al cargo o función, se aprecia que en el grupo control la mayoría de los participantes tenía funciones principalmente asistenciales (89,5%), situación diferente se encontró en el grupo intervenido, en donde un (64,5%) tenía funciones asistenciales, mientras que un (22,6%) cumplía labores de coordinación. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 7.2 Medidas de resumen basal según edad y años en el PSCV, grupo control e intervenido.

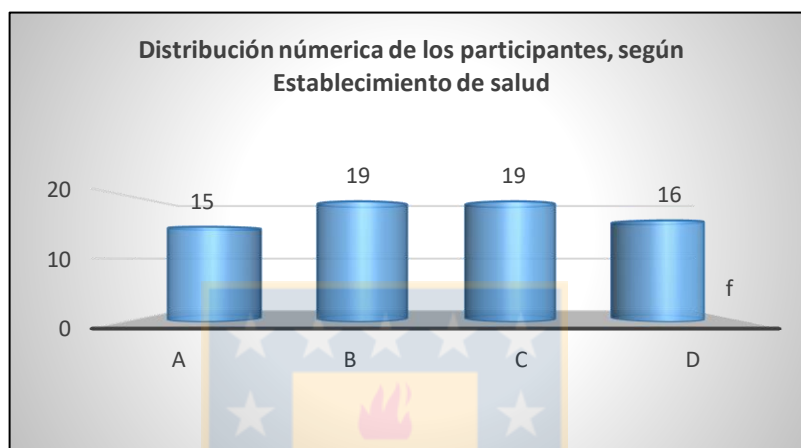
Variables		Grupo										U	Valor -p
		Grupo control					Grupo Intervenido						
		n = 34					n = 35						
		x	DE	Mediana	Q1	Q3	x	DE	Mediana	Q1	Q3		
Edad (años)													
Edad		38,0	10,3	37	29	43	39,2	6,7	37	36	44	344	0,34
Años en el PSCV													
Años en el PSCV		7,4	6,6	4,5	2	10	7,4	6,8	5	3	10	398	0,94

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la variable edad se aprecia para el grupo control un promedio de 38,0 años (DE 10,3) y para el grupo intervenido un promedio de 39,2 años (DE 6,7). En relación a los años en el PSCV se encontró para grupo control un promedio de 7,4 años en programa (DE 6,6) y para el grupo intervenido de 7,4 años (DE 6,8). No se encontraron diferencias según edad y años en el PSCV en los participantes del estudio del grupo control y del grupo intervenido.

Figura 7.2 Distribución numérica de los participantes, según Establecimiento de Salud.



$*p \leq 0,05$, $**p \leq 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la distribución numérica de los participantes del estudio dentro de los Establecimientos de Salud que conformaron el grupo control y el grupo intervenido, se puede observar que los Centros de Salud B y C tuvieron igual número de participantes en comparación con el centro de salud A y D. No se encontraron diferencias estadísticas en la distribución de participantes por centro.

Tabla 7.3. Medidas de resumen basal de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, EVAEC de forma global y de cada una de sus secciones en el grupo control y grupo intervenido.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas EVAEC												
Variable	Control n= 34					Intervenido n=35					Estadígrafo	valor p
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3		
Organización del Sistema de atención de salud	7,7	1,8	7,9	5,8	9,2	6,8	1,4	6,8	5,5	8,2	2,4 ^z	0,01**
Vínculos con la comunidad	7,2	2,3	7,3	6,0	9,3	6,4	2,0	7,0	5,0	7,7	1328,5 [†]	0,09
Apoyo al autocuidado	4,9	1,9	4,9	3,8	6,0	5,0	1,9	5,0	3,8	6,3	-0,3 ^z	0,79
Apoyo a la toma de decisiones	4,2	2,4	3,5	3,0	5,3	4,4	1,8	4,3	3,0	5,5	1133,5 [†]	0,49
Diseño del sistema de atención	5,7	2,4	5,5	4,2	7,2	5,4	1,7	5,2	4,3	6,8	0,6 ^z	0,53
Sistema de información clínica	5,2	2,5	5,4	3,8	6,4	5,5	1,4	5,2	4,4	6,8	-0,6 ^z	0,54
Integración de los componentes del modelo	4,0	2,2	3,7	3,0	4,5	4,4	1,8	4,7	3,0	5,7	1084,5 [†]	0,20
Promedio Global	5,5	1,7	5,7	4,4	6,4	5,4	1,3	5,3	4,2	6,1	1226,0 [†]	0,66

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. †U de Mann-Whitney. zt de Student. *p≤0,05, **p≤0,01.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla anterior muestra, como los participantes que componen el equipo de salud del grupo control y grupo intervenido, evaluaron la atención otorgada a usuarios/as con enfermedad crónicas del programa cardiovascular. Respecto de aquello, los participantes del grupo control evaluaron la atención proporcionada en forma global, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,5 (DE 1,7), lo anterior coincide con la evaluación de los individuos del grupo intervenido, quienes también evaluaron la atención como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas con un promedio de 5,4 (DE 1,3). Las secciones mejor evaluadas por el grupo control correspondieron a “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un promedio de 7,7 (DE 1,8), seguido de “Vínculos con la comunidad” 7,2 (DE 2,3), y “Diseño del sistema de atención” 5,7 (DE 2,4), mientras que las secciones con más bajos puntajes fueron “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,2 (DE 2,4) e “Integración de los Componentes del Modelo” con un 4,0 (DE 2,2). En cuanto al grupo intervenido la sección mejor evaluada correspondió a “Organización del Sistema de Atención de Salud” con un puntaje promedio de 6,8 (DE 1,4) y “Vínculos con la Comunidad” 6,4 (DE 2,0), mientras que las secciones con más bajos puntajes

fueron “Apoyo a la Toma de Decisiones” con un 4,4 (DE 1,8) e “Integración de los Componentes del Modelo” con un 4,4 (DE 1,8). En síntesis los equipos de salud coinciden en que la sección “Organización del Sistema de Atención de Salud” es la mejor evaluada, sin embargo la diferencia entre ambos grupos fue significativa, indicando un promedio mayor en el grupo control con respecto al grupo intervenido. En lo que se refiere al resto de las secciones no se encontraron diferencias significativas.



7.3 Análisis de las medidas de resumen basal (variables intervinientes y dependientes) del usuario externo del Grupo Control y Grupo Intervenido

A continuación se presentan las medidas de resumen basal de las variables intervinientes y dependientes del usuario externo participante del estudio, variables del perfil sociodemográfico, indicadores de resultado clínico HbA1c, PAS, PAD y evaluación de la atención de enfermedades crónicas desde la perspectiva del usuario externo, grupo control y grupo intervenido.

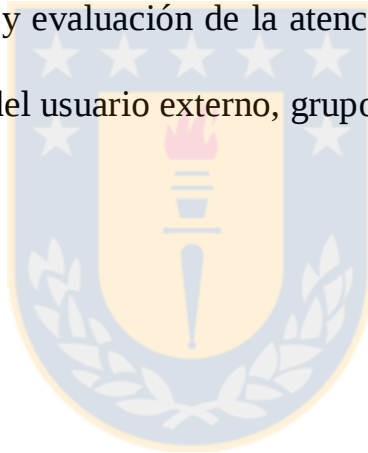


Tabla 7.4. Medidas de resumen basal de las características sociodemográficas del usuario externo, grupo control e intervenido.

Variables	Grupo				Total		x2	Valor - p
	Grupo control		Grupo Intervenido		n= 163			
	n = 76		n = 87					
	f	%	f	%	f	%		
Sexo								
Hombre	27	35,5	23	26,4	50	30,7	0,236	0,236
Mujer	49	64,5	64	73,6	113	69,3		
Escolaridad								
Sin escolaridad	7	9,2	7	8,0	14	8,6	19,09	0,003**
Educación básica incompleta	19	25	3	3,4	22	13,5		
Educación básica completa	16	21,1	23	26,4	39	23,9		
Educación media incompleta	26	34,2	36	41,4	62	38,0		
Educación media completa	4	5,3	9	10,3	13	8,0		
Universitaria incompleta	2	2,6	2	2,3	4	2,5		
Universitaria completa	2	2,6	7	8,0	9	5,5		
Estado Civil								
Soltero	13	17,1	14	16,10	27	16,6	2,14	0,731
Casado	52	68,4	60	69,0	112	68,7		
Divorciado	2	2,6	6	6,9	8	4,9		
Viudo	5	6,6	4	4,6	9	5,5		
Conviviente	4	5,3	3	3,4	7	4,3		
Enfermedad crónica								
HTA	39	51,3	50	57,5	89	54,6	2,20	0,342
DM	9	11,8	14	16,1	23	14,1		
DM+ HTA	28	36,8	23	26,4	51	31,3		
HbA1c								
HbA1c < 7 %	23	62,2%	21	56,8	44	59,5	0,22	0,81
HbA1c > 7 %	14	37,8%	16	43,2	30	40,5		
Presión Arterial								
PA < 140 / 90 mmHg	42	55,3	69	79,3	111	68,1	10,79	0,001**
PA > 140 / 90 mmHg	34	44,7	18	20,7	52	31,9		

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

En la Tabla 7.4 se aprecia la descripción de las características de 163 personas con DM y/ o HTA pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del Servicio de Salud Talcahuano que respondieron el instrumento recolector de datos en el pre-test por grupo control y grupo intervenido.

Respecto del sexo se puede observar que tanto en el grupo control (64,5 %) como en el grupo intervenido (73,6 %) hubo un predominio de mujeres. En cuanto al nivel de escolaridad que cursaron las personas participantes del grupo control, más de la mitad tenía (34, 2%) enseñanza media, seguido de un (25, 0%) de enseñanza básica y de (21,1%) educación media incompleta, solo un (4 %) tenía educación superior. En cuanto al grupo intervenido, se destacó a educación media (41,4%), seguido de educación básica (26,4%), y un (10) % presentó educación superior, se encontraron diferencias significativas en el nivel de escolaridad entre ambos grupos. El estado civil más predominante correspondió a casado, tanto en grupo control (68,4 %) como en el grupo intervenido (69,0 %), no se encontraron diferencias según estado civil entre ambos grupos.

Respecto de la distribución de EC, se halló tanto en el grupo control (53, 6%) como en el intervenido (53, 6%), que más de la mitad de las personas tenía HTA, se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de compensación entre ambos grupos. Respecto de la DM solo un 11,8% de las personas del grupo control padecían esta enfermedad y grupo intervenido se encontró en un 16,9% de los usuarios. Respecto de multimorbilidad asociada se halló en el grupo control un 36,8% con HTA y DM y en el grupo intervenido un 26,4 % presentó ambas enfermedades. En cuanto a la distribución numérica y porcentual de personas que alcanzaron los objetivos terapéuticos en las personas del grupo control se halló que más de la mitad (55,3%) tenía PAS y PAD menor a 140 / 90 mmHg y un 62,2% se encontraba con HbA1c menor a 7 %. En el grupo intervenido se aprecia que un 79, 3% tenía PAS y PAD bien controlada PA menor a 140 / 90 mmHg y un 56, 8% con HbA1c menor a 7 %. No se encontraron diferencias en el porcentaje de compensación de Hb A1c entre ambos grupos.

Tabla 7.5 Medidas de resumen basal para edad y años de enfermedad de los usuarios externos participantes del estudio.

Edad y años de enfermedad												
Variable	Grupo Control n= 76					Grupo Intervenido n=85					valor p	
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3		Estadígrafo
Edad (años)												
Edad	54	7,1	54	50	59	53,9	7,4	54	48	60	-0,2 ^g	0,87
Años enfermedad												
Años enfermedad	6,7	6,1	4	3	9	7,5	6,5	5	2	10	-0,63 ^h	0,5

‡U de Mann-Whitney. ‡t de Student. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la edad de los usuarios externos participantes del estudio se aprecia para el grupo control un promedio de 53,7 (DE 7,1) y para el grupo intervenido un promedio de 53,9 (DE 7,4). Respecto de los años de enfermedad se encontró para grupo control un promedio de 6,7 años de enfermedad (DE 6,1) y para el grupo intervenido de 7,5 años de enfermedad (DE 6,5). No se encontraron diferencias según edad y años de enfermedad crónica en los participantes del estudio del grupo control y del grupo intervenido.

Tabla 7.6. Medida de resumen basal para los indicadores de resultado clínico, PAS y PAD grupo control y grupo intervenido.

Indicadores de resultado clínico PAS y PAD												
Grupo Control n= 76						Grupo Intervenido n=87						
Variable	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	T	valor p
PAS	125,6	17,1	126,0	110,0	140,0	123,8	14,3	120,0	110,0	132,0	6457,0	0,45
PAD	77,8	11,9	80,0	70,0	90,0	79,0	10,3	80,0	70,0	86,0	6117,0	0,69

**p≤0,05, **p≤0,01.*

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7.6, se aprecian las medidas de resumen para PAS y PAD, del grupo control y grupo intervenido. Respecto de la PAS se encontró un promedio de 125,6 mmHg (DE 17,1) en las personas del grupo control y de 123,8 mmHg (DE 14,3) en individuos del grupo intervenido. En lo que respecta a la PAD se aprecia una situación diferente, ya que en usuarios del grupo control la PAD fue levemente inferior 77,8 mmHg (DE 11,9), en comparación con el grupo intervenido que fue de 79,0 mmHg (DE 10,3). En lo que respecta a estos indicadores, no se encontraron diferencias

significativas entre el grupo control y el grupo intervenido.

Tabla 7.7. Medida de resumen basal, indicador de resultado clínico HbA1c grupo control y grupo intervenido.

Variable	Indicador de resultado clínico HbA1c											valor p
	Grupo Control n= 37					Grupo Intervenido n=37						
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	T	
HbA1c	7,1	1,8	6,3	5,9	7,5	7,1	1,6	6,7	5,9	8,1	7027,0	0,001**

**p≤0,05, **p≤0,01.*

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla anterior se observan las medidas de resumen para el indicador de resultado HbA1c, encontrándose un promedio de 7.1 % (DE 1,8) en grupo control y un promedio similar en el grupo intervenido 7,1 % (DE 1,6), sin embargo en el grupo control se aprecia que el 50% de los usuarios tenía una HbA1c distribuida sobre el 6,3 %, en comparación con el grupo intervenido que tenía al 50 % de las personas sobre el 6,7 %, siendo las diferencias estadísticamente significativa.

Tabla 7.8. Medidas de resumen basal de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes, global y de cada una de sus subescala en el grupo control y grupo intervenido.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes												
Variables	Grupo Control n=76					Grupo Intervenido n= 87					Estadígrafo	valor p
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3		
Activación del paciente	1,9	1,1	1,5	1,0	2,3	2,6	1,3	2,3	1,7	3,7	5147,0 ^z	0,0002**
Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión	2,9	1,2	2,8	2,0	3,7	3,6	1,2	3,7	3,0	5,0	5059,5 ^z	0,0001**
Diseño de objetivos	2,4	0,9	2,2	1,6	3,0	2,8	1,0	2,6	2,0	3,4	5478,0 ^z	0,0118*
Resolución de problemas considerando contexto del paciente	2,2	1,0	2,0	1,3	2,8	2,9	1,4	3,0	1,8	4,0	5250,5 ^z	0,0010**
Seguimiento-Coordinación	2,3	0,7	2,1	1,8	2,6	2,6	1,0	2,6	1,8	3,2	5761,5 ^z	0,1125
Promedio global	2,3	0,7	2,1	1,8	2,8	2,9	0,9	2,8	2,2	3,6	5092,0 ^z	0,0001**

Puntaje de 1 a 5 (1: nunca; 2: pocas veces; 3: a veces; 4 la mayoría de las veces; 5: siempre). A mayor puntaje mejor percepción del cuidado crónico. †U de Mann-Whitney. ‡t de Student. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7.8 se muestra la evaluación de la atención de enfermedades crónicas en el programa de salud cardiovascular, desde la perspectiva del usuario externo del grupo control y grupo intervenido; en el caso del grupo control se aprecia que evaluaron la atención recibida en forma global con un promedio de 2,3 (DE 0,7), resultado que difiere estadísticamente de la evaluación de la atención efectuada por los individuos del grupo intervenido, con un promedio global de 2,9 (DE 0,9). Respecto de las subescalas en el grupo control, lo mejor evaluado correspondió a “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión” 2,9 (DE 1,2) y “Diseño de objetivos” 2,4 (DE 0,9), y lo peor evaluado correspondió a la “Activación del paciente” con un promedio 1,9 (DE 1,1). En el caso de grupo intervenido lo mejor evaluado correspondió a “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión” con 3,6 (DE 1,2) y “Resolución de problemas considerando contexto del paciente” 2,9 (DE 1,4), lo peor evaluado fue la “Activación del paciente” con un promedio 2,6 (DE 1,3). En síntesis los usuarios que reciben atención en el programa de salud cardiovascular de ambos grupos, coinciden en que la subescala mejor evaluada corresponde a “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión”, sin embargo para este caso la diferencia entre ambos grupos

fue significativa, indicando un promedio mayor en el grupo intervenido con respecto al grupo control. Situación similar se encontró en el resto de las subescalas, excepto en “Seguimiento-Coordinación” que no presentó diferencias estadísticas.

7.4. Comparación al interior de cada grupo pre y post intervención

A continuación se presentarán los resultados post intervención dentro de cada grupo (control e intervenido), en lo que respecta a las variables de resultado: Evaluación de la atención de enfermedades, desde la perspectiva de los usuarios internos y usuario externo, indicadores de resultado clínico HbA1c, PAS y PAD.

7.9. Comparación de resultados de la Evaluación de la atención de enfermedades crónicas, pre y post intervención, al interior de cada grupo.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC)												
Variables	Grupo Control n=34						Grupo Intervenido n= 35					
	Pre test		Post test		Estadígrafo	valor p	Pre test		Post test		Estadígrafo	valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.			Media	D.E.	Media	D.E.		
Organización del Sistema de atención de salud	7,7	1,8	6,5	1,7	-4,91 ^z	<0,0001**	6,8	1,4	7,0	1,4	0,87 ^z	0,3888
Vínculos con la comunidad	7,2	2,3	5,1	2,0	-4,84 ^z	<0,0001**	6,4	2,0	7,5	1,6	2,86 ^z	0,0072**
Apoyo al autocuidado	4,9	1,9	5,2	2,0	0,85 ^z	0,4036	5,0	1,9	6,1	2,0	2,9	0,0064**
Apoyo a la toma de decisiones	4,2	2,4	3,9	1,8	-1,06 ^z	0,2884	4,4	1,8	6,5	1,9	5,88 ^z	<0,0001**
Diseño del sistema de atención	5,7	2,4	5,5	1,6	-0,38 ^z	0,7050	5,4	1,7	6,5	1,8	3,69 ^z	0,0008*
Sistema de información Clínica	5,2	2,5	4,9	2,2	-0,89 ^z	0,3801	5,5	1,4	6,4	1,9	2,36 ^z	0,0241*
Integración de los componentes del modelo	4,0	2,2	3,7	1,9	-0,72 ^z	0,4741	4,4	1,8	6,2	1,9	4,86 ^z	<0,0001**
Promedio Global	5,5	1,7	5,0	1,6	-2,09 ^z	0,0444*	5,4	1,3	6,6	1,6	4,12 ^z	0,0002**

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 desarrollado. *Et de Student.* * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del equipo de salud pre y post intervención; al interior del grupo intervenido se aprecia una mejor evaluación, el promedio global aumentó después de la intervención, pasando de un promedio de 5,4 (DE1, 3) a un promedio de 6,6 (DE 1,6), hallazgo que resultó estadísticamente significativo. En cuanto a las secciones, se aprecia que seis de ellas presentaron incrementos estadísticamente significativos ($p < 0,05$), en este sentido se visualiza que “Vínculos con la comunidad”, paso de un promedio de 6,4 (DE 2,0) a un 7,5 (DE 1,6), la sección “Apoyo al autocuidado” que antes tenía un promedio de 5,0 (DE 1,9) aumentó a un 6,1 (DE 2,0), así mismo “Apoyo a la Toma de Decisiones” incremento su evaluación pasando de un promedio de 4,4 (DE 1,8) a un promedio de 6,5 (DE 1,9), seguido de ello se aprecia que “Diseño del sistema de atención” aumentó de un promedio de 5,4 (DE 1,7) a un 6,5 (DE 1,8), “Sistema de información Clínica” paso de un promedio de 5,5 (1,4) a un 6,4 (DE 1,9), y por último “Integración de los Componentes del Modelo” aumento el promedio de un 4,4 (DE 1,8) a un 6,2 (DE 1,9). Por su parte la sección “Organización del Sistema de Atención de Salud” también presento un aumento pasó de un promedio de 6,8 (DE 1,4) a

un promedio de 7,0 (DE 1,4), pero fue la única que resultó no significativa.

En lo que respecta al grupo control, se observa una situación diferente, ya que la evaluación de la atención presentó una disminución estadísticamente significativa entre la medición pre y post intervención, en lo que a ello se refiere se encontró un descenso en el promedio global de la evaluación de la atención, el cual se movió de un promedio de 5,5 (DE 1,7) a un 5,0 (DE 1,6) después de la intervención. En cuanto a las secciones, se halló una disminución significativa en “Vínculos con la comunidad” que pasó de un promedio de 7,2 (DE 2,3) a un 5,1 (DE 2,0) y en “Organización del Sistema de Atención de Salud” que bajó de 7,7 (DE 1,8) a un 6,5 (DE 1,7).

Por su parte las secciones “Apoyo a la Toma de Decisiones”, “Integración de los Componentes del Modelo”, “Diseño del sistema de atención” y “Sistema de información Clínica” también presentaron una disminución en su evaluación, sin significancia estadística. Solo “Apoyo al autocuidado” presentó un aumento en el promedio de 4,9 (DE 1,9) a un 5,2 (DE 2,0), pero este resultado no fue significativo.

Tabla 7.10. Comparación de los indicadores de resultado clínico PAS y PAD, al interior del grupo control y del grupo intervenido, pre y post intervención.

Indicadores de resultado clínico PAS y PAD														
Grupo Control n= 67								Grupo Intervenido n=73						
Variable	Pre test		Post test		T	Dif	valor p	Pre test		Post test		T	Dif	valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.				Media	D.E.	Media	D.E.			
PAS	126,5	16,8	126,5	13,0	0,0	,030	0,989	125,4	14,3	124,3	13,0	-0,1	- 1,04	0,893
PAD	78,7	12,0	80,3	11,6	- 1,1	1,580	0,292	79,6	10,7	77,0	11,1	-1,6	- 2,55	0,112

*T de Student * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.*

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla anterior se aprecia los indicadores de resultado clínico PAS y PAD del grupo control y del grupo intervenido pre y post intervención. En el caso del grupo control la PAS antes de la intervención presentó un promedio de 126,5 mmHg (DE 16,8), el cual se mantuvo después de la intervención con un promedio de 126,5, (DE 13, 0), respecto a la PAD, se observa un aumento, de un promedio de 78,7 mmHg (DE 12,0) a un promedio de 80,3 mmHg (DE 11,6) después, este aumento no fue estadísticamente

significativo. En relación al grupo intervenido se observa una leve mejoría evidenciada al comparar el promedio de la PAS antes 125,4 (DE 14,3) y después 124,3 (DE 13,0), así como también en la PAD de antes 79,6 (DE 10,7) y después de la intervención 77,0 (DE 11,1), sin embargo los hallazgos no fueron significativos estadísticamente.



7.11. Comparación del Indicador de resultado clínico HbA1c, pre y post intervención, dentro del grupo control y del grupo intervenido.

Indicador de resultado clínico HbA1c, pre y post intervención														
Grupo Control n=37								Grupo Intervenido n=37						
Variable	Pre test		Post test		T	Dif	valor p	Pre test		Post test		T	Dif	Valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.				Media	D.E.	Media	D.E.			
HbA1c	7,1	1,8	7,3	1,9	1,7	,178	0,10	7,1	1,6	6,9	1,6	-0,7	-0,17	0,49

*T de Student. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.*

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 7.11, se muestra el comportamiento del indicador de resultado clínico HbA1c dentro del grupo control y del grupo intervenido pre y post intervención. En el caso del grupo control se observa un aumento en el promedio de la HbA1c de 7,1 % (DE 1,8) a 7,3% (DE 1,9). En cuanto al grupo intervenido se aprecia una mejoría, disminución que se observa al comparar el promedio de HbA1c antes 7,1 % (DE 1,6) y después 6,9% (DE 1,6) de la intervención, sin embargo este hallazgo no fue significativo.

7.12.Comparación de resultados de la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes, pre y post intervención, adentro del grupo control y del grupo intervenido.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes														
Variable	Grupo Control n= 76							Grupo Intervenido n=87						
	Pre test		Post test		Estadígrafo	Dif	valor p	Pre test		Post test		Estadígrafo	Dif	valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.				Media	D.E.	Media	D.E.			
Activación del paciente	1,9	1,1	1,9	1,0	-0,3 ^z	0,027	0,78	2,6	1,3	2,4	1,3	-0,9 ^z	-,018	0,38
Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión	2,9	1,2	2,9	1,1	0,9 ^z	0,047	0,36	3,6	1,2	3,2	1,3	-2,4 ^z	-0,39	0,01*
Diseño de objetivos	2,4	0,9	2,5	0,9	0,6 ^z	0,081	0,52	2,8	1,0	2,9	1,0	0,7 ^z	0,09	0,50
Resolución de problemas considerando contexto del paciente	2,2	1,0	2,3	1,2	-1,1 ^z	0,150	0,26	2,9	1,4	3,1	1,2	-1,8 ^z	0,21	0,07
Seguimiento- Coordinación	2,3	0,7	2,3	0,6	-0,8 ^z	0,008	0,42	2,6	1,0	2,3	1,0	-2,0 ^z	-0,28	0,04*
Promedio global	2,3	0,7	2,4	0,7	1,0 ^z	0,088	0,33	2,9	0,9	3,0	0,9	-0,7 ^z	0,12	0,48

Puntaje de 1 a 5 (1: nunca; 2: pocas veces; 3: a veces; 4 la mayoría de las veces; 5: siempre). A mayor puntaje mejor percepción del cuidado crónico. *Et de Student.*

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del cliente externo; se observa dentro del grupo intervenido un leve aumento post intervención en el promedio global, el cual incremento de un promedio de 2,9 (DE 0,9) a un 3,0 (DE 0,9). En lo que se refiere a la subescala, se observa un aumento en el promedio de “Diseño de objetivos”, la cual se movió de un promedio de 2,8 (DE 1,0) a un 2,9 (DE 1,0) y de “Resolución de problemas considerando contexto del paciente” que aumento de un promedio de 2,9 (DE 1,4) a un 3,1 (DE 1,2), sin embargo estos hallazgos no resultaron significativos, Por otra parte las subescala “Seguimiento-Coordinación” presento una disminución trasladándose de un promedio de 2,6 (DE 1,0), a un 2,3 (DE 1,0) así como también “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo” que bajo de un promedio de 3,6 (DE 1,2) a un 3,2 (DE 1,3), diferencias que resultaron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

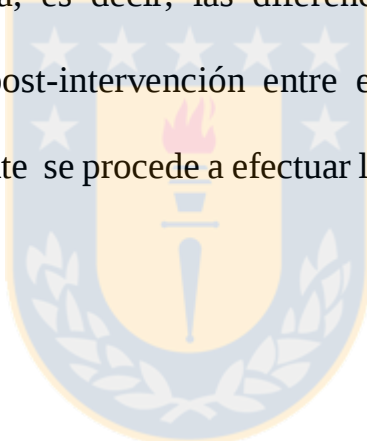
Respecto del grupo control, se muestra un leve aumento post intervención en el puntaje global, el cual pasó de un puntaje promedio de 2,3 (DE 0,7) a un 2,4 (DE 0,7). Por su parte las subescala “Diseño de objetivos” transitó de un promedio 2,4 (DE 0,9) a un 2,5 (DE 0,9) y “Resolución de problemas

considerando contexto del paciente” paso de un 2,2 (DE 1,0) promedio a un 2,3 (DE 1,2), siendo estos resultados no significativos. Por su parte las subescalas “Activación del paciente” 1,9 (DE 1,1), “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión 2,9 (DE 1,1) Seguimiento- Coordinación” 2,3 (DE 0,6) no presentaron modificaciones.



7.5. Efecto de la Intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular para fortalecer la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (serie BTS) en la atención proporcionada y en los resultados clínicos de los usuarios con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial).

Las tablas que se presentan a continuación muestran el efecto atribuible a la intervención realizada, es decir, las diferencias entre los cambios de la evaluación basal y post-intervención entre el grupo control y el grupo intervenido. Finalmente se procede a efectuar las pruebas de hipótesis de esta investigación.



7.13.Efecto intervención en la Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC).

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC)									
Variable	Grupo Control n= 34			Grupo Intervenido n=35		Efecto			
	Pre test	Post test	Dif Antes- Despues	Pre test	Post test	Dif Antes- Despues	Estadígrafo	valor p	Tamaño Efecto
	Media	Media		Media	Media				
Organización del Sistema de atención de salud	7,7	6,5	-1,2	6,8	7,0	0,2	15,3 ^z	0,0002**	0,19
Vínculos con la comunidad	7,2	5,1	-2,1	6,4	7,5	1,1	30,7 ^z	<0,0001**	0,31
Apoyo al autocuidado	4,9	5,2	0,3	5,0	6,1	1,1	2,52 ^z	0,117	0,04
Apoyo a la toma de decisiones	4,2	3,9	-0,3	4,4	6,5	2,1	19,1 ^z	<0,0001**	0,22
Diseño del sistema de atención	5,7	5,5	-0,2	5,4	6,5	1,1	7,19 ^z	0,009*	0,1
Sistema de información Clínica	5,2	4,9	-0,3	5,5	6,4	0,9	5,04 ^z	0,028*	0,07
Integración de los componentes del modelo	4,0	3,7	-0,3	4,4	6,2	1,8	14,5 ^z	0,0003**	0,18
Promedio Global	5,5	5,0	-0,5	5,4	6,6	1,2	19,7 ^z	<0,0001**	0,23

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 desarrollado. *Et de Student.* * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del equipo de salud; el efecto de la intervención evidencia que las personas del grupo intervenido presentaron un aumento significativo post intervención en el puntaje global de la evaluación de la atención, en comparación con el grupo control.

En cuanto a las secciones, el efecto de la intervención demuestra que las personas del grupo intervenido presentaron incrementos estadísticamente significativos ($p < 0,05$), en comparación con el grupo control. En este sentido se visualiza un mejoramiento significativo en “Organización del Sistema de Atención de Salud”, “Vínculos con la comunidad”, “Apoyo a la Toma de Decisiones”, “Incremento”, “Diseño del sistema de atención”, “Sistema de información Clínica” y por último “Integración de los Componentes del Modelo”. Por su parte la sección “Apoyo al autocuidado” también presentó un aumento, pero fue la única que no resultó significativa.

Test de Hipótesis:

En lo que concierne a las hipótesis “Los equipos de salud cardiovascular del grupo intervenido, después de la intervención de la atención otorgada a usuarios con enfermedad crónica, en comparación con los equipos del grupo control”, no se rechaza, debido a que se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios de la evaluación, en la medición pre-test y pos-test de los participantes en el estudio.



7.14.Efecto de la Intervención en los indicadores de resultado clínico, PAS y PAD usuario externo.

Indicadores de resultado clínico PAS y PAD									
Variable	Grupo Control n= 67			Grupo Intervenido n=73			Efecto		
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Dif	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Dif	Estadígrafo	valor p	Tamaño Efecto
	<i>test</i>	<i>test</i>		<i>test</i>	<i>test</i>				
	Media	Media	Antes- Despues	Media	Media	Antes- Despues			
PAS	126,5	126,5	,030	125,4	124,3	-1,04	0,36 [‡]	0,71	-
PAD	78,7	80,3	1,58	79,6	77,0	-2,55	-2,14 [‡]	0,03*	0,18

[‡]U de Mann-Whitney. [‡]t de Student. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se aprecia el efecto de la intervención sobre los indicadores de resultado clínico PAS y PAD. En el caso del promedio PAS, se observa que las personas del grupo intervenido presentaron una clara mejoría (Dif -1,04 mmHg), en comparación con el grupo control (Dif+0,030 mmHg), no obstante este hallazgo no alcanzo a ser significativo.

En cuanto a la PAD se observa una mejora estadísticamente significativa, en donde las personas del grupo intervenido evidenciaron una disminución (Dif -2,55 mmHg) en comparación con el grupo control (Dif+1,58 mmHg) entre la medición pre y post intervención, el tamaño del efecto resulta clínicamente relevante.

Test de Hipótesis

En lo que compete a la hipótesis operacional “Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentaran mejores resultados clínicos de presión arterial sistólica y de presión arterial diastólica, en comparación a los usuarios externos del grupo control”:

-Para la PAS se rechaza, debido a que en los participantes del grupo intervenido los cambios en la presión arterial sistólica no fueron significativos.

-En lo que respecta a PAD, la hipótesis no se rechaza, ya que en las personas del grupo intervenido las mejoras fueron estadísticamente significativas con respecto al grupo control

7.15.Efecto intervención en el indicador de resultado clínico HbA1c usuario externo, pre y post intervención, entre grupo control y grupo intervenido.

Indicador de resultado clínico HbA1c usuario externo									
Grupo Control n= 37			Grupo Intervenido n=37			Efecto			
Variable	Pre test	Post test	Dif		Dif		Estadígrafo	valor p	Tamaño Efecto
	Media	Media	Antes- Despues	Media	Media	Antes- Despues			
HbA1c	7,1	7,3	0,178	7,1	6,9	-0,17	-1,732	0,08	0,040

t de Student. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla anterior muestra el efecto de la intervención sobre el comportamiento del indicador de resultado clínico HbA1c del del grupo control y del grupo intervenido pre y post intervención; en este caso se observa que las personas del grupo intervenido evidenciaron una clara disminución (Dif -0,176%), en comparación con el grupo control (Dif+0,178%), entre la medición pre y pos-test, hallazgo que no alcanzo a ser significativo.

Test de Hipótesis:

En lo que compete a la hipótesis operacional “Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, presentaran mejores resultados clínicos de hemoglobina glicosilada, en comparación a los usuarios externos del grupo control”, se rechaza, debido a que en los participantes del grupo intervenido los cambios en este parámetro no alcanzaron la significancia estadística.



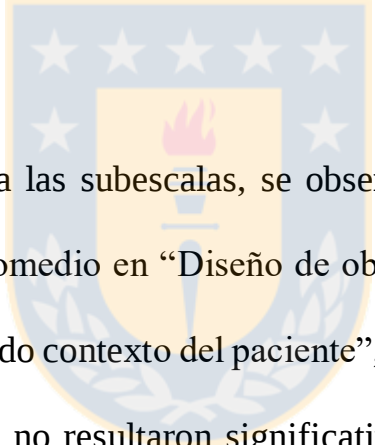
7.16.Efecto intervención en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas para paciente

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes									
Variables	Grupo Control n= 76			Grupo Intervenido n=87			Efecto		
	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	Dif Antes- Despues	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	Dif Antes- Despues	Estadígrafo	valor p	Tamaño Efecto
	Media	Media		Media	Media				
Activación del paciente	1,9	1,9	0,027	2,6	2,4	-0,188	-1,00 ^z	0,31	0,006
Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión	2,9	2,9	0,047	3,6	3,2	-0,399	-2,52 ^z	0,01*	0,038
Diseño de objetivos	2,4	2,5	0,081	2,8	2,9	0,090	0,04 ^z	0,96	0,000
Resolución de problemas considerando contexto del paciente	2,2	2,3	0,150	2,9	3,1	0,210	0,13 ^z	0,89	0,0001
Seguimiento- Coordinación	2,3	2,3	0,008	2,6	2,3	-0,287	-1,66 ^z	0,09	0,017
Promedio global	2,3	2,4	0,088	2,9	3,0	0,128	-1,15 ^z	0,25	0,008

Puntaje de 1 a 5 (1: nunca; 2: pocas veces; 3: a veces; 4 la mayoría de las veces; 5: siempre) A mayor puntaje mejor percepción del cuidado crónico. *Et de Student.* * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Fuente: Elaboración propia.

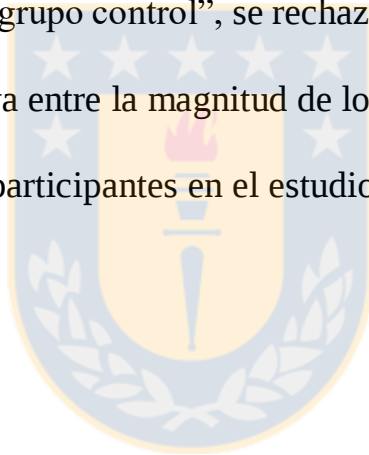
En lo que se refiere a la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del cliente externo; el efecto de la intervención evidencia que las personas del grupo intervenido presentaron un aumento post intervención en el puntaje global de la evaluación de la atención, en comparación con el grupo control, sin embargo este cambio no alcanzó a ser significativo.



En lo que se refiere a las subescalas, se observa que el grupo intervenido presentó un mejor promedio en “Diseño de objetivos” y en “Resolución de problemas considerando contexto del paciente”, en comparación con el grupo control, sin embargo no resultaron significativos ($p > 0,05$). Por otra parte “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo” presentó una disminución mayor en comparación con el grupo control, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Test de Hipótesis:

En lo que concierne a las hipótesis “Los usuarios externos del grupo intervenido, después de la intervención al equipo de salud cardiovascular, mejoran la percepción del cuidado crónico recibido, en comparación a los usuarios externos del grupo control”, se rechaza, debido a que no se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios en la medición pre-test y pos-test de los participantes en el estudio.



CAPITULO 8: DISCUSIÓN

8. DISCUSIÓN

Los resultados extraídos en este estudio han permitido evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular, con el propósito de fortalecer la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos, a través del Avance Innovador (serie BTS). El resultado de la intervención fue medido en los indicadores de resultado clínico de usuarios con enfermedad crónica DM y/o HTA y en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas desde la perspectiva del usuario interno y del usuario externo. Para comenzar se discuten los resultados del análisis de las medidas basales del usuario interno y del usuario externo, el cual incluye un análisis de las variables intervinientes y de las variables dependientes. Posteriormente, se tratan aspectos relevantes de la intervención, realizando una comparación al interior del grupo control y del grupo intervenido. Finalmente se presenta un análisis del efecto de la intervención en los indicadores de resultado clínico seleccionados y en la evaluación del cuidado crónico.

Con respecto a las variables sociodemográficas de los equipos de salud cardiovascular del grupo control y grupo intervenido, se observó que los participantes de este estudio fueron principalmente mujeres en ambos grupos, lo cual es coincidente con la feminización de los profesionales que trabajan en esta área en Chile ⁽¹¹⁰⁾. Asimismo estas características se condicen con el estudio preliminar de Lagos et al, en donde el 83 % de la muestra correspondió a mujeres ⁽³⁹⁾.

En relación a la variable profesión de los participantes en el estudio, se puede identificar que principalmente fueron profesionales enfermaras/os y médicos(as), TENS y nutricionistas, distinto de aquellos estudios, donde los principales actores fueron médicos ^(25, 29, 70). En sintonía con lo anterior la OMS refiere que Enfermería a nivel mundial representa la mayor disciplina en la gestión de las ECV y que junto a los otros miembros del equipo son fundamentales para el logro de la reducción de la muerte y discapacidad por estas afecciones ⁽¹¹⁾.

Asimismo es importante destacar la participación de otros profesionales y administrativos dentro de los estamentos que otorgan atención a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, entre ellos, podemos mencionar a Psicólogos, Químico farmacéutico y administrativos. Similares hallazgos se encontraron en estudios realizados por investigadores en Estados Unidos, quienes han incorporado dentro de los equipos de atención de usuarios/as con enfermedad crónica a otros estamentos como por ejemplo; Psicólogos, Nutricionista, Trabajador social, Técnicos, entre otros. 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 ^(9,70), su principal rol es acompañamiento y reforzamiento de la atención. Cabe señalar que el Técnico en enfermería depende directamente del profesional de enfermería y 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, tales como: rescate de usuarios/as crónicos para controles cardiovasculares, vínculos con la comunidad, participación en comité de salud, actividades de promoción y prevención, entre otras.

En este punto, es importante destacar la alta participación de los /las enfermeras/os en esta investigación, dejando de manifiesto con ello que enfermería está en directa relación con los cuidados proporcionados a los usuarios/as con enfermedad crónica. Este hallazgo revela que las enfermeras/os son 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 con cuidados planificados por 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. Por tanto, las enfermeras deben estar bien preparadas para asumir el reto de tratar la epidemia de las enfermedades crónicas en todo el mundo” ⁽⁴⁰⁾. En este sentido, 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 ^(40,41); favorecer el seguimiento de las terapias de larga duración; y promover la práctica en colaboración” ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, es importante destacar que llama la atención la baja participación de miembros del equipo psicosocial en la evaluación de la atención de usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular. Lo anterior puede deberse a las funciones establecidas para este recurso humano, no obstante se considera que para efectuar cambios en los a nivel de los programas de atención sanitaria, es necesario involucrar a todo el equipo que otorga atención de salud. Con ello se logrará efectuar un mejor seguimiento y estandarización de los cuidados, cuyo efecto puede ser medido en periodos posteriores especialmente en países con bajos y medianos ingresos ^(41,42). Es así como es imprescindible que los profesionales 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 y coordinar la oportunidad de mejorar la atención otorgada, ya que cada vez más, las enfermeras/os asumen un papel de dirección en la gestión de las enfermedades crónicas a consecuencia del creciente número de personas que necesitan cuidados ^(10, 11, 40).

Respecto de la variable evaluación de la atención proporcionada a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, ambos grupos coinciden en la evaluación de la atención de forma global, quienes la categorizaron como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas. Este resultado muestra consenso en la percepción de los equipos de salud, respecto de la forma de otorgar cuidados a usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, lo que concuerda con los resultados encontrados en un estudio preliminar efectuado en este mismo Servicio de Salud ⁽³⁹⁾, Por el contrario los resultados, difieren de los obtenidos, por Arteaga et al, en donde la mayoría de los puntajes se ubican en un apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas. Así como también difiere de otros estudios efectuados a nivel internacional, tales como los desarrollados en Estados Unidos y en México ^(74, 85,86).

Con respecto a los puntajes promedios obtenidos en cada una de las secciones del cuestionario, los equipos de salud del grupo control y del grupo intervenido, coinciden en que la sección mejor evaluada correspondió a “Organización del sistema de atención de salud”, sin embargo en este caso se encontraron diferencias estadísticamente significativas a nivel basal, presentando un promedio mayor en el grupo control, en comparación con el grupo intervenido, categorizándose como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas. Este hallazgo se encuentra en sintonía con el estudio de validación del instrumento EVAEC 3.5, realizado en Chile y con el estudio preliminar realizado en el Servicio de Salud Talcahuano ⁽³⁹⁾. Sin embargo difiere de los resultados de Barceló et al, en donde esta sección obtuvo un puntaje promedio más bajo ⁽⁸⁶⁾.

La segunda sección mejor evaluada por ambos grupos correspondió a “Vínculos con la Comunidad”, también categorizada como apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas. Estos resultados son concordantes con los encontrados por otros autores ⁽⁷⁰⁾, donde esta sección también se incluyó entre las mejores evaluadas. Esta buena

evaluación revela los esfuerzos del país en incorporar a la atención primaria, 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, 39). Sin embargo, se anhela una evaluación de la atención de salud totalmente desarrollada, lo que justifica el hecho de potenciar los vínculos comunitarios, a través de las alianzas y/o convenios con otras organizaciones comunitarias, que permitan apoyar el desarrollo en esta materia. En oposición a los resultados obtenidos, Barceló et al encontraron que esta sección fue evaluada como apoyo básico a las enfermedades crónicas ⁽⁸⁶⁾.

La sección “Diseño del Sistema de Atención” fue considerada por los equipos de salud del grupo control y grupo intervenido, como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas. Estudios previos realizados en Chile, México y Estados Unidos, comparten en que esta sección se encuentra apoyada básicamente ^(39, 68-70, 86). En este sentido el resultado dejar ver la necesidad de mejorar concretamente en la forma en que se provee la atención de salud. En lo que ha ello se refiere no basta con incorporar un mayor

número de intervenciones, aquello solo generara mayor carga en los equipos de salud. Por lo tanto lo que requiere primero que todo es capacitar a los equipos de salud para que asuman el rol y liderazgo necesario para reorganizar la atención de las personas con EC. Con ello se espera que el equipo de salud adquiera habilidades que permitan gestionar y orientar a los usuarios/as con afecciones crónicas y sus familias para acceder de mejor forma a los servicios sanitarios, tomando el rol protagónico que les compete dentro del mismo equipo de salud ⁽¹¹⁾.

La sección “Apoyo al autocuidado”, fue evaluada por ambos grupos 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 desarrollado, reflejando que las escasas estrategias por parte de ellos para apoyar a los usuarios/as y familias. Por lo tanto queda de manifiesto que es necesario aumentar los esfuerzos realizados por el Gobierno de Chile ⁽¹⁵⁾, en lo que respecta a la incorporación de estrategias innovadoras para fortalecer 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. Al mismo tiempo se requiere que los equipos de salud cuenten con habilidades para brindar apoyo en la resolución de inquietudes de los pacientes y sus familiares, así como también se hace necesario desarrollar intervenciones efectivas para el cambio de conducta y el apoyo de pares. Resultados similares se encontraron en estudios realizados previamente en Chile ⁽³⁹⁾, pero difiere de lo hallado en México ⁽⁸⁶⁾, en donde esta sección fue evaluada como apoyo totalmente desarrollado a la atención de enfermedades crónicas.

La sección “Sistema de Información Clínica” fue evaluada tanto por los equipos de salud del grupo control como por el grupo intervenido como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas, este resultado se debe principalmente a que los equipos consideran que falta un mayor desarrollo en lo que respecta a la implementación de listas de seguimiento de pacientes con patologías específicas, complicaciones, derivaciones, entre otras ⁽¹⁵⁾.

Asimismo la evaluación muestra la necesidad de implementar un sistema de retroalimentación entre los equipos de salud, que ayude a mejorar la información de subgrupos de pacientes que necesitan de la incorporación de la gestión de casos individual en la atención sanitaria. 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 ⁽¹⁶⁾. En síntesis, la adquisición de tecnologías de la información en la actualidad es una ventaja que permite 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 ⁽⁹⁾. Estos Resultados se encuentran en sintonía con los hallazgos discutidos por diversos autores en Chile y otros países del mundo ^(29,72).

Por último, las secciones con más bajos puntajes correspondieron, en el caso del grupo control “Apoyo a la toma de Decisiones” e “Integración de los componentes del Modelo”, quienes evaluaron estas secciones como apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas. Situación similar se encontró en el grupo intervenido, en donde “Apoyo a la toma de decisiones” e “Integración de los componentes del modelo” fueron evaluadas con más bajos puntajes y categorizadas como apoyo básico. Estos resultados concuerdan con los encontrados en estudios preliminares en Chile, pero difieren de los resultados de Bonomi et al, quienes hallaron como área menos desarrollada “sistemas de información clínica”. De la misma forma investigaciones posteriores en Estados Unidos y México revelaron que esta sección era percibida como un apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas (73, 74, 86).

Respecto de la sección “Apoyo a la Toma de Decisiones” los resultados encontrados pueden deberse principalmente a que los equipos de salud consideran que aún está básicamente desarrollada la formación y adquisición de competencias en el ámbito del cuidado de enfermedades crónicas, que les permita obtener y / o actualizar herramientas básicas dentro del equipo de sanitario. Asimismo se considera necesario trabajar en equipos interdisciplinarios para protocolizar las guías clínicas, de acuerdo al contexto del centro de salud, así como también otorgar información comprensible y concreta a los usuarios/as con enfermedad crónica. Esta área, se convierte en unas de las más débiles y requiere de fortalecimiento, encontrándose en sintonía no solo con hallazgos previos en Servicio de Salud Talcahuano ⁽³⁹⁾, sino que también se relaciona con las manifestaciones a nivel mundial, respecto de la necesidad de mejorar las competencias profesionales en la atención de usuarios con EC ⁽¹¹⁾. Por lo tanto, este hallazgo comprueba lo indispensable que resulta el desarrollo de la intervención, cuyo objetivo es proveer de evidencia para efectuar una mejor práctica clínica (práctica basada en la evidencia) a través del trabajo colaborativo entre disciplinas ⁽³⁸⁾. Lo anterior reforzará las estrategias Ministeriales, en lo que respecta al consumo de las guías clínicas existentes ^(3,15, 59, 60).

En relación a la sección “Integración de los Componentes del Modelo”, resulta preocupante el hallazgo encontrado, ya que la evaluación de esta área se preocupa de como los equipos comprenden la forma de otorgan cuidados e integran los elementos del MCC ⁽¹⁷⁾. De acuerdo a ello los resultados obtenidos evidencian el inexperience en la implementación del MCC, así como también lo imprescindible de 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 reflejará las competencias desarrolladas por los equipos de salud para manejar el dinámico proceso de cuidados de usuarios/as con afecciones crónicas. Cabe mencionar que, el desarrollo de la intervención no solo ha considerado aquellos aspectos débiles de la evaluación, sino que fue introduciendo de forma ordenada todos los aspectos del Modelo de Cuidados Crónicos, con énfasis en aquellas áreas en las que se ha identificado una oportunidad de mejoramiento, con el propósito de lograr los mejores resultados y controlar los costos ⁽¹⁷⁻³³⁾.

En cuanto a las características de los usuarios externos que participaron del estudio se encontró preferentemente mujeres (67,6%), tanto en el grupo control como en el grupo intervenido, lo que concuerda con que en Chile principalmente son las mujeres las que se realizan control de salud ⁽⁷⁾. El promedio de edad fue de 53,9 años (DE=7,5), lo que coincide con lo descrito por el Ministerios de Salud, en que a mayor edad mayor prevalencia de EC. También se ha encontrado que la edad resulta ser un factor predictor de enfermedad tanto HTA y DM ⁽¹¹¹⁻¹¹⁴⁾. En lo referente a la escolaridad mayoritariamente se encontró enseñanza básica completa y enseñanza media incompleta, lo anterior resulta relevante, ya que estudios dan cuenta de que una baja escolaridad puede estar asociada a malos hábitos de salud, desarrollo de mayor carga de enfermedad, baja adherencia al tratamiento y complicaciones ⁽¹¹¹⁻¹¹⁴⁾. En lo que se refiere al estado civil en ambos grupo hubo un predominio de personas casadas, lo que puede convertirse en un factor protector de apoyo para el acompañamiento y manejo de la salud y enfermedad de las personas que padecen enfermedades crónicas ⁽¹⁶⁾.

En lo referente al perfil de enfermedad crónica, la HTA resultó predominante en ambos grupos, en comparación con la DM, lo que concuerda con que en Chile la HTA representa la principal carga de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres ^(4, 61-67). Seguido de ello se encontró un alto porcentaje de HTA y DM, tanto en grupo control como en el intervenido. En este sentido la literatura muestra la existencia de patrones de multimorbilidad, tal es el caso que HTA podría estar presente antes de que la persona desarrolle hiperglicemia, a través del síndrome metabólico ⁽¹¹⁵⁻¹²³⁾. Así mismo, hallazgos muestran que entre un 50 y 80 % de los usuarios DM tenían incorporada HTA y que usuarios HTA conseguían mayor probabilidad de desarrollar DM (2,5) que una persona con PA normal ⁽⁷⁾. En definitiva, se encontraron usuarios con multimorbilidad que requieren de un equipo de salud que considere al usuario y su familia como una entidad protagónica del manejo de su salud y enfermedad, así como también potenciar la adquisición de competencias profesionales que permitan el apoyo al automanejo, a través del trabajo interdisciplinario ⁽¹²⁴⁻¹³⁴⁾.

Otro punto importante observado en esta investigación fueron los indicadores de resultado clínico de los usuarios que reciben atención de salud. Para comenzar, en los resultados basales de los indicadores PAS y PAD del grupo control y grupo intervenido se observó que en lo que se refiere a la clasificación de los valores de PA, estas cifras se encontraron en la categoría de PA normal ^(65,66), no obstante se ha demostrado que el riesgo de un ECV comienza a aumentar a niveles de PA 115/75 mmHg y se duplica con cada incremento de 20/10 mmHg, por lo tanto se debe continuar vigilando la atención de estos usuarios con EC ^(17-33, 115-133). Los resultado de este estudio difieren tanto en PAS y PAD de los encontrados en Chile por Veliz ⁽¹¹²⁻¹¹³⁾, quien encontró valores superiores en ambas medidas, pero concuerda con los hallados por Barceló et al, en donde las cifras de PA se encontraron en rango de normalidad para ambos grupos ⁽⁸⁶⁾.

Por su parte el indicador de HbA1c, presentó un promedio de 7.1 % (DE 1,8) en grupo control y un promedio similar en el grupo intervenido 7,1 % (DE 1,6), sin embargo se encontraron diferencias significativas en la distribución de HbA1c; en el caso del grupo intervenido se halló que más del 50 % de las personas tenía HbA1c mayor 6,7%, en comparación con los usuarios del grupo intervenido que tenían una HbA1c mayor 6,3%. A la luz de estos resultados, resulta imprescindible tomar medidas, ya que se evidencia que el cumplimiento de los indicadores clínicos aún es insuficiente. Sin embargo los valores de HbA1c de este estudio, difieren de los encontrados por otros estudios ⁽¹¹²⁻¹¹³⁾, en los cuales el valor de HbA1c fue mayor. Por lo tanto, se cree necesario lograr una evaluación en el tiempo que mejore los indicadores de procesos y con ello los indicadores de resultado y la calidad de la atención otorgada a las enfermedades crónicas. En lo que a ello se refiere, Enfermería como disciplina cuenta con los conocimientos necesarios para liderar y contribuir al progreso de la práctica del cuidado de los usuarios/as con enfermedad crónica, aportando con la introducción de herramientas de gestión, así como también de la articulación del metaparadigma de enfermería con el MCC y el mejoramiento de calidad, entre otros, asumiendo

un rol de liderazgo durante todo el proceso de intervención y seguimiento (40,49).

Se consideró relevante en esta investigación, no solo evaluar los parámetros clínicos del usuario externo, sino que también se creyó necesario evaluar la atención desde la perspectiva del usuario que recibe atención por el equipo de salud cardiovascular, tanto en el grupo control como en el grupo intervenido. En este sentido el cuestionario utilizado en este estudio recoge información sobre las acciones efectuadas por el equipo de salud para apoyar el automanejo de las personas. En el caso del grupo control, se aprecia que evaluaron la atención recibida en forma global con un promedio de 2,3 (DE 0,7), resultado que difiere estadísticamente de la evaluación de la atención efectuada por los individuos del grupo intervenido, con un promedio global de 2,9 (DE 0,9). Lo anterior permite observar la diferencia que existen en la forma en que se provee cuidados de salud a las personas con EC, donde las personas del grupo control refieren que “pocas veces” el equipo de salud efectúa acciones para apoyar el automanejo, en comparación con los usuarios del grupo intervenido, quienes declaran que “a veces” reciben atención enfocada en potenciar su automanejo. Por tanto queda visible que la forma de otorgar cuidados difiere dentro del Servicio de Salud Talcahuano. Ello

puede deberse a la monotonía con que se provee cuidados en el tiempo, así como también a la alta rotación profesional, lo que genera falta de confianza y credibilidad en las personas. Los resultados obtenidos son consistentes con otros estudios realizados ^(84, 92,98).

Respecto de las subescalas, los usuarios que reciben atención en el programa de salud cardiovascular de ambos grupos, concuerdan en que la sección mejor evaluada corresponde a “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión”, sin embargo para este caso se encontró diferencia significativa entre ambos grupos, mostrando un promedio mayor en el grupo intervenido 3,6 (DE 1,2), con respecto al grupo control 2,9 (DE 1,2). Este hallazgo evidencia que aunque esta área no es comprendida en profundidad por el usuario, ellos declaran que “a veces” y la “mayoría de las veces” reciben atención enfocada en potenciar su automanejo. Lo anterior deja de manifiesto que las personas que reciben atención de salud valoran los esfuerzos realizados por el Sistema Sanitario en proveer atención e información que dé respuesta a sus necesidades, sin embargo se hace necesario mejorar para lograr una mayor comprensión y participación de los usuarios y de la comunidad en la gestión de los cuidados de personas con EC.

Los resultados se condicen con los encontrados por Frei et al ⁽⁸⁴⁾, quienes encontraron una buena evaluación en lo que se refiere a esta subescala.

La subescala “Diseño de objetivos” fue la segunda mejor evaluada por el grupo control con un promedio de 2,4 (DE 0,9), en comparación con el grupo intervenido 2,8 (DE 1,0), ambos grupos señalan que “pocas veces” el equipo de salud incorpora estrategias dirigidas a proveer metas específicas, personalizadas y mancomunada con el propio usuario. Esta subescala presentó diferencias significativas en comparación con el grupo intervenido, quienes evaluaron con un mejor puntaje esta área 2,8 (DE 1,0). En lo que concierne a la subescala “Resolución de problemas considerando el contexto del paciente” esta fue la segunda mejor evaluada por el grupo intervenido 2,9 (DE 1,4), en comparación con el grupo control 2,2 (DE 1,0), señalando ambos grupos que “a veces” el equipo de salud orienta la prestación de salud pensando en el entorno social y las posibles barreras que tiene el y su familia para dar cumplimiento al plan terapéutico. En lo que a ello se refiere, el equipo debe dar cuenta de acciones que permitan potenciar el manejo de la salud y enfermedad de las personas con EC ⁽¹²⁴⁻¹³³⁾. Este resultado se condice

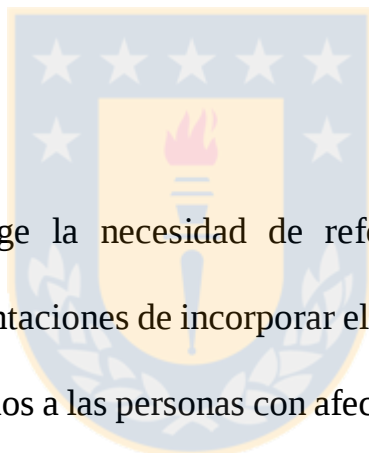
con la evaluación del equipo de salud, quienes manifiesta un “Apoyo al automanejo” básico ⁽¹⁷⁾. Teniendo en cuenta lo anterior el equipo de salud debe adquirir las herramientas necesarias que permitan dar respuesta a este aspecto, que favoreciendo el “Apoyo al automanejo”. Esta subescala presentó diferencias significativas en comparación con el grupo control, quienes evaluaron con un puntaje promedio menor esta área 2,2 (DE 1,0). Los resultados difieren de los encontrados por Frei et al, quienes en el estudio CARAT, tanto en grupo control como en el grupo intervenido otorgaron un puntaje promedio mejor a esta subescala ⁽⁸¹⁾.

Por otra parte, en lo que compete a la subescala “Seguimiento-Coordinación” se encontró un promedio mayor en el grupo intervenido 2,6 (DE 1,0), en comparación con el grupo control 2,3 (DE 0,7). Conviene señalar que no se encontraron diferencias entre grupos y ambos conciertan que el equipo “a veces” evalúa el progreso y coordinación de la atención en el tiempo. En cuanto a este resultado, es importante tener presente que esta subescala se relaciona con todos los componentes del MCC y por tanto se condice con la

evaluación proporcionada por el equipo de salud en la “Integración de los componentes del MCC”, la cual fue calificada como apoyo básico a las EC.

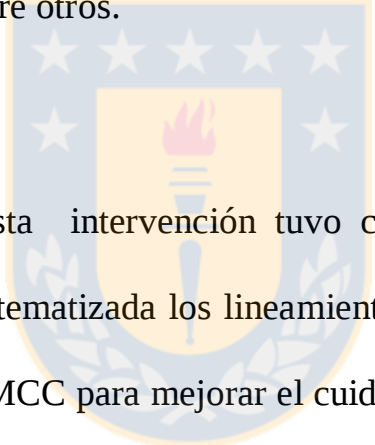
La subescala que obtuvo el más bajo puntaje en ambos grupos correspondió a la “Activación del paciente”, con un promedio de 1,9 (DE 1,1) en el grupo control y un promedio de 2,6 (DE 1,3) en el grupo intervenido, apreciándose una diferencia significativa. Este resultado orienta al equipo a mejorar las herramientas utilizadas para lograr el empoderamiento y rol principal que debe tener el usuario y su familia en el logro de una mejor salud. Este hallazgo se asemeja a los encontrados por Aragonés et al y Rick et al^(92, 93). Este resultado muestra que el MCC requiere ser trabajado por parte de los equipos de salud en lo que atañe al apoyo al automanejo, así como también aspectos de la integración del Modelo y del diseño de la atención de salud. Todo esto demandará de potenciar las competencias profesionales para que de esta forma se pueda mejorar la práctica del cuidado y con ello la percepción de la atención del usuario crónico⁽¹²⁴⁻¹³³⁾.

En síntesis los hallazgos de este estudio concuerdan con resultados de investigaciones previas ^(76, 84,91-93,98), sin embargo no se puede efectuar una comparación directa, debido a las diferencias en la estructuras de los sistemas sanitarios. Pese a lo anterior, han permitido advertir que las intervenciones tradicionales, tales como; consultas y controles, educación, medicamentos, entre otros, no han logrado resolver el problema del cuidado de personas con EC.



De esta manera surge la necesidad de reformar la atención de salud, considerando las orientaciones de incorporar el MCC y de este modo mejorar los sistemas de cuidados a las personas con afecciones crónicas. Sin embargo, en nuestro país no se dispone de un método que permita la implementación de este Modelo. Aunque, la Pontificia Universidad Católica ha desarrollado un manual que recopila información de cómo se podría implementar el MCC ^(63,64).

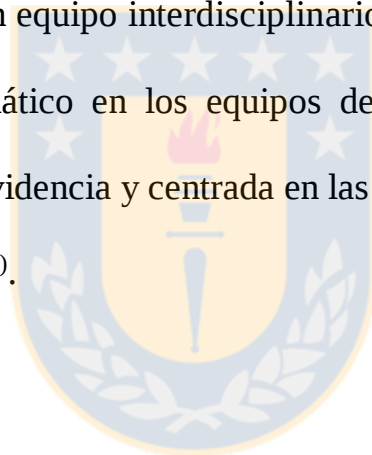
Es así como, la intervención desarrollada provee de una herramienta metodológica que permite la articulación de todos los elementos del MCC y considera la medición de su efecto en el mejoramiento de la evaluación de la atención y en la disminución de los indicadores de resultado clínico que permitan a largo plazo la efectividad de la atención de salud cardiovascular, en otras palabras la disminución de infartos, accidentes cerebrovascular, enfermedad renal, entre otros.



Dicho lo anterior, esta intervención tuvo como finalidad introducir de manera práctica y sistematizada los lineamientos Ministeriales, respecto de la incorporación del MCC para mejorar el cuidado de personas con EC ^(3, 17-33, 63,64). Para ello se dispuso de una serie de acciones y técnicas de gestión para efectuar la introducción de forma sinérgica de los todos los componentes del MCC en la práctica clínica. La operacionalización de esta innovación se efectuó siguiendo la lógica de la serie BTS ^(38, 53,54), a través de 4 etapas, las que se encuentran relacionadas entre sí. Esta articulación permitió suministrar evidencia científica a los equipos de salud, utilizando un programa de formación continua de apoyo a la toma de decisiones. Este

programa incluyó un set de tecnologías para el soporte de entrega de la información denominada software virtual, así como también un set de recursos pedagógicos e interactivos que permitieron difundir la evidencia disponible, para que fuera probada y utilizada por los equipos en formación antes de ser trasferencia a la práctica. Ello contribuyó a potenciar en los equipos de salud el desarrollo de competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales en lo que respecta al cuidado de personas crónicas. Sumado a lo anterior la introducción de la metodología fue apoyada a través de un sistema de seguimiento y acompañamiento de manera presencial y virtual. Del mismo modo se incluyó un sistema de monitorización, indispensable para ver el proceso de implementación del MCC y su impacto en los resultados clínicos. Para aquello se incluyó un set de herramientas de mejoramiento continuo y de gestión. Así esta innovación proporcionó conocimiento, para que este fuera administrado y gestionado en la atención primaria, otorgando características innovadoras y vanguardistas, que generaran diferenciación y ventajas competitivas, respecto de otros proveedores de esta tecnología en Chile ⁽⁸⁸⁾, así como también de otras intervenciones realizadas en mundo científico para el progreso de la salud y bienestar de las personas con afecciones crónicas ^(63,64, 88).

Asimismo esta innovación es congruente con los lineamientos que se han planteado a nivel mundial como desafío para la disciplina de Enfermería e ilustran la importancia de la formación de profesionales competentes en la gestión de la atención de usuarios con enfermedad crónica. Todo este movimiento se ha emplazado desde la teoría a actividades prácticas, que conllevan investigación y acción en la atención sanitaria, la cual se ha centrado en liderar un equipo interdisciplinario con el propósito de efectuar un cambio paradigmático en los equipos de salud, bajo el sello de una atención basada en evidencia y centrada en las necesidades de las personas y de la comunidad ⁽⁴⁰⁻⁴⁹⁾.



A continuación se presentaran los resultados al interior de cada grupo antes y después de la intervención. Se comenzará analizando los cambios en la evaluación del cuidado crónico percibido por el equipo de salud, seguido de ello se procederá a analizar los cambios intragrupo en los indicadores de resultado clínico PAS, PAD, HbA1c y en la evaluación del cuidado crónico del usuario externo.

Respecto de los resultados en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas desde la perspectiva del equipo de salud antes y después de la intervención, al interior del grupo control y del grupo intervenido; primero que todo se tiene que la escala permitió evaluar la reciprocidad de la prestación de salud con el MCC, entregando información que permitió orientar a los equipos de salud en el mejoramiento de la calidad de la atención de personas con EC ⁽²⁹⁻³³⁾. En el caso del grupo intervenido se aprecia una significativa mejoría en la evaluación de la atención global, pasando de un promedio de 5,4 (DE 1, 3) a un puntaje promedio de 6,6 (DE 1,6) después de la intervención. Los hallazgos se condicen con los encontrados por Glasgow et al ⁽⁷⁴⁾ y por Barceló et al ⁽⁸⁶⁾, quienes luego de incorporar intervenciones en los equipos de salud, obtuvieron mejores resultados en esta evaluación. Este resultado deja ver que la introducción de cambios a través de la intervención mejora la evaluación de la atención, en donde la atención cambio de una categoría básica a una razonablemente buena ⁽¹⁷⁻³⁷⁾. En este sentido, este logro podría ser atribuido en primer lugar a que las personas involucradas tenían como desafío el cambio en la forma de otorgar cuidados, ello precisó del compromiso de quienes participaron de la intervención, así como también de la asociación coordinada de todos los componentes del

MCC. Seguido de ello, la organización de salud adoptó una visión sistémica, que consideró la introducción de apoyo y reforzamiento en las competencias profesionales y el trabajo en equipo, asumiendo la responsabilidad en el rediseño la atención de salud, según el contexto para el apoyo al automanejo de los usuarios. Autores concuerdan en que “la incorporación de múltiples componentes dirigidas tanto a los pacientes, como a los profesionales y a la propia organización, son más efectivos en la mejora asistencial” ⁽³²⁾. Respecto del grupo control, se observó una situación diferente, ya que la evaluación de la atención presentó una disminución estadísticamente significativa entre la medición antes y después de la intervención, encontrándose un descenso en el promedio global de la evaluación de la atención, el cual se movió de un promedio de 5,5 (DE 1,7) a un 5,0 (DE 1,6), dejando de manifiesto la realidad de un equipo que ejecuta una atención habitual, y que si continúa con un apoyo básico a los cuidados de las personas con EC, la situación puede ser progresiva, afectando la gestión de la atención las EC, eficiencia y con ello un mayor gasto en salud ⁽¹¹⁾.

En cuanto a las secciones, se aprecian claras diferencias dentro de cada grupo antes y después de la intervención, las que dan cuenta del proceso de incorporación de cada uno de los componentes del MCC, a través de la serie BTS ^(38, 53,54); en el caso del grupo intervenido se hallaron incrementos estadísticamente significativos ($p < 0,05$), al contrario del grupo control que presentó una disminución, por lo tanto los incrementos pueden ser atribuidos a la intervención. En el caso del grupo intervenido se observa que la sección “Apoyo a la Toma de Decisiones” fue la que más aumentó, pasando de un promedio de 4,4 (DE 1,8) a un promedio de 6,5 (DE 1,9). Este resultado permite afirmar de que “aunque los profesionales suelen estar al día en los tratamientos basados en evidencias, no siempre se encuentran preparados para tomar decisiones con personas con EC, debido a las necesidades de información y apoyo emocional que demandan los enfermos Crónicos” ⁽¹¹⁾, por lo tanto el apoyo introducido a través de la intervención para la adquisición de competencias en la toma de decisiones queda confirmado por los equipos en esta área de la evaluación, pasando de un apoyo básico a un apoyo razonablemente bueno. Este hallazgo se asemeja al encontrado por Barceló et al, quienes tras un período de intervención obtuvieron mejores resultados en esta sección de la evaluación ⁽⁸⁶⁾. Por su parte en el grupo

control en esta sección presentó una disminución, lo que revela la necesidad de apoyo por parte de los equipos de salud para efectuar el mejoramiento del cuidado de personas que padecen enfermedades crónicas.

Respecto de la sección “Integración de los Componentes del Modelo”, se aprecia un aumento significativo, el cual mejoró de un promedio de 4,4 (DE 1,8) a un puntaje de 6,2 (DE 1,9), transitando de un apoyo básico a un apoyo razonablemente bueno a las EC. Este hallazgo es notable, ya que “los seis ítems incorporados en esta área revelan como los equipos integran todos los elementos del MCC en la atención de salud”⁽¹⁷⁾. Este resultado, hace ver que la sistematización y el lado humano con la que fue asociado cada componente del MCC en la intervención, fue bien comprendida por los equipos de salud. Por lo tanto, el proceso de mejora, puede ser considerado prometedor para alcanzar una atención futura totalmente desarrollada⁽¹⁷⁻³⁷⁾. Para el caso del grupo control esta sección empeoró, lo que deja demostrado la necesidad de herramientas para el logro de los objetivos Ministeriales en esta temática^(16, 70,71).

En cuanto a la sección “Diseño del sistema de atención” en el grupo intervenido, también aumentó significativamente, desde un promedio de 5,4 (DE 1,7) a un puntaje promedio de 6,5 (DE 1,8), atravesando de una atención básica a una atención razonablemente buena para las EC. En lo que a ello se refiere, este componente se circunscribe más allá de agregar nuevas intervenciones, por el contrario la literatura refiere que para su desarrollo e impacto en la atención, se requiere de cambios en la estructura de la práctica ⁽³⁸⁾. En este sentido, la evaluación proporcionada por el grupo intervenido deja ver que los elementos incorporados en la intervención lograron ser comprendidos por el equipos de salud, quienes en el contexto de la práctica real lograron identificar necesidades priorizadas e inherentes para el mejoramiento de su trabajo, pudiendo ser capaces de planificar y reestructurar nuevas formas de cuidado, que les permitieran ejecutar habilidades procedimentales, con roles y tareas definidas de forma interdisciplinaria. En lo que respecta al grupo control este presentó una disminución en su evaluación, dejando visible la insuficiente experiencia del equipo para dar respuesta a una mejor atención ⁽¹¹⁾.

La sección “Apoyo al autocuidado” en el grupo intervenido que antes tenía un promedio de 5,0 (DE1, 9) aumentó a un puntaje promedio de 6,1 (DE 2,0), si bien este resultado se movió de un apoyo básico a un apoyo razonablemente bueno, aún no es comparable con el hallazgos de Barceló et al ⁽⁸⁶⁾, quienes transitaron de un apoyo razonablemente bueno a un apoyo totalmente desarrollado a las enfermedades crónicas. Sin embargo, en lo que se refiere a la mejora, el equipo intervenido apreció positivamente la incorporación de todos los elementos asociados para el desarrollo del apoyo al automanejo. Lo anterior consideró provisionar de forma práctica el modelo de las 5 Aes (52-55), con el fin de contar con un instrumento de valoración, que hiciera visible el seguimiento de este componente por todos los miembros del equipo. Así mismo se pusieron en práctica otros recursos para valoración estandarizada, tales como la autoeficacia, etapa de cambio, riesgo cardiovascular en los usuarios con EC, así como también el trabajo entre pares interdisciplinarios. Todo con el fin de generar un plan de cuidados claro y consensuado con el paciente en un corto y mediano plazo ^(56,57). En el grupo control esta sección presentó un aumento en el promedio de 4,9 (DE 1,9) a un, 5,2 (DE 2,0), pero este resultado no fue significativo.

La sección “Vínculos con la comunidad”, en el caso del grupo intervenido pasó de un promedio de 6,4 (DE 2,0) a un puntaje promedio de 7,5 (DE 1,6). Aunque esta sección se mantuvo como una atención razonablemente buena, revela lo oportuno que fue para el equipo intervenido haber formado una alianza de apoyo en la mejora de las EC. Por tanto se cree necesario continuar potenciando esta área para que más organizaciones y personas sean sumadas a este ejercicio ⁽¹⁶⁾. Situación contraria se halló en el grupo control en el cual se presentó una disminución significativa, pasando de un promedio de 7,2 (DE 2,3) a un 5,1 (DE 2,0) después del periodo de intervención.

Por su parte la sección “Sistema de información Clínica” en el grupo intervenido mejoró significativamente, pasó de un promedio de 5,5 (DE 1,4) a un 6,4 (DE 1,9). Este resultado difiere del encontrado por Barceló et al ^(85, 86). En lo que respecta a esta sección, los equipos del grupo intervenido dan cuenta a través de la evaluación pos test, del trabajo desarrollado y de los elementos incorporados para proveer una mejor atención. Se espera que la magnitud del cambio en esta área se haga más evidentes en el tiempo, no obstante los profesionales fueron capaces de diseñar sistemas de registros

compartidos, recordatorios y seguimiento telefónico con sus pacientes, así como también crear un sistema de registro para el usuario, y su familia en el cual se exploran acuerdos, metas y objetivos. Se cree que este avance mantenido en el tiempo y pese a los escasos recursos, puede llegar a ser un medio eficiente para el logro de una atención totalmente desarrollada ⁽¹⁷⁻³³⁾.

Finalmente la sección “Organización del Sistema de Atención de Salud” también presentó un aumento, la cual se movió de un promedio de 6,8 (DE 1, 4) a un puntaje promedio de 7,0 (DE 1,4), sin embargo fue la única que resultó no significativa, a diferencia de lo encontrado por Barceló et al ⁽⁸⁶⁾. Lo anterior puede deberse a que los equipos estiman que aún falta mayor compromiso e incentivos por parte de las organizaciones, así como también mayor colaboración con los establecimientos de referencia y contra referencia públicos y privados. En cuanto al grupo control esta sección bajó de un promedio 7,7 (DE 1,8) a un promedio de 6,5 (DE 1,7), no obstante se mantuvo dentro de la categoría de un apoyo razonablemente bueno a la atención de las enfermedades crónicas.

Respecto de los cambios en las medidas resumen de los indicadores de resultado clínico de PAS y de PAD del grupo control y del grupo intervenido antes y después de la intervención; Se aprecia en el caso del grupo control que la PAS antes de la intervención presentó un promedio de 126,5 mmHg (DE 16,8), cifra que se mantuvo después con un promedio de 126,5, (DE 13, 0). Respecto de la PAD, se observó un aumento, este parámetro paso de un promedio de 78,7 mmHg (DE 12,0) a un promedio de 80,3 mmHg (DE 11,6). En lo que a ello concierne, si bien los valores de PA, se encontraron en la categoría de PA normal ^(9,66), no obstante se ha encontrado que el riesgo de ECV comienza a aumentar a niveles de PA 115/75 mmHg y se duplica con cada incremento de 20/10 mmHg ⁽¹²⁴⁾. Por lo tanto, si se continúa otorgando cuidados de la misma manera y no se toman las medidas, esta inestabilidad puede ser mantenida en el tiempo generando un mayor riesgo para la persona que padecen de EC ⁽⁹⁾.

En relación al grupo intervenido, la situación fue diferente observándose una mejoría, tanto en la PAS, como en la PAD, en el caso de la primera, el promedio de PAS pasó de un promedio de 125,4 (DE 14,3) a un promedio de 124,3 (DE 13,0) después de la intervención. Para la PAD el promedio se movió de 79,6 (DE 10,7) a aún puntaje promedio de 77,0 (DE 11,1). Estos hallazgos se condicen con los encontrados en otras investigaciones, tal es el caso de Lynch et al, quienes efectuaron un estudio enfocado hacia el apoyo al automanejo y tras 6 meses de trabajo no encontraron diferencia significativa en el grupo control, ni el grupo intervenido ⁽⁷⁷⁾, sin embargo, difiere del estudio de Hiss et al, quienes después de 6 meses de intervención hallaron mejoras significativas en la PAS del grupo intervenido en comparación con el grupo control ⁽⁷⁵⁾. A pesar de que los resultados no fueron estadísticamente significativos, desde el punto de vista clínico, la intervención fue relevante, ya que en la actualidad no se dispone de un método que permita introducir cambios sistematizados en la forma de otorgar cuidados y que permita en un corto plazo disminuir y mantener PA en niveles óptimos. Por lo tanto se considera que si este método se mantiene en el tiempo permitirá mejorar de manera eficaz y eficiente los indicadores de resultado clínico y con ello mejorar la efectividad del PSCV. En adición a ello, la

literatura da cuenta que reducción de 5 mmHg en la PAD, han resultado en una disminución significativa de complicaciones, tales como muerte por diabetes e infartos cerebrales y desarrollo de complicaciones microvasculares ⁽¹¹⁶⁻¹²³⁾. Por tanto, se hace necesario continuar con la investigación para evaluar cambios en el grupo intervenido en un plazo mayor a estos 6 meses, ya que se espera que el equipo este inmerso en un mediano plazo en la nueva cultura de proporcionar cuidados a las personas que padecen EC, de este modo se logren resultados como los obtenidos por Frei et al, quienes tras 12 meses de intervención lograron mejoras estadísticamente significativas en la presión arterial ⁽⁸⁴⁾.

En lo que concierne a los cambios en el indicador de resultado clínico HbA1c, se encontró en el grupo control un aumento en el promedio de la HbA1c, el cual tránsito de un 7,1 % (DE 1,8) a un 7,3% (DE 1,9) después de la intervención. Respecto de este hallazgo, estudios dejan ver que el aumento de la HbA1c en el usuario DM, puede llevar a mayor progresión de las complicaciones microvasculares ⁽¹²⁰⁾, lo cual puede retrasar el logro de la compensación de la enfermedad, así como también puede generar asociación de otras enfermedades. En lo que a ello se refiere la literatura muestra la

existencia de patrones de multimorbilidad, tal es el caso que HTA podría estar presente antes de que la persona desarrolle hiperglicemia, a través del síndrome metabólico ⁽¹¹⁶⁾. Asimismo, hallazgos muestran que entre un 50 y 80 % de los usuarios DM tenían incorporada HTA y que usuarios HTA conseguían mayor probabilidad de desarrollar DM (2,5) que una persona con PA normal ⁽¹¹⁸⁾. En definitiva la multimorbilidad requiere ⁽¹²⁴⁻¹³³⁾ de un equipo de salud que considere al usuario como sujeto protagónico en el manejo de su salud y enfermedad, así como también potenciar la adquisición de competencias profesionales que permitan el apoyo al automanejo, a través del trabajo interdisciplinario ⁽⁶³⁻⁶⁴⁾. Los valores de HbA1c de este estudio, se condicen con los encontrados por Glasgow et al y por Lange et al ^(74,88).

En cuanto al grupo intervenido, se aprecia una mejoría en el indicador HbA1c, disminución que se observa al comparar el promedio obtenido en la primera medición de 7,1 % (DE 1,6) con el promedio después de la intervención 6,9% (DE 1,6). Este hallazgo concuerda con los encontrados en otras investigaciones, entre ellas se menciona la de Morgan et al, quienes luego de 6 meses de intervención no encontraron diferencias significativas

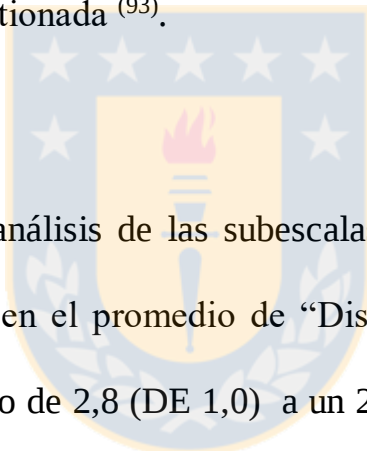
intra grupo ⁽⁷⁸⁾, así mismo Lynch et al, efectuaron un estudio con enfoque hacia el apoyo al automanejo, tras 6 meses de trabajo tampoco encontraron diferencia significativa en la HbA1c ⁽⁷⁷⁾. No obstante, es importante destacar que la reducción encontrada para este parámetro en este estudio, fue mejor que la de otras investigaciones desarrolladas en Chile, tal es el caso de Lange y et al, quienes después de 15 meses de apoyo al automanejo obtuvieron menores cambios en el grupo intervenido y un mayor aumento en el grupo control ⁽⁸⁸⁾. A pesar de que el hallazgo encontrado no alcanza la significancia estadística, la relevancia clínica que se le puede atribuir es la disminución del porcentaje de HbA1c, se cree que si se mantienen los esfuerzos y cambios incorporados en la atención proporcionada a lo largo de la cultura sanitaria se podría una baja de al menos un 21% en el riesgo de muerte asociado a la diabetes y 14% de reducción en el riesgo de infarto en los 10 años ^(114, 115, 118,120). En consecuencia, se hace preciso mejorar, con el propósito de incrementar la proporción de personas con EC bien controla, considerando que el RCV en usuarios con HTA y DM se multiplica, por tanto se requiere de un mayor esfuerzo en el control de los parámetros terapéuticos, más aún en la región del Bío Bío, que en el año 2014 reporto una mortalidad por ACV superior al país (59,3%) ⁽⁴⁾. Para aquello, será necesario valorar este tipo de

estrategias que permiten efectuar cambios en la forma de otorgar cuidados, haciendo frente aquellas causas que podrían estar afectando el logro de la cobertura efectiva, entre ellas, cumplimiento de estándares de manejo clínico, baja adherencia terapéutica, competencias profesionales, etc. ⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾. En este sentido, estudios revelan diferencias significativas, incorporando todos los elementos del MCC, luego de 18 meses de intervención Barceló et al ⁽⁸⁶⁾. Por tanto, se cree necesario continuar con la investigación para evaluar el cambio en un plazo mayor a 6 meses, ya que se espera que el equipo este inmerso en un mediano plazo en la nueva cultura de proporcionar cuidados a las personas que padecen EC. Ello precisará del compromiso de quienes lideran la atención primaria, los equipos de salud, usuarios y familias, en proveer un plan de cuidado personalizado, sistematizado, con contenga objetivos y metas claras para cada individuo. Así mismo será fundamental capacitar a los equipos de salud para fortalecer las competencias cognitivas y procedimentales en atención de EC, así como también abastecer de herramientas metodológicas que permitan incorporar el MCC como un complemento a la atención de salud familiar, contribuyendo con evidencia concreta a la práctica del cuidado de las EC ⁽¹²⁴⁻¹³³⁾.

En lo que se refiere a los cambios en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del cliente externo, registrados en el grupo control y grupo intervención antes y después de la intervención; primero que todo, el instrumento aplicado permitió recoger información sobre diversos aspectos de la incorporación del MCC, con énfasis en el apoyo al automanejo ^(17-37, 63, 64). En el caso del grupo intervenido se aprecia un leve aumento post intervención en el promedio global de la evaluación de la atención, pasando de un puntaje promedio de 2,9 (DE 0,9) a un promedio de 3,0 (DE 0,9). Este hallazgo se condice con el estudio de Frei et al, en el cual el promedio global pasó de 3,1 a un 3,3 ⁽⁸⁴⁾. Así mismo, si bien la calidad de la atención global mejoró, no alcanzo a ser significativa, lo que puede atribuirse a que el resultado obtenido, corresponde a un promedio de la evaluación de las 5 subescalas, dentro de las cuales, “Seguimiento- Coordinación” y “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo” presentaron una disminución.

Respecto de lo anterior, se debe tener en cuenta que estas subescalas fueron diseñadas para medir aspectos generales de 2 componentes del MCC relacionados con el “Sistemas de información clínica” y “Organización del sistema sanitario”, los cuales generalmente no son entendidos por los usuarios ^(92, 93, 94,98). Por tanto, este resultado puede ser considerado un evento secundario, el cual puede estar relacionado; primero que todo porque los cuidados innovadores fueron entregados en pequeña escala y en un corto periodo de tiempo, por lo tanto no todos los encuestados pudieron haberse visto beneficiados directamente de los cambios incorporados a la hora de efectuada la aplicación del cuestionario, ya sea porque no les correspondía control CV, según nivel de riesgo o por factores que pueden ser atribuidos a la incorporación y reestructuración de otros elementos del MCC, tales como rediseño de la atención de salud. En segundo término no se puede dejar de lado que la culturización de los cuidados hasta ahora, ha estado bajo un paradigma de atención pasiva, basado principalmente en el resolver manifestaciones agudas de las enfermedades en forma reactiva. El desafío es continuar mejorando la atención, a través de la visibilización y comprensión de la reestructuración del cuidado otorgado por parte de los equipos de salud, así como también empoderar al usuario y su familia para que de esta forma

sean entes activos del manejo de su salud y enfermedad. Ello precisara de estrategias para hacer mayor difusión y alianzas con los vínculos comunitarios. En cuanto al grupo control, se muestra un leve aumento después de la intervención en el puntaje global, el cual paso de un puntaje promedio de 2,3 (DE 0,7) a un 2,4 (DE 0,7), no obstante los usuarios continúan indicando que la atencion proporcionada por los equipos de salud “a veces” es bien gestionada ⁽⁹³⁾.



Continuando con el análisis de las subescalas, en el grupo intervenido se observó un aumento en el promedio de “Diseño de objetivos”, el cual se movió de un promedio de 2,8 (DE 1,0) a un 2,9 (DE 1,0) y de “Resolución de problemas considerando contexto del paciente” que aumentó de un promedio de 2,9 (DE 1,4) a un 3,1(DE 1,2). El aumento de los promedios de estas subescalas se encuentran en sintonía con los resultados de Frei et al ⁽⁸⁴⁾. Por su parte el puntaje de la subescala “Activación del paciente”, no sufrió modificaciones, este último hallazgo se condice con el encontrado por Schillinger ⁽⁷⁶⁾. A pesar de que estos resultados no fueron significativos, revelan aspectos importantes, relacionados con el apoyo al automanejo,

componente esencial para el logro del empoderamiento de los usuarios y del manejo de su enfermedad, por tanto queda de manifiesto que el equipo de salud ha comenzado con la introducción de cambios los cuales fueron perceptibles por los usuarios en esta área. “La literatura da cuenta que uno de los problemas fundamentales de los usuarios que reciben atención de salud es la falta de motivación para ser un sujeto activo de su salud, lamentablemente muchas veces, en la práctica el usuario no suele adoptar dicha posición” ⁽³²⁾, Por lo tanto el desafío es continuar con la introducción de mejoramiento y en esta primera etapa la analogía debe ser prolongada y fomentada por los equipo de salud. Respecto del grupo control la subescala “Diseño de objetivos” se movió de un promedio 2,4 (DE 0,9) a un 2,5 (DE 0,9) y Resolución de problemas considerando contexto del paciente” paso de un 2,2 (DE 1,0) promedio a un 2,3 (DE 1,2) y “Activación del paciente” 1,9 (DE 1,1) no presentó modificaciones, no siendo los resultados significativos ($p>0,05$). Si bien los resultados mejoraron, difieren de los encontrados por Frei et al ⁽⁸⁴⁾, quienes luego de 12 meses de intervención, obtuvieron mejoras significativas en esta evaluación. Por tanto, se cree necesario continuar con la investigación para evaluar su efecto en un plazo mayor a estos 6 meses, ya que se espera que el equipo y el usuario estén inmersos en un mediano plazo

en la nueva cultura de proporcionar cuidados a las personas que los padecen EC ⁽⁷²⁻⁸⁸⁾.

Los resultados extraídos, hacen visible que la intervención efectuada en los equipos de salud del grupo intervenido durante un periodo de 6 meses, generó un mejoramiento de la atención, lo cual queda demostrado en los cambios de los indicadores de evaluación de la atención del usuario interno y externo y en la mejoría de los indicadores de resultado clínico. Por lo tanto, se cree necesario continuar con la sistematización en lo que respecta a la incorporación del MCC, pudiendo verse fortalecida por al menos 12 meses de ejecución, así se convierta en una herramienta metodología validada para el progreso organizativo del PSCV que impacte en la calidad y en los indicadores de resultado clínico de las personas ^(32, 70, 71, 81-88).

A continuación se muestran los promedios de los indicadores de resultado clínico Hb A1c, PAS, PAD y de la evaluación de la atención, desde la perspectiva del usuario externo e interno del grupo control y grupo intervenido, así como también las diferencias valoradas entre cada grupo pre y post test. Posteriormente se refleja el efecto atribuible a la intervención, es decir, las diferencias entre los cambios de la evaluación basal y post-intervención entre el grupo control y el grupo intervenido. Finalmente se procede a efectuar las pruebas de hipótesis de esta investigación.

Respecto del efecto de la intervención en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del equipo de salud, se evidencia que las personas del grupo intervenido presentaron un aumento estadísticamente significativo post intervención en el puntaje global de la evaluación de la atención, en comparación con el grupo control. En cuanto a las secciones, el efecto de la intervención indica que las personas del grupo intervenido presentaron incrementos significativos ($p < 0,05$), en comparación con el grupo control en “Organización del Sistema de Atención de Salud”, “Vínculos con la comunidad”, “Apoyo a la Toma de Decisiones

“, “Diseño del sistema de atención”, “Sistema de información Clínica” y por ultimo “Integración de los Componentes del Modelo”. Por su parte la sección “Apoyo al autocuidado” también presentó un aumento, pero fue la única que no resulto significativa. En lo que concierne a la hipótesis, no se rechaza, debido a que se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios de la calidad de la atención, en la medición pre-test y pos-test de los participantes en el estudio. Este hallazgo se encuentra en sintonía con el estudio de Barceló et al ⁽⁸⁶⁾, por lo tanto se considera relevante continuar con la investigación, a través de seguimiento de los cambios efectuados por esta intervención, para el logro de “un apoyo a la atención de personas con enfermedades crónicas totalmente desarrollada” ⁽¹⁷⁻³³⁾.

Este acierto muestra lo relevante que resultó la incorporación de la intervención en esta materia, aplicando de forma congruente en la práctica del cuidado clínico el marco conceptual propuesto por el Ministerio de salud de Chile. En lo que a ello se refiere, el desafío precisó de un método que permitiera la asociación sistematizada de todos los elementos del MCC ⁽¹²⁻³³⁾, así como también demandó la adopción de un cambio paradigmático de la forma de otorgar cuidados por la organización de salud ^(70,71), fortaleciendo las competencias de los profesionales y el trabajo en equipo del grupo intervenido, lo cual fue asumido en el rediseño la atención de salud para el logro del apoyo al automanejo de los usuarios. Es así como, estos resultados comprueban el hecho de que “la atención proporcionada por los equipos de salud, después de una intervención puede ser transformada: de un apoyo básico a un apoyo razonablemente bueno a las EC” ⁽¹⁷⁾, así mismo los hallazgos comprueban que “el aprendizaje colaborativo es uno de los medios, que permite el avance de la calidad en salud ⁽³⁸⁾, así como también de que “la incorporación de múltiples componentes MCC, dirigidos tanto a los pacientes, como a los profesionales y a la propia organización, son más efectivos en la mejora asistencial” ⁽³⁸⁾.

Respecto del efecto de la intervención sobre los indicadores de resultado clínico PAS y PAD; en el caso de la PAS, se observa que las personas del grupo intervenido presentaron una mejoría entre la magnitud de los cambios del pre y pos-test (Dif -1,04 mmHg), en comparación con el grupo control (Dif+0,030 mmHg), hallazgo que no alcanza a ser significativo para la intervención. En lo que a ello se refiere los resultados de este estudio se condicen con los encontrados por Glasgow et al ⁽⁷⁴⁾, quienes no obtuvieron mejoras en la PAS después de 4 meses de estudio. Por su parte Morgan et al, luego de 6 meses de apoyo al automanejo no encontró diferencias entre los grupos ⁽⁷⁸⁾. Asimismo Lynch et al, después de 6 meses tampoco encontraron diferencias para este parámetro entre el grupo control e intervenido ⁽⁷⁷⁾. Aunque los resultados del presente estudio no fueron estadísticamente significativos, y se debió rechazar la hipótesis de trabajo, se rescata como efecto atribuible de la intervención realizada en el grupo intervenido, que la PAS disminuyó; entre la medición pre y pos-test. Así mismo se confirma que “en la medida que la atención de salud proporcionada por los equipos de salud es congruente con el MCC, se espera un cuidado mejor gestionado y con ello mejores resultados clínicos en usuarios con EC” ⁽¹⁷⁻³³⁾. En este sentido estudios revelan diferencias estadísticamente, luego de 12 meses de

intervención ⁽⁸⁴⁾. Por tanto, se cree necesario continuar con la investigación para evaluar su efecto en un plazo mayor a estos 6 meses, ya que se espera que desde un corto a un mediano plazo el equipo este inmerso en la nueva forma de proporcionar cuidados a las personas que padecen EC ⁽¹²⁷⁻¹³⁴⁾.

En cuanto al efecto de la intervención sobre la PAD, se observó una mejora estadísticamente significativa, en donde las personas del grupo intervenido evidenciaron una disminución (Dif -2,55 mmHg) en comparación con el grupo control (Dif+1,58 mmHg) entre la medición pre y pos-test. El tamaño del efecto de la intervención fue clínicamente relevante, en donde alrededor de 20 % de las personas pudieron ser beneficiadas con esta solución, por lo tanto la hipótesis de trabajo no se rechaza. Este hallazgo es destacado, ya que estudios han revelado que el mantener un control de la PAD tiene un impacto en la reducción del riesgo cardiovascular ^(116,117, 120). Asimismo, a través de la intervención se pudo comprobar que “en la medida que la atención de salud otorgada por los equipos de salud es congruente con el MCC, se alcanza un mejor apoyo al automanejo y con ello mejores resultados clínicos en los usuarios con EC” ⁽¹⁷⁾. Estos resultados se condicen con los de Frei et al ⁽⁸⁴⁾,

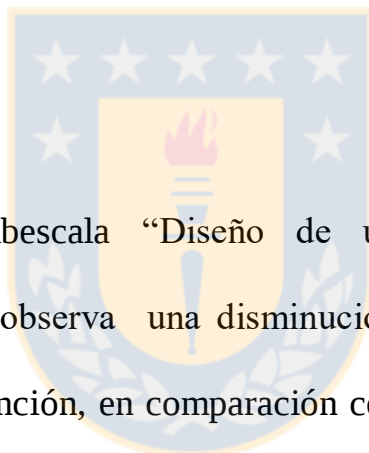
quienes después de 12 meses encontraron diferencias significativas en la PAD del grupo intervenido, en comparación con el grupo control.

En cuanto al efecto de la intervención sobre el comportamiento del indicador de resultado clínico HbA1c del grupo control y del grupo intervenido antes y después de la intervención; se observa que las personas del grupo intervenido evidenciaron una clara disminución (Dif -0, 176%), en comparación con el grupo control (Dif+0, 178%), entre la medición pre y pos-test, hallazgo que no alcanzo a ser significativos. Estos resultados se condicen con los encontrados por Glasgow et al ⁽⁷⁴⁾, pero difieren de otras estrategias utilizadas previamente a nivel nacional, tal es el caso del estudio de Lange et al ⁽⁸⁸⁾, quienes tras 15 meses de intervención en esta materia no lograron reducciones como las encontradas en este trabajo. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos y la hipótesis de trabajo se rechaza, se rescata que como efecto aplicable de la intervención en el grupo intervenido la HbA1c disminuyó entre la medición pre y pos-test, asimismo la intervención permitió comprobar que “en la medida que la atención de salud otorgada por los equipos de salud es congruente con el MCC, se alcanza un

mejor apoyo al automanejo y con ello mejores resultados clínicos en los usuarios con EC”⁽¹⁷⁾. En este sentido estudios revelan diferencias estadísticamente significativas, luego de 12 meses y 18 meses de intervención^(84, 85,86) Por tanto, se cree necesario continuar con la investigación para evaluar su efecto en un plazo mayor a estos 6 meses, ya el equipo requiere estar inmerso en la nueva cultura de proporcionar cuidados a las personas que padecen EC⁽¹²⁴⁻¹³³⁾.

En lo que se refiere al efecto de la intervención en la evaluación de la atención de enfermedades crónicas, desde la perspectiva del cliente externo; el efecto de la intervención evidencia que las personas del grupo intervenido presentaron un aumento post intervención en el puntaje global de la evaluación de la atención, en comparación con el grupo control, sin embargo este cambio no alcanzó a ser significativo. Lo anterior puede deberse a que las personas del grupo intervenido evaluaron con mayores puntajes en el pre test en comparación con el grupo control, así como también al efecto secundario atribuido a la sección “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo” que presentó una disminución . En lo que se refiere a las

subescalas, se observa que el grupo intervenido presentó un mejor promedio en “Diseño de objetivos”, y en “Resolución de problemas considerando contexto del paciente”, en comparación con el grupo control pre y post test, sin embargo no resultaron significativos ($p > 0,05$). Por otra parte la subescala “Seguimiento-Coordinación” disminuyó, pero no fue significativo ($p < 0,05$) en comparación con la evaluación del grupo control antes y después de la intervención.



Respecto de la subescala “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo” se observa una disminución entre la medición antes y después de la intervención, en comparación con el grupo control. Respecto de aquello, las diferencias pueden estar relacionadas posible efecto secundario de la intervención, en la cual no todos los usuarios alcanzaron ser beneficiados de la atención de salud innovadora, al momento de la aplicación de los instrumentos recolectores de datos, así como también este hallazgo puede ser atribuido al efecto que conlleva una reestructuración de la atención, en un sistema en donde el usuario está acostumbrado a una atención reactiva principalmente basada en otorgar soluciones a las manifestaciones agudas de

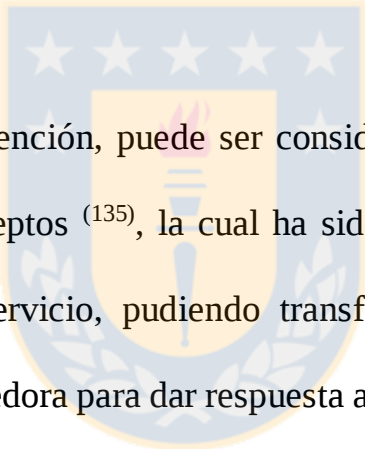
las enfermedades ⁽³²⁾. Finalmente se debe mencionar que este resultado puede estar relacionado con los despidos efectuados a varios profesionales de salud dentro de los establecimiento que formaron parte del grupo intervenido, lo que también pudo haber generado incertidumbre e inseguridad, tanto en los usuarios externos como en los usuarios internos.

Finalmente en lo que concierne a las hipótesis, esta se rechaza debido a que no se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios de la medición pre-test y pos-test de los participantes en el estudio. No obstante como efecto atribuido a la intervención, se tiene que los usuarios percibieron que el equipo está desarrollando más acciones enfocadas en potenciar el apoyo al automanejo de quienes padecen estas afecciones, lo que va en sintonía con los objetivos de la incorporación del MCC ^(63,64). Por lo tanto, se cree necesario continuar impulsando las mejoras realizadas por los equipos de salud, en lo que respecta al Apoyo a la toma de decisiones, Rediseño de la atención de salud, Sistemas información clínica, tanto para el usuario interno como para el usuario externo y con ello potenciar el Apoyo al automanejo.

Los resultados descritos muestran el efecto positivo que produjo la intervención en los participantes del estudio, específicamente en la evaluación de la atención, desde la perspectiva del equipo de salud y en la PAD. Se cree recomendable contar con más de 6 meses de tiempo para desarrollar este tipo de intervenciones y establecer un modelo de cuidado como un proceso continuado a través del tiempo, ya que estudios similares han demostrado eficacia con al menos 12 meses de intervención, tanto para los indicadores de resultado clínico, como para la calidad de la atención. No obstante el estudio hizo un aporte en la materia, ya que el problema del cuidado de las enfermedades crónicas en Chile, precisaba de una solución multidimensional que permitirá hacer práctico los lineamientos Ministerial en la experiencia del cuidado de personas con EC ^(3, 15, 63,64). En lo que ello se refiere, el diseño, la gestión y sistematización de la incorporación del MCC fue trascendental para hacer que todos los componentes del MCC fueran ensamblados de forma sinérgica, a través del “Avance Innovador” en la atención proporcionada por el equipo de salud. Por lo tanto, se puede apreciar que la importancia de comenzar por involucrar a las entidades gestoras de salud, quienes a pesar de conocer los objetivos estratégicos, demandaban de apoyo para otorgar una atención congruente con el MCC.

Es así como a través de los vínculos de la comunidad y de la disposición de los individuos que proveen atención directa en salud, por medio de aprendizaje colaborativo dieron inicio al proceso de mejora. La etapa antes mencionada fue valiosa para poder introducir el programa de apoyo a la toma de decisiones en los equipos de salud, quienes en un principio y, como en todo sistema organizacional, presentaron cierta resistencia al cambio ^(38,54), pero que al final terminó con un equipo proactivo que manifestó una mejor calidad de la atención post intervención. Por tanto, en lo que a ello respecta, el apoyo a la toma de decisiones generó un cambio paradigmático en la forma de ver y otorgar atención a personas con EC ⁽¹⁷⁻³³⁾. Las competencias actitudinales, cognitivas y procedimentales obtenidas, permitieron dar paso al proceso interrelacionado de incorporación de los otros componentes del MCC, tales como rediseño de la atención de salud, sistemas información clínica, ello permitió aplicar las capacidades adquiridas de forma individual y en equipo para el desarrollo de un mejor apoyo al automanejo de los usuarios. Es así como las etapas previas impulsaron el proceso de introducción de cambios en las personas que padecen enfermedades crónicas, lo cual se reflejó en mejoras, medido a través del efecto significativo en la

PAD del grupo intervenido, así como también en la calidad percibida por quienes reciben atención sanitaria. No obstante y como bien se mencionó anteriormente se hace necesario continuar el seguimiento, ya que con solo seis meses, no todos los cambios han sido incorporados por los equipos, debido al corto periodo en el cual se evaluaron los resultados y a la alta demanda de atención de los mismos ⁽¹⁷⁻³⁸⁾.



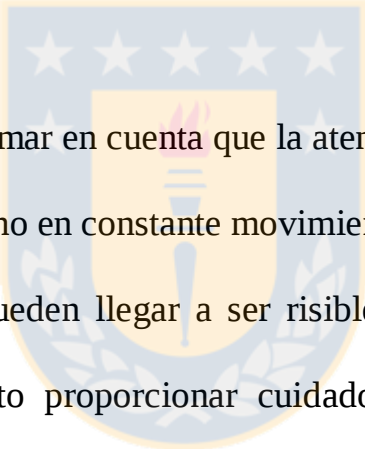
Por su parte la intervención, puede ser considerada como una tecnología a nivel prueba de conceptos ⁽¹³⁵⁾, la cual ha sido bien soportada por quienes hacen uso de este servicio, pudiendo transformarse en una herramienta metodológica prometedora para dar respuesta al desafío del mejoramiento de la atención de las EC ^(63, 64). Por lo tanto, puede ser impulsada para ser probada como un piloto en pequeña escala dentro del Servicio de Salud, que permita perfeccionar y dar cuenta de las hipótesis planteadas u otras que se estime para abordar la multimorbilidad de las personas, ya que en Chile no se dispone, sino hasta ahora de una metodología, que logre la articulación de todos los elementos del MCC para alcanzar eficacia en la atención sanitaria de personas con EC. Con ello se pretende en un mediano y largo plazo una

mejor eficiencia y efectividad de la atención de salud cardiovascular, en otras palabras la disminución de infartos, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal, entre otros (9, 70,71).

Esta oportunidad de incorporar una herramienta metodológica, refuerza el valor del trabajo en salud articulado multidisciplinario e interdisciplinario, 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. Consecuentemente, la investigación es oportuna a la problemática actual de efectividad para la aplicación de programas de Salud, que requiere de una evaluación en el tiempo para lograr la adherencia de los pacientes y proponer mejoras continuas (práctica basada en la evidencia en salud) que impacten en los resultados clínicos, satisfacción usuaria y en la disminución de la morbilidad (32,124-125).

Por lo tanto, resulta indispensable que Enfermería ^(40-49, 136-137) continúe con este tipo de iniciativas e innovaciones, 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, coordinados y continuados 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 ⁽⁴⁶⁻⁵¹⁾. 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 los cuidados proporcionados 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 ^(38,54,63,71).

Ello conllevará a la incorporación de competencias curriculares para poder transferir la evidencia la práctica del cuidado, considerado al usuario y su familia como principales actores de la salud, así como también tiene el desafío de ayudar a disminuir las brechas y barreras sistémicas que han amenazado una atención de calidad oportuna y justa para quienes demandan de estos cuidados.



Finalmente se debe tomar en cuenta que la atención de salud en nuestro país se efectúa en un entorno en constante movimiento, con múltiples diferencias y disparidades que pueden llegar a ser risible entre quienes requieren de cuidados. Por lo tanto proporcionar cuidados innovadores debe ser un compromiso dentro de las garantías de salud, la cual es posible, solo se requiere del compromiso y responsabilidad de quienes son parte fundamental del mejoramiento de las EC para iniciar el proceso de cambio. Estos cambios pueden llegar hacer realmente eficientes en el tiempo, pero es trascendental considerar en los cimientos de cualquier intervención el lado humano de quienes forman parte de este proceso, ello hará posible el trabajo

colaborativo e interdisciplinario para el logro de la efectividad del PSCV

(70,71).

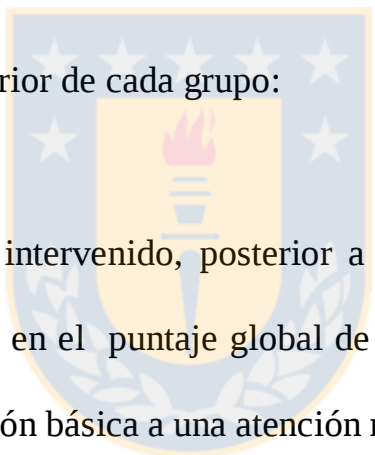


CAPITULO 9: CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

Respecto de la calidad de la atención desde la perspectiva del equipo de salud:

- Comparación al interior de cada grupo:



El equipo del grupo intervenido, posterior a la intervención, presentó un aumento significativo en el puntaje global de la evaluación de la atención, pasando de una atención básica a una atención razonablemente buena. Todas las secciones, excepto Organización de la atención de salud, presentaron incrementos significativos. En lo referente al grupo control se pudo apreciar una disminución en la evaluación de la atención, manteniéndose en apoyo básico a las EC, dejando de manifiesto la realidad de un equipo que ejecuta un atención habitual, por lo tanto si se continúa otorgando un apoyo básico a los cuidados de las personas con EC, la situación puede ser progresiva, afectado la gestión de la atención las EC y con ello un mayor gasto en salud.

- Efecto intervención, comparación entre grupos:

El efecto de la intervención en el equipo del grupo intervenido, fue significativo al confrontar el puntaje promedio del pre y pos-test de la evaluación de la atención global, pasando de atención básica a una atención razonablemente buena, en comparación con el grupo control que se mantuvo en apoyo básico a las enfermedades crónicas. En cuanto a las secciones, el grupo intervenido presentó un aumento significativos en todas las secciones, excepto en “Organización de la atención de salud”, entre la evaluación pre y post test y en comparación con el grupo control. Este hallazgo revela como los equipos intervenidos lograron comprender e integrar todos los elementos del MCC en la atención de salud. Así como también muestra el efecto de la sistematización con la que fue asociado cada componente del MCC en la intervención.

Respecto a la percepción de la atención recibida por los usuarios externos

- Comparación al interior de cada grupo:

Se encontró en el grupo intervenido una mejor evaluación de la atención de forma global, así como también de aquellas áreas relacionadas con el apoyo al automanejo, sin alcanzar significancia estadística. Respecto de las subescalas se encontró como efecto secundario una disminución en la evaluación de las subescalas “Seguimiento-Coordinación” y “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión”, lo cual puede ser atribuido a la intervención. En cuanto al grupo control, se halló un leve aumento en la percepción de la atención global, sin embargo, no alcanzó significancia estadística.

- Efecto intervención, comparación entre grupos:

Aunque existió aumento en los puntajes obtenidos de la percepción de la atención global, la magnitud del cambio no alcanzó niveles de significancia estadística entre la evaluación antes y después de la intervención, al comparar ambos grupos. Respecto de las subescalas se encontró una disminución significativa de “Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión” en el grupo intervenido en comparación con el grupo control.

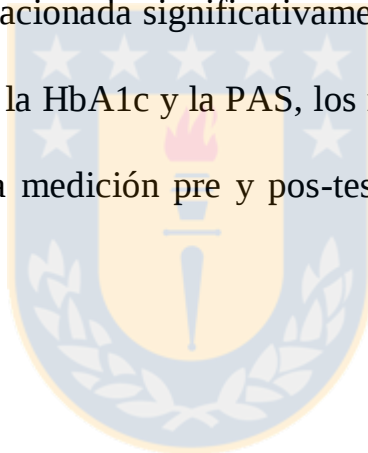
Respecto a los indicadores de resultado clínico:

- Comparación al interior de cada grupo:

En las personas del grupo intervenido se presentó reducción de los indicadores de resultado clínico HbA1c, PAS y PAD, sin embargo estos hallazgos no alcanzaron a ser significativos. En cuanto al grupo control, se observó que los indicadores sufrieron un empeoramiento, lo que evidenció que si los cuidados continúan otorgándose de forma rutinaria, podrían generar mayor riesgo de un ECV.

- Efecto de la intervención, comparación entre grupos:

Como efecto atribuible a la intervención se observó que el grupo intervenido presentó un cambio estadísticamente significativo en la PAD entre la medición pre y pos-test, en comparación del grupo control. Este hallazgo es muy relevante ya que la evidencia deja ver que la disminución de la PAD ha sido relacionada significativamente con disminución de EVC. En lo que se refiere a la HbA1c y la PAS, los resultados no alcanzaron a ser significativos entre la medición pre y pos-test y en comparación al grupo control.



En relación a la presente investigación, se concluye que:

Respecto de la intervención, “Mejoramientos de los cuidados crónicos”:

Este estudio comprobó que la intervención resultó ser un aporte en la materia, ya que en Chile no se dispone, sino hasta ahora de una solución multidimensional, que logre la articulación de todos los elementos del MCC, manejándolo como una guía para una mejor calidad en la gestión de estas enfermedades en atención primaria, a través de un equipos de salud preparado con actitud proactiva. Ello permitió comprobar que una atención de salud congruente con el MCC permite mejorar la calidad de la atención.

Esta intervención perfeccionada podría en un mediano y largo plazo convertirse en una herramienta metodológica para una mejor eficiencia y efectividad de la atención de salud cardiovascular.

Así mismo se comprobó que al momento de introducir métodos de cambios, es relevante entender y concentrarse en las necesidades de las personas, entender cómo funcionan los procesos de atención dentro del sistema, así

como como también comprender el lado humano de las personas que forman parte de la organización, de esta forma poder involucrarlos en el mejoramiento.

Se comprobó la necesidad de capacitar afectando el comportamiento de los equipos de salud para que de esta forma, se cuente con las competencias necesarias para generar cambios importantes en la atención de salud.

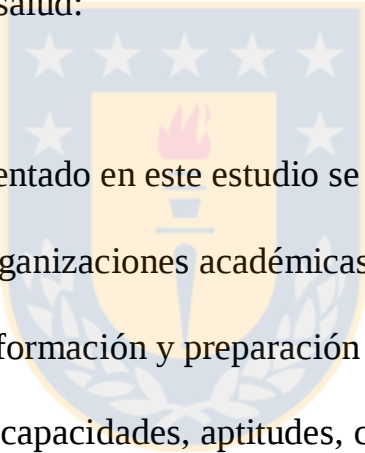


CAPITULO 10: SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

10. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

10.1. 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.

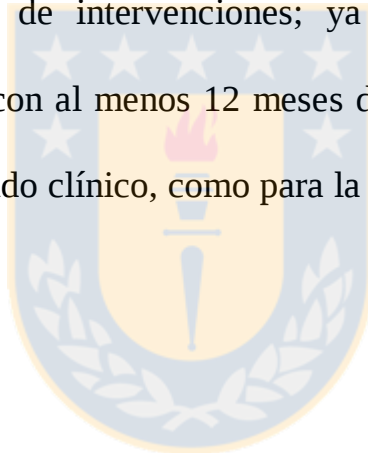
Es imprescindible continuar investigando, respecto del seguimiento de la implementación del Modelo de Cuidados de Crónicos en atención primaria para conocer los efectos relacionados con el costo-efectividad de esta intervención en algunos o todos los aspectos o secciones del Modelo de Cuidados Crónicos 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 mejorar el cuidado proporcionado a las personas con enfermedades crónicas, a través de la introducción de nuevas propuestas, métodos o programas para cambiar el modo de proveer y gestionar los cuidados de estas enfermedades.

Se sugiere considerar evaluar otras variables de calidad de la atención, relacionadas con la multimorbilidad, entre ellas, evaluación de atención, calidad de vida, indicadores de resultado para el colesterol, indicadores

antropométricos, sexo y edad de los usuarios, recursos económicos y físicos, entre otras.

Se evidenció la importancia de establecer mayor tiempo para evaluar los cambios en la población que es atendida por los equipos de salud capacitados, podría ser recomendable contar con más de seis meses de tiempo para desarrollar este tipo de intervenciones; ya que estudios similares han demostrado eficacia con al menos 12 meses de intervención, tanto para los indicadores de resultado clínico, como para la calidad de la atención.

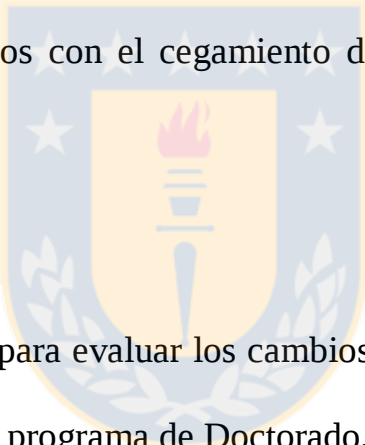


10.2 LIMITACIONES

La investigación desarrollada logró dar respuesta a los objetivos propuestos y cumplir con el cronograma de actividades presentadas originalmente, sin embargo, deben destacarse algunos de los inconvenientes presentados:

1. Selección de participantes que cumplieron requisitos de inclusión:
Imprecisión en los datos entregados por los CESFAM. Registros incompletos, en cuanto ha estado actual de salud y números telefónicos, lo que hizo que el reclutamiento requiriera mayor trabajo. Incorporación de criterios de elegibilidad relacionados con los valores de los indicadores de resultado clínico.
2. Las dificultades propias de trabajar con seres humanos: Aunque la agenda se estableció con semanas de anticipación, a menudo se presentaron cambios, debido a que los/as usuarios/as tuvieron imprevistos que

provocaron la reprogramación de la agenda. En algunos casos esto requirió la búsqueda de un espacio físico alternativo para atender, ya que con el espacio que se contó, el horario era restringido, sumado a ello se presentaron despidos que influyeron en la motivación de quienes iniciaron los cambios establecidos en el proyecto.

- 
3. Sesgos relacionados con el cegamiento de los participantes del grupo intervenido.
 4. Tiempo destinado para evaluar los cambios, si bien la tesis se desarrolló en el marco de una programa de Doctorado, se cree que un mayor tiempo y en otras condiciones podrían potenciar muchos más los resultados.
 5. Otras variables que no fueron consideradas, como calidad de vida, colesterol, medidas antropométricas, tiempo, entre otras

6. Limitados recursos económicos

7. Contexto relacionado con la cultura organizacional transmitida a los usuarios que reciben atención sanitaria, generando ante la demanda prestaciones reactivas.



CAPITULO 11: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report [Internet]. Canadá 2005 [citado 25 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf
2. Pérez S. Principales causas de muerte en Chile por regiones [Internet]. 1997-2003. [citado 20 junio 2014]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/pdf/causas_de_muerte_regiones%2003.PDF.
3. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos estratégicos en salud [Internet]. 2010 [citado 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>.
4. Ministerio de Salud de Chile. Atlas de salud región del Bío-Bío [Internet]. 2013 [citado 20 mayo 2014]. 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 [citado 17 Julio 2014]; (2). 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. Solimano G, Mazzei M. ¿De qué mueren los chilenos hoy?: perspectivas para el largo plazo. Rev. méd. Chile [Internet]. 2007 Julio [citado 20 Junio 2016]; 135(7): 932-938. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700015&lng
8. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. RISAI [internet]. 2009 [Citado 20 Junio 2016]; 1:3. Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Atencion_innovadora_condiciones_cronicas_2009.pdf

9. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes [Internet]. 2002 [citado 17 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/>
10. Innovative care for chronic condition: organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas [Internet]. 2006 [citado 17 marzo 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8500%3A2013
11. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas. Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. Ginebra [Internet]. 2005 [citado 10 Abril 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43236/1/9243562800_spa.pdf

12. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2013 [citado 10 Abril 2015]; 32 (2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200001
13. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1 [Internet]. 2005 [citado 17 julio 2014]. Disponible en: [http:// www.minsal.gob.](http://www.minsal.gob.)
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra [Internet]. 2005 [citado 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
15. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década 2011 – 2020: elige vivir sano [Internet]. 2011 [citado 25 agosto 2014]. Disponible en: [http:// www.minsal.gob.](http://www.minsal.gob.)

16. Ministerio de Salud de Chile. 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 2014]. Disponible en: [http:// www.minsal.gob.](http://www.minsal.gob.)

17. Wagner EH, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Aff [Internet]. 2001 Nov [citado 3 junio 2015]; 20 (6): 64-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315833>

18. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA [Internet]. 2002 Oct [citado 9 de Junio 2015]; 288: (14):1775-1779. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12365965>

19. Bowen JL, Wagner EH, Stevens DP. Chronic Care and Education. J Gen Intern Med [Internet]. 2010 Sep. [citado 7 julio 2015]; 25 Suppl 4: 569. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20737229>

20. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner E. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium: Thus far, the evidence on the Chronic Care Model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems. *Health Aff* [Internet]. 2009 [citado 20 Junio 2016]; 28(1): 75–85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19124857>
21. Coleman E, Grothaus L, Sandhu N, Wagner E. Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 1999 Jun [citado 20 Junio 2016]; 47(7):775-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10404919>
22. Johnson JK, Woods DM, Stevens DP, Bowen JL, Provost LP, Sixta CS, Wagner EH. Joy and Challenges in Improving Chronic Illness Care: Capturing Daily Experiences of Academic Primary Care Teams. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2010 Sep [citado 9 Julio 2015]; 25 Suppl 4: 581-585. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20737233>

23. Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L. Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa. *Public Health*. 2009; (6): 2258-2270.
24. Carry M, Renders CM, Valk GD, Griffin GJ, Wagner EH, Eijk Van JTT, Assendelft JJ. Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings A systematic review diabetes care. 2001; 24 :(10).
25. Solberg LF, Crain L, Sperl-Hillen J, Hroschikoski M, Engebretson K, O'Connor P. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. *Ann Fam Med* [Internet]. 2006 Jul [citado 9 Agosto 2015]; 4: (4): 310-316. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/4/4/310.full>
26. 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. *Health Services Research* [Internet]. 2011 Feb [citado 10 Septiembre 2015]; 11: (44). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-44>

27. 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 [Internet]. 2008 Dic [citado 6 Diciembre 2015]; 17(6):447-453. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19064661>
28. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. Am J Manag Care [Internet]. 2005 Ago [citado 11 septiembre 2015]; 11:(8):478–488. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095434>
29. 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 [Internet]. 2011 Jul [citado 12 Octubre 2015]; 9:49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21726439>
30. Steinhäuser J, Goetz K, Ose D, Glasen K, Natanzon I, Campbell S, Szecsenyi J, Miksch A. 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 Services Research [Internet]. 2011 Jul [citado 12 Octubre 2015]; 7 (11):164. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/164>

31.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 [citado 20 marzo 2015]; 5:56:1-9 Disponible en:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-5-56>

32.Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo «Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas» Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III [Internet]. 2003 Dic [citado 20 Junio 2016]. Disponible en:

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-318b242750>

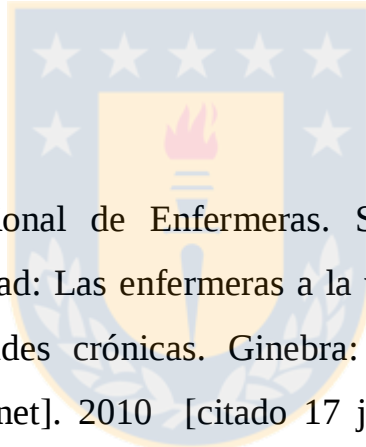
33.Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research [Internet]. 2015 [citado 20 Junio 2016]; 15(1): 194. Disponible en:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0854-8>

34. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009 [citado 20 Junio 2016]; 57(4):217-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19631064>
35. Carter E, Nunlee-Bland G, Callender C. A Patient-Centric, Provider-Assisted Diabetes Telehealth Self-management Intervention for Urban Minorities. *Perspectives in Health Information Management* [Internet]. 2011 Ene [citado 20 Junio 2016]; 1 (8):1b. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3035826/>
36. Foy et al Foy R, Eccles MP, Hrisos S, Hawthorne G, Steen N, Gibb I, Croal B, Grimshaw J. A cluster randomised trial of educational messages to improve the primary care of diabetes. *Implement Sci*. 2011; 6:129.
37. Improving Chronic Illness Care. Resource library. The Chronic care model. [Internet]. [citado 11 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

38. Institute for Healthcare Improvement. Un Modelo Colaborativo Para conseguir un avance Innovador en el Sector Sanitario [Internet]. 2008 [citado 25 abril 2014]. Disponible en: www.ihl.org.

39. Lagos M y Salazar A. Evaluación del Cuidado Crónico y su relación con los indicadores de compensación del programa cardiovascular Tesis para optar al grado de Magíster. Universidad de Concepción. 2014.



40. 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 2014]. Disponible en: www.icn.ch/images/documens/publications/indkit2010_sp.pdf.

41. Consejo Internacional de Enfermeras. uníos a la lucha contra las enfermedades crónicas. Ginebra; consejo internacional de enfermeras [Internet]. 2010 [citado 20 julio 2014]. Disponible en: www.icn.ch.

42. Bodenheimer T, MacGregor K Stothart N. Nurses as leaders in chronic care: Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ : British Medical Journal* [Internet]. 2005 [citado 2 Junio 2016]; 330 (7492): 612–613. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC554894/>
43. Ferraz E, Oliveira G, Catarina Aparecida C, Silva S Marcon. Nursing appointment and cardiometabolic control of diabetics: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 20 Junio 2016]; 70(3):468-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=10.1590%2F0034-7167-2016-0352>
44. Hayman L, Berra K, Fletcher B, Houston Miller N. The Role of Nurses in Promoting Cardiovascular Health Worldwide: The Global Cardiovascular Nursing Leadership Forum. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2015 Ago 18 [citado 20 Junio 2017]; 66 (7):864-866. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2627107>

45. Urra M. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cienc. enferm [Internet]. 2009 Ago [citado 2016 Junio 27]; 15(2):9-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002&lng
46. International Council of Nurses. Nurses: a force for change: care effective, cost effective [Internet]. 2015 [citado 2016 Junio 27]. Disponible en: <http://www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/>
47. Milos P, Bórquez B, Larrain I. La “gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance ciencia y enfermería. 2010; xvi (1): 17-29.
48. 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.

49. Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement: two randomized trials. *Diabetes Care* [Internet]. 2008 Mar [citado 12 enero 2016]; 31(3): 408-414. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc07-1313><http://care.diabetesjournals.org/content/31/3/408>
50. 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 2014]. Disponible en: emontero@cariari.ucr.ac.cr.
51. Ministerio de Salud Chile. Subsecretaria de Redes Asistenciales Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). Metodología: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad. Global Networking for Effective Healthcare [Internet]. 2009 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en : http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14451_recurso_1.pdf

52.Torres K, Ruiz T, Solís F, Ospino y Martínez F. Una mirada hacia los Modelos de gestión de calidad. Revista Investigium ire: Ciencias Sociales y Humanas. 2013; 4 (1).

53.Health Care Improvement Project, H.C.I. El Colaborativo de Mejoramiento: Un enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención en Salud y Expandir Servicios de Calidad. Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de USAID. 2008. Pdf.

54.Institut for Health Care Improvement. Los elementos clave de una declaración de objetivos [Internet].2015 [citado 20 marzo 2015].Disponible en:
<http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/Pages/default.aspx>

55.Modelo Gerencial Deming de Gestión Total de la Calidad. Metodología EPQI y la aplicación a la gestión de la calidad de los servicios de salud. 2013.

56.Glasgow et al. 5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement. 2002.

57.Sherson E, Yakes E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Family Practice*. 2014; 31 (4):389–398.

58.Kubina N, Kelly J, Symington F. Navigating self-management a practical approach to implementation for Australian health care agencies. *The Chronic Care Model*. 2018. Pdf.

59.Whitlock E, Orleans T, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions An Evidence-Based Approach. *Am J Prev Med*. 2002; 22(4).

60.López R. Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*. 2009; 13(1).

61.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.

62. Brownson CA, Miller D, Crespo R, Neuner S, Thompson J, Wall J, Emont S, Fazzone P, Fisher E, Glasgow RE. A quality improvement tool to assess self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2007 Julio [citado 20 junio 2016]; 33(7):408-416. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33047-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33047-X)
63. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Directrices para la Implementación [Internet]. 2015 Jun [citado 27 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/modelo-de-atencion-para-personas-con-en>
64. Ministerio de Salud de Chile. Automanejo de enfermedades no transmisibles. [Internet]. Jun 2017 [citado 27 mayo 2017]. Disponible en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles_2016_-version-impresa-1.pdf

65. Gobierno de Chile. Subsecretaría 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 27 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.

66. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica GES: Hipertensión Arterial [Internet]. 2006 [citado 25 abril 2014]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.

67. 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>.

68. Ministerio de Salud de Chile. 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>.

69. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica diabetes mellitus tipo [Internet]. 2010 [citado 27 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.

70. Ministerio de Salud Chile. Consenso 2014: Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2014 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/consenso-minsal-chile-2014-enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-enfermedades-cardiovasculare>
71. Ministerio de Salud Chile. Orientación técnica programa de salud cardiovascular. 2017.pdf.
72. 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 [Internet]. 2007 Nov [citado 15 enero 2016]; 30 (11):2849-2554. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17682121>
73. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Vonkorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement HSR. Health Serv Res [Internet]. 2002 Jun [citado 13 Septiembre 2015]; 37(3):791-820. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12132606>

74. Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, Wooley T, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks PA, Osuna D, Ritzwoller D. Outcomes of minimal and moderate support versions of an internet-based diabetes self-management support program. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(13):15–22.
75. Hiss RG, Armbruster B, Gillard M, McClure L. Nurse Care Manager Collaboration With COmmunity-Based Physicians Providing Diabetes Care. *Diabetes Educ*. [internet]. 2017 Mayo-Junio [citado 20 Junio 2016]; 33(3):493-502. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145721707301349?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=
76. Schillinger D, Handley M, Wang F, Hammer H. Effects of Self-Management Support on Structure, Process, and Outcomes among Vulnerable Patients With Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2009 Abril [citado 20 Junio 2016]; 32:559–566. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19131469>
77. Lynch EB, Liebman R, Ventrelle J, Avery EF, Richardson D. A Self-Management Intervention for African Americans With Comorbid Diabetes and Hypertension: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014 [citado 20 Junio 2016]; 11:130349. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13_0349.htm

78. Morgan M, Coates A, Dunbar J, Reddy A, Schlicht P, Fuller J. The TrueBlue model of collaborative care using practice nurses as case managers for depression alongside diabetes or heart disease: a randomised trial. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [citado 20 Junio 2016]; 3(1):2171. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23355671>
79. Delon S, Mackinnon B; Alberta Health CDM Advisory Committee. Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Healthc Q*. 2009; 13:98-104.
80. 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 [citado 20 Septiembre 2014]; 8 (122). Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/8/1/122>.

81. 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 [citado 20 marzo 2017]; 23(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902433/>
82. Frei A, Herzog S, Woitzek K, Held U, Senn O, Rosemann T, Corinne C. Characteristics of poorly controlled Type 2 diabetes patients in Swiss primary care. *Cardiovasc Diabetol* [Internet]. 2012 [citado 10 marzo 2016]; 11(70). Disponible en <http://www.elsevier.com/locate/pcd>.
83. Frei A, Senn O, Huber F, Vecellio M, Steurer J, Woitzek K, Corinne C, Reissner J, Held U, Rosemann T, Steurer- Stey C. Congruency of diabetes care with the Chronic Care Model in different Swiss health care organisations from the patients' perspective: a cross sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2014; 144. 1-6.
84. Frei A, Senn O, Corinne C, [Reissner](#) J, Held U, Rosemann T. Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. [Internet]. 2012 [citado 20 mayo 2017]. Disponible en <http://www.elsevier.com/locate/pcd>

- 85.Barceló A. Proyecto Veracruz para el mejoramiento de la atención a la diabetes (VIDA): Informe final. Washington, DC OPS; 2007. [Internet] [citado 4 diciembre 2014]. Disponible en: www.paho.org.
- 86.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, Robles S. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA Project. Primary care diabetes [Internet]. 2010 [citado 10 septiembre 2016]; 4:145–153.Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/pcd>.
- 87.Barceló A. Organización Panamericana de la Salud Washington DC. Observatorio panamericano de cuidados crónicos. [Internet]. 2013 [citado 20 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com>
- 88.Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Junio [citado 27 Junio 2016]; 138(6): 729-737. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034->

[98872010000600010.](#)

89.Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. JECH.bmj [Internet]. 2013 Diciembre. Disponible en: [as 10.1136/jech-2013-203118](#)

90.Campbell MK, Diana R Elbourne DR, Altman DG. Ensayos clínicos aleatorizados comunitarios (CONSORT CLUSTER). Med Clin (Barc). 2005;125(Supl 1):28-31

91.Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Med Care [Internet]. 2005 May [citado 20 abril 2017]; 43: 436–444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838407>

92.Aragones A, Schaefer W, Stevens D, N. Gourevitch, Russell E. Glasgow y Shah N. Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey Prev Chronic Dis [Internet]. 2008 [citado 27 Junio 2016]; 5(4). Disponible en: <http://www.cdc.gov>

93. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M, Bower P. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *BCM Health Serv Res* [Internet]. 2012 Ago [citado 10 Abril 2016]; 12(293). Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-293>

94. Improving Chronic Illness Care. Resource library. Survey Instruments [Internet]. [citado 11 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165

95. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Research tools. Management of substance abuse [Internet]. [citado 10 septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en

96. Nunnally JC, Bernstein IJ. Teoría psicométrica. 3ra ed. México. Editorial Latinoamericana. 1995. 39. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling 1999; 6: 1-55.
97. Oviedo C, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2005 [citado 16 diciembre 2016]; XXXIV (4): 572-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
98. Lagos M, Salazar A, Salas P. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes. Rev Med Chile [Internet]. 2017 [citado 10 Septiembre 2017]; 145: 733-742. Disponible en: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/download/5709/3193>
99. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. Diabetes Care. 2014; 37:14-80.

100. Buse J, Polonsky K, Burant C. Type 2 diabetes mellitus. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. Williams Textbook of Endocrinology. 12th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2011. chap 31.

101. Rodríguez EY. Comités de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos. 2004.

102. Gobierno de Chile. Emisión de consentimiento informado a personas participantes de una investigación científica. 2013. Pdf.

103. Organización Panamericana de la Salud Proyecto Vida - Veracruz Initiative for Diabetes Awareness. Manual para la implementación de proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad de atención a las personas con enfermedades crónicas [Internet]. 2007 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173202>

104. Ramli A, Lakshmanan S, Haniff J, Selvarajah S, Tong S, Bujang MA, Abdul-Razak S, Shafie A, Lee VK, Abdul-Rahman T, Daud M, Ng K, Ariffin F, Abdul-Hamid H, Mazapuspavina M, Mat-Nasir N, Miskan M, Stanley-Ponniah J, Ismail M, Chan C, Abdul-Rahman Y, Chew B, Low W. Study protocol of EMPOWER Participatory Action Research (EMPOWER-PAR): a pragmatic cluster randomised controlled trial of

multifaceted chronic disease management strategies to improve diabetes and hypertension outcomes in primary care. BMC Fam Pract [Internet]. 2014 Sep [citado 20 Junio 2016]; 13(15):151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174665/>

105. Simanovski V, Green E, Meertens E, Kaizer L, Ahmad N, Hertz S, Cheng R, Burns J, Krzyzanowska M. Using Breakthrough Series Collaborative Methodology to Improve Safe Delivery of Chemotherapy in Ontario. J Oncol Pract [Internet]. 2014 Julio [citado 20 Junio 2016]; 10(4):240-246. Disponible en: http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JOP.2013.001254?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat
106. Nutting P, Dickinson W, Dickinson L, Nelson C, King D, Crabtree B, Glasgow R. Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. Ann Fam Med [Internet]. 2007 Ene [citado 20 Junio 2016]; 5(1):14-20. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/>
107. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad [Internet]. 2007 [citado 20 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/>

[CA/guias-basicas-auditoria-mejoramie](#)

108. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud, CES - Centro de Gestión Hospitalaria [Internet]. 2007 [citado 20 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-parael-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
109. Organización Mundial de la Salud. Manual de tecnologías de la salud: Cómo mejorar el manejo integrado de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención de los servicios de salud [Internet]. 2016 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28486>

110. Instituto Nacional de Estadística Chile. Compendio Estadístico [Internet]. 2013 [citado 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.cl>.
111. Ministerio de Salud Chile. Fármacos básicos para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en Chile: Estandarización del tratamiento de la HTA en Chile [Internet]. 2014-2015 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/337568408/Farmacos-Basicos-Para-El-Tratamiento-de-La-HTA-en-Chile-3>
112. Veliz L.: Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes del control integral de enfermedades cardiovasculares Tesis optar al grado de Doctor [Internet]. 2014 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1725/Tesis_Automedicacion_y_Adherencia.Image.Marked.pdf?sequence=1
113. Lucero Y, Gonzalo C, Yentzen G, De La Fuente M. Diabetes mellitus e hipertensión arterial en un consultorio urbano de Los Andes. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 20 mayo 2017]; 8 (2): 93-100. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20385/21544>

114. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Las enfermedades no transmisibles en Chile Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 15 mayo 2017]. Disponible en: <http://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2016/07/Serie-de-salud-poblacional-ECNT.pdf>
115. Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile. Reporte de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. 2011 [citado 20 agosto 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16758&Itemid
116. Araya M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Revista costarricense ciencias médicas [Internet]. 2004 [citado 20 agosto 2017]; 25: 3-4. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0253-29482004000200007&lang=>

117. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, Mitch W, Smith SC Jr, Sowers JR. Diabetes and Cardiovascular Disease A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. AHA Scientific Statement [internet]. 1999 Sep. 07 [citado 10 Junio 2017]; 100 (10): 1132-1133. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/>
118. Cheung BM, Li C. Diabetes and Hypertension: Is There a Common Metabolic Pathway?. Curr Atheroscler Rep [Internet]. 2012 jun 27 [citado 10 Junio 2017]; 14:160–166. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22281657>
119. Adler AI, Stratton IM, Neil HAW, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ*. BMJ [Internet]. 2000 [citado 15 agosto 2017]; 321(7258):412-419. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27455/>
120. Stratton I, Adler A, Neil A, Matthews D, Manley S, Cull C, Hadden D, Turner R, Holman R on behalf of the UK Prospective Diabetes Study Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* [Internet]. 2000 Ago 12 [citado 20 Junio 2017]; 321:405–412.

Disponible en: <http://www.bmj.com/content/321/7258/405>

121. Organización Mundial de la Salud. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial [Internet]. 2010 [citado 15 Junio 2017] Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf

122. Arquedas J, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. Cochrane Data base of Systematic [Internet]. 2013[citado 10 de Junio 2017]; (10). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24170669

123. Pérez I, Rodríguez F, Díaz E, Cabrera J. Mitos y realidad de la hemoglobina glucosilada. Med Int Mex [Internet]. 2009 [citado 10 Junio 2017]; 25(3):202-209. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim093g.pdf>

124. Martínez N. El desafío terapéutico de la multimorbilidad. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra [Internet]. 2013 Mayo-Julio [citado 10 Junio 2017]; 21(3). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicame

[nto/BIT/Vol+21/BIT+21+N+3.htm](#)

125. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Annals of Family Medicine* [Internet]. 2005 [citado 15 Julio 2017]; 3(3):215–222. Disponible en: 10.1370/afm.307

126. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press [Internet]. 1998 [citado 15 Julio 2017]; 36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>

127. Pearson ML, Wu S, Schaefer J, et al. Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives. *Health Services Research* [Internet]. 2005 [citado 20 Junio 2016]; 40 (4):978-996. [Disponible en: doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00397.x.](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00397.x)

128. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Mar [citado 20 Abril 2017]; 14(3). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26976529>

129. Starfield B. Point: The Changing Nature of Disease: Implications for Health Services. Med Care [Internet]. 2011 Nov [citado 10 Mayo 2017]; 49 (11): 971- 972. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/23053785>

130. Wagner E. Counterpoint: chronic illness and primary care. Med Care [Internet]. 2011 Nov [citado 10 Mayo 2017]; 49 (11): 973- 975. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/23053785>

131. Organización Panamericana de Salud. Cuidado Innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Informe global. Atención de Salud para las Condiciones Crónicas. Gestión de Enfermedades no Transmisibles. Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental [Internet]. 2003 [citado 25 Marzo 2017]. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_spanish.pdf

132. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaria de salud pública. Modelo de atención para pacientes con enfermedades crónicas. 2014. Pdf.

133. Alfaro T. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso, Chile: Departamento de Epidemiología y DIPLAS Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No

Transmisibles, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2011.

134. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2011[citado 25 Marzo 2017]; 43(3):255-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884371>
135. The transfer Institute. Manual de transferencia de tecnología y conocimiento 2009 [Internet]. 2009 [citado 20 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.thetransferinstitute.com/>
136. Smith SC, Collins A, Ferrari R, et al. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). J Am Coll Cardiol [Internet]. 2012 [citado 25 Marzo 2017]; 60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22995536>
137. Miller N, Froelicher E. Disease management models for cardiovascular care in cardiac nursing. In: Woods SL, Froelicher ES, Motzer SU, Bridges E, editors. Cardiac Nursing–5th Edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. 2004.

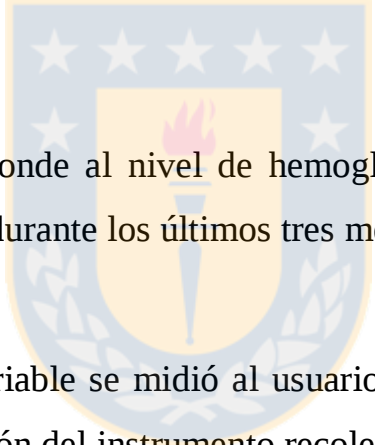
CAPITULO 12: ANEXOS

12. ANEXOS

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

Variable Dependiente.

Resultado clínico para diabetes mellitus tipo 2 del usuario /a externo

- 
- (N) Corresponde al nivel de hemoglobina glicosilada HbA1c en sangre durante los últimos tres meses del usuario/a externo.
 - (O) Esta variable se midió al usuario/a externo al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos

Resultado clínico para hipertensión arterial del usuario/a externo

- (N) Ccorresponde al valor de la presión arterial sistólica y a la presión diastólica del usuario/a externo.
- (P) Esta variable fue medida al usuario/a externo al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas (EVAEC).

- (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 fue medida a través del cuestionario evaluación de la atención de enfermedades crónicas (Anexo 12.2.B) compuesta por 7 secciones agrupadas en niveles, siendo posible obtener puntajes por cada sección y un puntaje total.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes.

- (N) Se refiere a los cuidados percibidos por los usuarios/as con enfermedad crónica cardiovascular, que reciben atención en el nivel primario.
- (O) Esta variable se midió a través del cuestionario de Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes (Anexo 12.3.C) compuesta por 20 preguntas, siendo posible obtener puntaje total.

Variable Independiente.

La intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular.

(N) Se refiere a la capacitación que recibieron los equipos de salud respecto de la implementación de los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), a través de la serie BTS.

(O) Capacitación a realizada en un periodo de 6 meses a los integrantes del equipo salud cardiovascular por medio de sesiones de aprendizaje presenciales y con apoyo de software virtual y seguimiento en terreno.

Variable intervinientes de los equipos de salud (usuario/a interno)

Edad.

(N) Esta variable corresponde al tiempo que ha vivido una persona.

(O) Para fines de la investigación la edad se midió en número de años declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Sexo.

(N) Esta variable corresponde a las características biológica y genética que definen a los seres humanos en: mujer u hombre.

(O) Para fines de la investigación el sexo fue medido 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/el encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos, en:

- Médico.
- Enfermero/a
- Nutricionista.
- Psicólogo/a.
- Técnico en enfermería
- Trabajador social.
- Otro

Años de desempeño en el programa cardiovascular (PSCV).

(N) Esta variable corresponde al tiempo que se ha desempeñado en el PSCV.

(O) Para fines de la investigación los años en el PSCV se midieron en número de años declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos

Cargo o función dentro del programa

(N) Esta variable corresponde a la función que el profesional desempeña en el PSCV.

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

- Asistencial
- Coordinador/a
- Encargado del PSCV
- Administrativo/a

Conoce el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) en su Centro de Salud Familiar.

(N) Corresponde al conocimiento que tiene el equipo de salud cardiovascular, respecto del MCC al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

(O) Para fines de la investigación el conocimiento del MCC fue medido, según lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos:

-SI

-NO



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.

Variable intervinientes de los usuarios/as externos

Edad.

- (N) Esta variable corresponde al tiempo que ha vivido una persona.
- (O) Para fines de la investigación la edad fue medida en número de años declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Sexo.

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

Nivel de escolaridad

(N) Esta variable corresponde al periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

(O) Para fines de la investigación el nivel de escolaridad se categorizó de acuerdo a lo declarado por la/el encuestado/a, las categorías serán:

-Sin escolaridad, no lee ni escribe: persona que no recibió instrucción formal en un establecimiento educacional y tampoco aprendió a leer ni escribir.

-Educación Básica Incompleta, persona con menos de 9 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación básica.

-Educación Básica Completa, persona con 9 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación básica.

-Educación Media Incompleta, persona con más de 9 años y menos de 13 años de estudios cursados y aprobados en establecimientos de educación media.

-Educación Media Completa, persona con 13 años de estudios cursados y aprobados en establecimientos de educación media.

-Educación Universitaria completa: persona con años cursados en establecimiento de educación superior universitario pero que no concluyó su formación.

-Educación Universitaria completa, persona que completó su formación en establecimiento de educación superior universitaria

Estado civil actual

(N) Esta variable corresponde a la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

(O) Para fines de la investigación el estado civil se categorizó de la siguiente forma:

-Soltero(a): persona que no ha contraído matrimonio y que tampoco convive con una pareja.

-Casado(a): persona que ha contraído matrimonio y que actualmente vive con su cónyuge.

-Divorciado(a): persona que ha contraído matrimonio y que actualmente se encuentra separado legalmente de su cónyuge

-Viudo(a): persona cuyo cónyuge falleció.

-Conviviente: persona que tiene pareja con quien hace vida marital, sin estar casados legalmente.

Enfermedad/es crónica/s

(N) Certificación médica que tiene el individuo de la presencia de enfermedad crónica, cuya principal característica es el comienzo insidioso, la prolongación en el tiempo y que produce limitaciones en el desarrollo de la vida.

(O) Para fines de la investigación la enfermedad/es crónica/s se midió por lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Años de control por su/s enfermedad/es crónica/s

(N) Esta variable corresponde a los años que la persona recibe atención recibe atención por la/las enfermedad/es crónica/s

(O) Para fines de la investigación los años de control para sus enfermedad/es crónicas/s fue medida por lo declarado por el/la encuestado/a al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

12.2. ANEXO B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (EVAEC) Versión 3.5- (Adaptado al Español 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, **encierre 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	...no existe o hay poco interés en el tema.	...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.	...se refleja en el liderazgo de las jefaturas y en recursos específicamente destinados para este fin (humanos y financieros).	...es parte de la estrategia de planificación a largo plazo, recibe los recursos necesarios, y existen personas específicas que rinden cuentas de lo realizado.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Las Metas Organizacionales para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas	...no existen o están limitados a una enfermedad.	...existen, pero no son evaluadas activamente.	...son medibles y evaluadas.	...son medibles, evaluadas rutinariamente, y esta información se usa en planes de mejoramiento.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La Estrategia de Mejoramiento de la Atención de personas con Enfermedades Crónicas	...es circunstancial y no está organizada ni es apoyada en forma sostenida en el tiempo.	...utiliza una aproximación circunstancial para problemas a medida que van apareciendo.	...utiliza una estrategia de mejoramiento probada para determinados problemas.	...incluye una estrategia de mejoramiento probada para determinados problemas, y además la utiliza proactivamente para lograr las metas organizacionales.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Los Incentivos y Regulaciones para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas	...no se usan para influir en el cumplimiento de las metas de desempeño clínico.	...se utiliza para influir en el uso de servicios y costos de la atención de crónicos.	...se usan para apoyar el cumplimiento de metas de atención a pacientes.	...se usan para motivar y empoderar a los integrantes del equipo de salud para que apoyen el cumplimiento de metas de atención a pacientes.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	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) _____

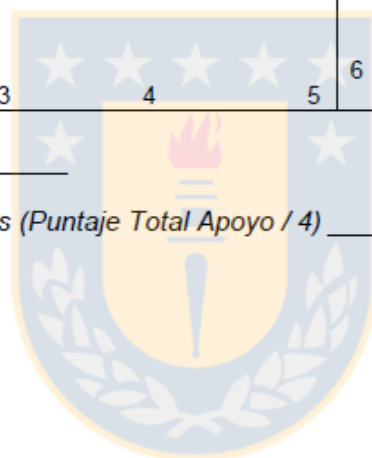
Sección 3b: Apoyo a la Toma de Decisiones. Los programas efectivos de manejo de las enfermedades crónicas se aseguran de que el equipo de salud tenga acceso a la información -basada en evidencia- que necesita para tomar decisiones al tratar a sus pacientes. Esto incluye guías clínicas o protocolos basados 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
Guías Clínicas Basadas en Evidencia	...no están disponibles	...están disponibles pero no están integradas a la atención de salud.	...están disponibles y existe capacitación al equipo de salud respecto de ellas.	... 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
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La participación de los Especialistas en el Mejoramiento de la Atención a Pacientes Crónicos en la Atención Primaria	...se hace principalmente a través de derivación tradicional.	...se traduce en la participación activa (liderazgo) de los especialistas para mejorar la capacidad del sistema en la implementación rutinaria de guías clínicas.	...consiste en la participación activa (liderazgo) de los especialistas y existen especialistas designados para entrenar a los equipos de la atención primaria.	... 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.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La Capacitación del Equipo en Atención de Enfermedades Crónicas	...se provee esporádicamente.	...se provee sistemáticamente a través de métodos tradicionales	...se provee usando metodologías modernas e innovadoras.	...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.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

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
El Buen Funcionamiento del Equipo de Salud	...no es un tema a tratar.	...se mantiene asegurando la disponibilidad de individuos entrenados apropiadamente en aspectos clave de la atención de pacientes crónicos.	...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.	...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.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
El Liderazgo del Equipo de Salud	...no es reconocido a nivel local o por el sistema de atención de salud	...la organización asume que éste reside en cargos específicos de la organización.	...se asegura por el nombramiento de un líder del equipo de salud, pero su rol en la atención de enfermedades crónicas no está definido	...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.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
El Sistema de Citación de pacientes	...puede ser usado para agendar consultas de patologías agudas y controles de seguimiento y preventivos.	...asegura que se agenden los controles de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.	...es flexible y puede incorporar innovaciones como permitir fijar la duración de las consulta según lo que el paciente necesite o consultas grupales.	...permite la organización de la atención de manera de facilitar que el paciente vea a múltiples miembros del equipo en una sola visita.
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

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

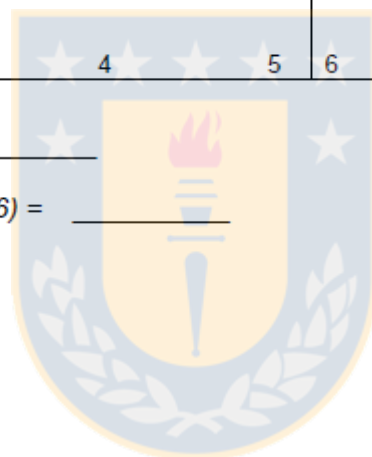
Puntaje Total Sistema de Información _____

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

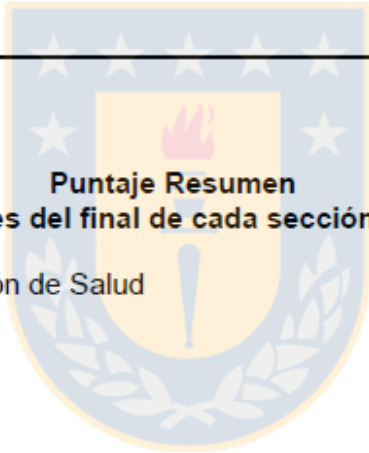
Puntaje Total Integración de los Componentes: _____

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 efectivo 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.

12.3. C. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PARA PACIENTES.

Evaluación de la atención de enfermedades crónicas					
Cuidar de su salud puede ser difícil cuando se tiene una enfermedad crónica. Nos gustaría saber cómo es la atención que usted recibe del equipo que lo atiende para tratar su enfermedad. Este equipo puede incluir a su médico de cabecera, enfermeros(as) y otros miembros del personal de su institución. Coméntenos con confianza cómo le han atendido para que podamos mejorar la atención. <u>En los últimos meses</u>, durante la atención por mi enfermedad crónica:					
	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Me entregaron una lista por escrito con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Me sentí satisfecho, porque el plan de tratamiento estaba bien organizado.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Me hicieron preguntas, ya sea directas o en forma de encuesta, sobre mis hábitos relacionados con la salud.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Estoy seguro/a que mi médico o la enfermera(o) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Me ayudaron a diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Me preguntaron cómo mi enfermedad crónica ha afectado mi vida.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

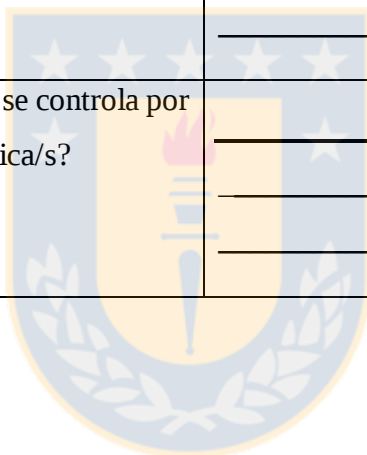
16. Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Me derivaron a un nutricionista u otro profesional de la salud	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, como un oftalmólogo o un	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Me preguntaron cómo me estaba yendo con las consultas con otros médicos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5



**12.4.1. D.CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS,
USUARIO EXTERNO**

Cuestionario Variables Sociodemográficas.		
Fecha de la encuesta	/ /	
Indique hora de inicio y término	Inicio: _____ horas	
Centro de Salud: _____		
P.1 Sexo	Hombre1	mujer....2
P.2 Edad (años cumplidos)	años cumplidos	
P.3 ¿Cuál fue el último nivel de escolaridad que usted cursó y aprobó?	Sin escolaridad1 Educación básica incompleta.....2 Educación básica completa.....3 Educación media incompleta.....4 Educación media completa.....5 Universitaria incompleta.....6 Universitaria completa.....7	

P.4 ¿Cuál es su estado civil actual?	Soltero(a)..... 1 Casado(a)..... 2 Divorciado(a)..... 3 Viudo(a).....4 Conviviente.....5
P. 5 ¿Qué enfermedad/es crónica/s tiene diagnosticada/s?	
P. 6 ¿Hace cuántos años se controla por su/s enfermedad/es crónica/s?	



12.4.2. ANEXO D. CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, USUARIO INTERNO

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

Sexo	☐	Hombre
	☐	Mujer
Profesión	☐	Enfermera
	☐	Medico
	☐	Nutricionista
	☐	Trabajador social
	☐	Psicólogo
	☐	Técnico en enfermería

Años de desempeño en el PSCV: _____ Otro

Cargo o función que desempeña en el programa cardiovascular.

¿Conoce el Modelo de Cuidados Crónicos en su Centro de Salud Familiar?

SI ☐ NO ☐

Establecimiento:

12.5 ANEXOS E, F y G. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIO/A INTERNO GRUPO EXPERIMENTAL.

Investigadora responsable María Elena Lagos Garrido, Enfermera, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 15.755945-1 y Alide Salazar Molina, profesor guía, Doctor en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 10.380.868-5.

Título de la Investigación: “Efectividad de un programa de intervención, dirigido a mejorar el cuidado de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial”.

Se me ha solicitado participar de este estudio, antes de decidir su participación debe conocer cada uno de los siguientes apartados:

Objetivo del estudio: Evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular, que fortalezca la implementación de los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos a través del Avance Innovador (ciclos de mejora), en la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial), y los resultados clínicos de los usuarios/as de los centros de salud familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Procedimientos del estudio: en caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas relacionadas con la forma de en qué otorga atención a usuarios/as con enfermedad crónica del programa cardiovascular, además de forma gratuita se le otorgará capacitación de carácter presencial y apoyada por una plataforma virtual, respecto de los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos, así como de herramientas de gestión y mejora de la calidad por un periodo de 3 meses, luego de ello se le apoyará en su práctica clínica durante 3 meses para llevar a cabo las mejoras.

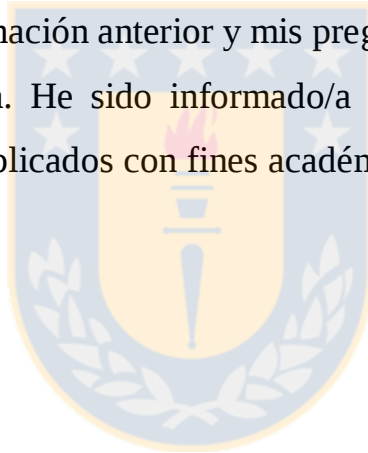
Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

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. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
5. La participación no implica compensación económica de ningún tipo.
6. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por: María Elena Lagos Garrido. Fono: 83544015. Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción.
7. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.
8. 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.
9. La información de los participantes del estudio será custodiada por los investigadores principales del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.
10. Mi consentimiento está dado libremente y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Si considera que no hay dudas en su participación, puede, si así lo desea firmar carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Carta Consentimiento informado

Yo----- he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. He sido informado/a que los resultados de este estudio pueden ser publicados con fines académicos, de acuerdo a ello:



Acepto participar en el estudio ☐

No acepto participar en el estudio ☐

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL
EN EL ESTUDIO

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA PROFESOR GUIA
CENTRO DE SALUD

FIRMA DIRECTOR

Este estudio fue revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano y en caso de cualquier consulta podrá contactar a su presidente, Dra. Marcela Cortes Jofre, teléfono +56412722254/ anexo 412254/móvil +56953346225.

Fecha-----



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIO/A INTERNO GRUPO CONTROL.

Investigadora responsable María Elena Lagos Garrido, Enfermera, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 15.755945-1 y Alide Salazar Molina, profesor guía, Doctor en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 10.380.868-5.

Título de la Investigación: “Efectividad de un programa de intervención, dirigido a mejorar el cuidado de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial”.

Se me ha solicitado participar de este estudio, antes de decidir su participación debe conocer cada uno de los siguientes apartados:

Objetivo del estudio: evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular, que fortalezca la implementación de los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos a través del Avance Innovador (ciclos de mejora), en la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial), y los resultados clínicos de los usuarios/as de los centros de salud familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Procedimientos del estudio: en caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas relacionadas con la forma de en qué otorga atención a usuarios/as con enfermedad crónica del programa cardiovascular.

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. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
5. La participación no implica compensación económica de ningún tipo.
6. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación

en esta investigación deberá ser contestada por: María Elena Lagos Garrido. Fono: 83544015. Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción.

7. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.

8. 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.

9. La información de los participantes del estudio será custodiada por los investigadores principales del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

10. Mi consentimiento está dado libremente y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Se considera que no hay dudas en su participación, puede, si así lo desea firmar carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Carta Consentimiento informado

Yo----- he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas

de forma satisfactoria. He sido informado/a que los resultados de este estudio pueden ser publicados con fines académicos, de acuerdo a ello:

Acepto participar en el estudio ☐

No acepto participar en el estudio ☐

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL
PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

FIRMA

FIRMA PROFESOR GUIA
CENTRO DE SALUD

FIRMA DIRETOR

Este estudio fue revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano y en caso de cualquier consulta podrá contactar a su presidente, Dra. Marcela Cortes Jofre, teléfono +56412722254/ anexo 412254/móvil +56953346225.

Fecha-----



CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIO/A EXTERNO.

Investigadora responsable María Elena Lagos Garrido, Enfermera, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 15.755945-1 y Alide Salazar Molina, profesor guía, Doctor en Enfermería, Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 10.380.868-5

Título de la Investigación: “Efectividad de un programa de intervención, dirigido a mejorar el cuidado de usuarios/as con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial”.

Se me ha solicitado participar de este estudio, antes de decidir su participación debe conocer cada uno de los siguientes apartados:

Objetivo del estudio: evaluar el efecto de una intervención dirigida a los equipos de salud cardiovascular, que fortalezca la implementación de los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos a través del Avance Innovador (ciclos de mejora), en la atención proporcionada a los usuarios/as con enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial), y los resultados clínicos de los usuarios/as de los centros de salud familiar del Servicio de Salud Talcahuano.

Procedimientos del estudio: en caso de aceptar participar en el estudio se le realizaran algunas preguntas relacionadas con la forma en qué se me otorga atención, por mi condición de usuario/a con enfermedad crónica del programa cardiovascular, además de se me se solicitará examen de hemoglobina glicosilada y de valor de control de presión arterial.

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. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
5. La participación no implica compensación económica de ningún tipo.
6. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por: María Elena Lagos Garrido. Fono: 83544015. Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción.
7. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.
8. 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.
9. La información de los participantes del estudio será custodiada por los investigadores principales del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.
10. Mi consentimiento está dado libremente y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Se considera que no hay dudas en su participación, puede, si así lo desea firmar carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Carta Consentimiento informado

Yo----- he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. He sido informado/a que los resultados de este estudio pueden ser publicados con fines académicos, de acuerdo a ello:

Acepto participar en el estudio ☐

No acepto participar en el estudio ☐

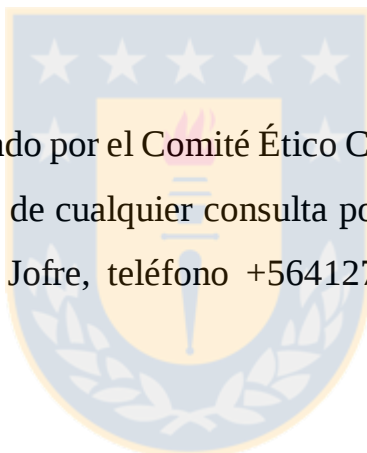
FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL
PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

FIRMA

FIRMA PROFESOR GUIA
CENTRO DE SALUD

FIRMA DIRETOR

Este estudio fue revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano y en caso de cualquier consulta podrá contactar a su presidente, Dra. Marcela Cortes Jofre, teléfono +56412722254/ anexo 412254/móvil +56953346225.

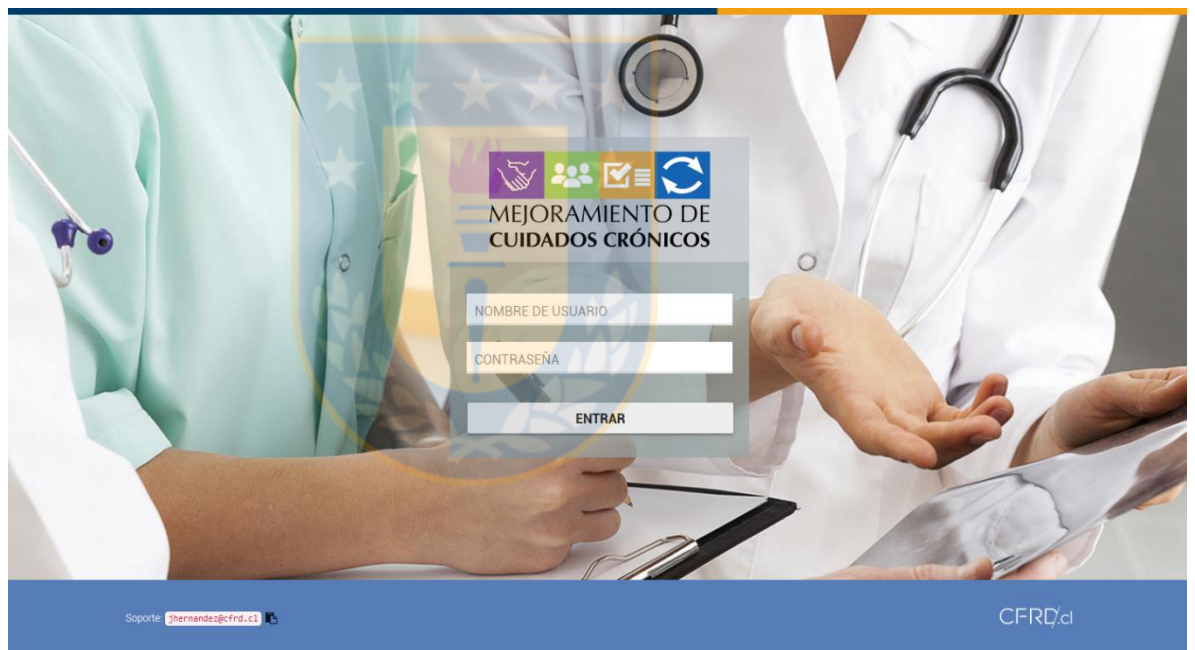


Fecha-----

12.6. ANEXO H. SOFTWARE PLATAFORMA VIRTUAL MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS.

A. ACCESO DE USUARIOS

A continuación, se puede observar la página de inicio del sitio.



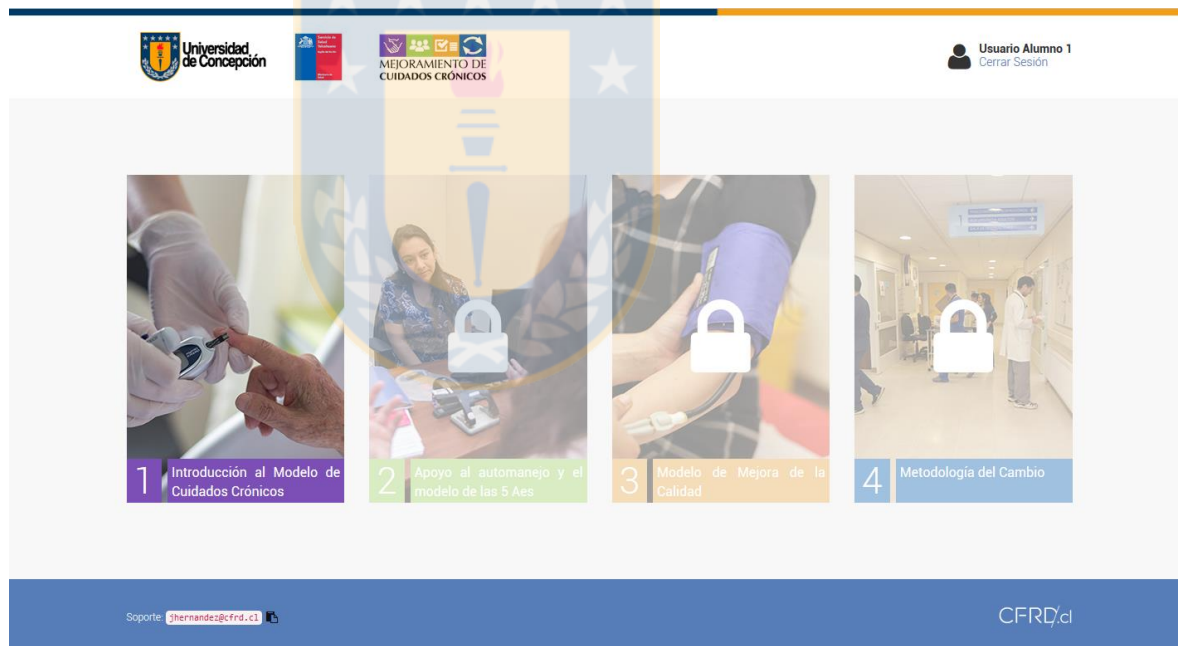
El inicio del sitio cuenta con 3 partes

- **Imagen de Fondo:** esta es una imagen representativa del servicio de salud.

- **Cuadro de Acceso de Usuarios:** el cual posee un logo y los campos a ingresar estos son “NOMBRE DE USUARIO” y “CONTRASEÑA”, ingresaremos con el botón “ENTRAR”.
- **Pie de Página:** en este se puede observar el correo electrónico de encargado de soporte y un logo del equipo de desarrollo de esta.

Una vez que se ingresa usuario y contraseña se despliega una pantalla de presentación de los módulos.

B. HOME DE LA SOFTWARE PLATAFORMA



Esta Sección se divide en 4 partes.

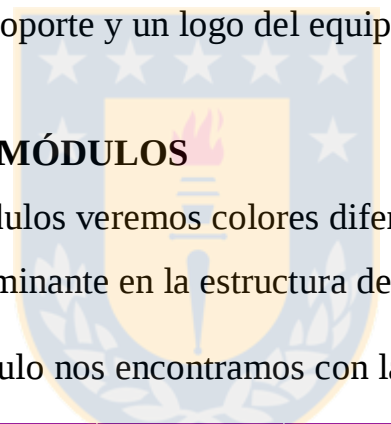
- **Banner:** se muestran los logos de la página.

- **Usuario activo:** es en la parte superior derecha donde encontramos al usuario que está navegando por los módulos, también podemos cerrar sesión.
- **Módulos:** son cuatro en total, al comienzo solo tendremos habilitado el módulo 1 y al posarnos sobre este cuadro notaremos que podemos hacer clic sobre él, los tres restantes se abrirán de manera secuencial, siempre y cuando termines la Evaluación final de cada módulo.
- **Pie de Página:** en este se puede observar el correo electrónico de encargado de soporte y un logo del equipo de desarrollo de esta.

C. INGRESO A MÓDULOS

Al ingresar a los módulos veremos colores diferenciadores de cada unidad y este color será predominante en la estructura de esta.

Al ingresar a un módulo nos encontramos con la barra de navegación.



	Aprendizajes Esperados	El modelo y su relevancia en Chile	Modelo de Cuidados Crónicos ▾	Instrumentos ACIC / PACIC	Experiencias en el Mundo	Herramientas ▾	Evaluación Módulo 1
---	------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------------	----------------	---------------------

Si miramos bien nos daremos cuenta que, al posicionarnos sobre algún ítem, su color de acentúa, esto indica que podemos hacer clic y estos quedaran destacados en la posición que nos encontremos.

También veremos que algunos ítems tienen un submenú



En algunas de las descripciones de las páginas encontraremos archivos descargables, estos se verán con un botón característico de descargas.

1
Introducción al Modelo de Cuidados Crónicos

El modelo y su relevancia en Chile



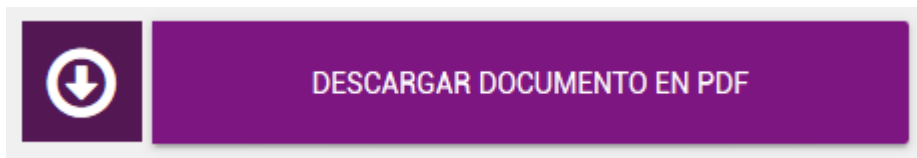
En la actualidad el mundo ha experimentado problemas de salud agudos y crónicos, las enfermedades crónicas son responsables del 60% de la carga mundial de morbilidad y continúan aumentando de tal manera que para el año 2020 los países en desarrollo pueden aumentar en un 80%.

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.

Te invitamos a profundizar en este tema, leyendo el siguiente documento sobre la importancia del Modelo de Cuidados Crónicos en Chile.

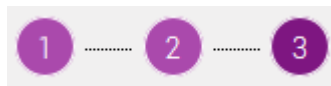
El Modelo de Cuidados Crónicos y su relevancia en Chile.
Dra. © Ma. Elena Lagos Garrido.


DESCARGAR DOCUMENTO EN PDF



Botón de descarga de documentos

También encontraremos paginadores estos se verán de la siguiente manera:



Esto nos indica que podemos ver más contenido del mismo ítem en la misma página.

1

Introducción al Modelo de Cuidados Crónicos

Modelo de Cuidados Crónicos



Con el fin de mejorar la atención de las enfermedades crónicas, Wagner y colaboradores, 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.

1 — 2 — 3

1

Introducción al Modelo de Cuidados Crónicos

Modelo de Cuidados Crónicos



El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) enfatiza **la participación del paciente y le otorga un papel principal en las decisiones** 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.

La principal ventaja de la implementación de este modelo es **la mejora en salud y la reducción del gasto en 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 para seleccionar adecuadamente a los pacientes que más se van a beneficiar de este modelo.

1 — 2 — 3
1 — 2 — 3

Si miramos bien nos daremos cuenta que los colores de los números en los cuales estamos se acentúan (similar a la selección de ítem en la barra de navegación).

En cada unidad encontraremos una INFOGRAFIA animada, esta podrá estar contenida en paginadores o no y estas pueden tener archivos descargables o no también en formato PDF.

A continuación, un ejemplo de la infografía 1.



Herramientas

En este apartado encontraremos dos opciones:

1. **FORO:** en esta opción podemos realizar múltiples preguntas con la finalidad de resolver todas las dudas que nos aparezcan en el transcurso del curso.



Podremos crear temas y responder dichos temas de una forma fácil y dinámica.

Foro
Herramienta de comunicación entre los participantes de este módulo.

Su nuevo tema

Asunto: Tema 2

Mensaje:

Contenido Tema 2:

Ruta p

Suscripción: No se permiten suscripciones

ENVIAR AL FORO

En este formulario hay campos obligatorios *

Su mensaje ha sido añadido con éxito.
Dispone de 30 minutos para editarlo si quiere hacer cualquier cambio.

(Continuar)

Mensaje que aparece al crear un nuevo tema, este lo redirigirá automáticamente al foro con su tema creado.

Foro

Tema 2
12/04/2018 10:00
Contenido Tema 2

Su respuesta

Asunto: Res: Tema 2

Mensaje:

Contenido Tema 2:

Ruta p

Suscripción: No se permiten suscripciones

ENVIAR AL FORO

En este formulario hay campos obligatorios *

Forma de responder en el foro.

Su mensaje ha sido añadido con éxito.
Dispone de 30 minutos para editarlo si quiere hacer cualquier cambio.

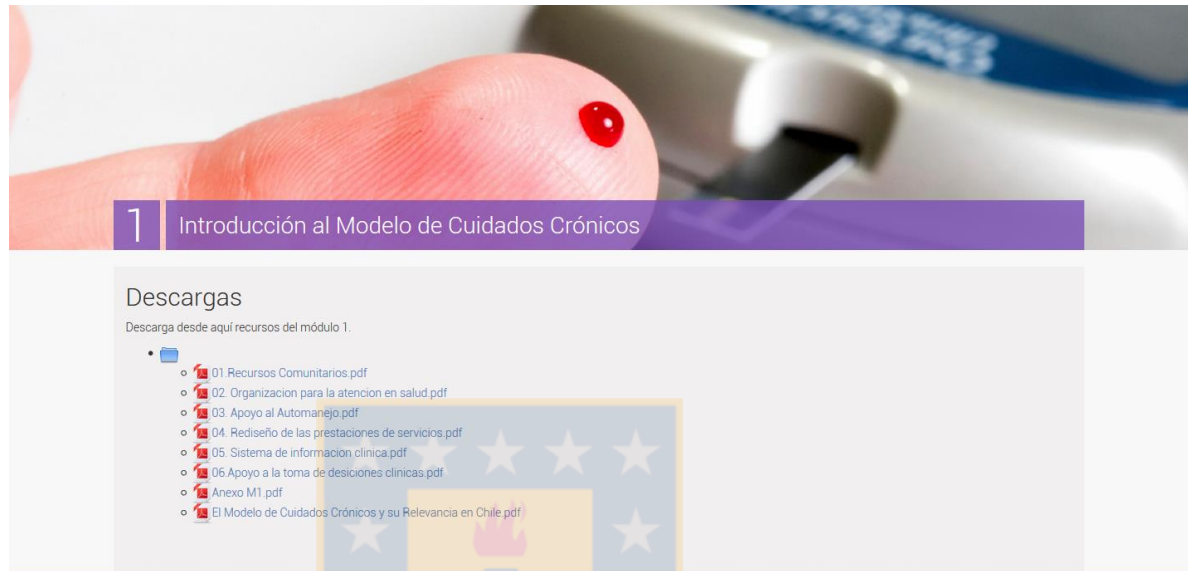
(Continuar)

Mensaje que aparece al crear un nuevo tema, este lo redirigirá automáticamente al foro con su tema creado.

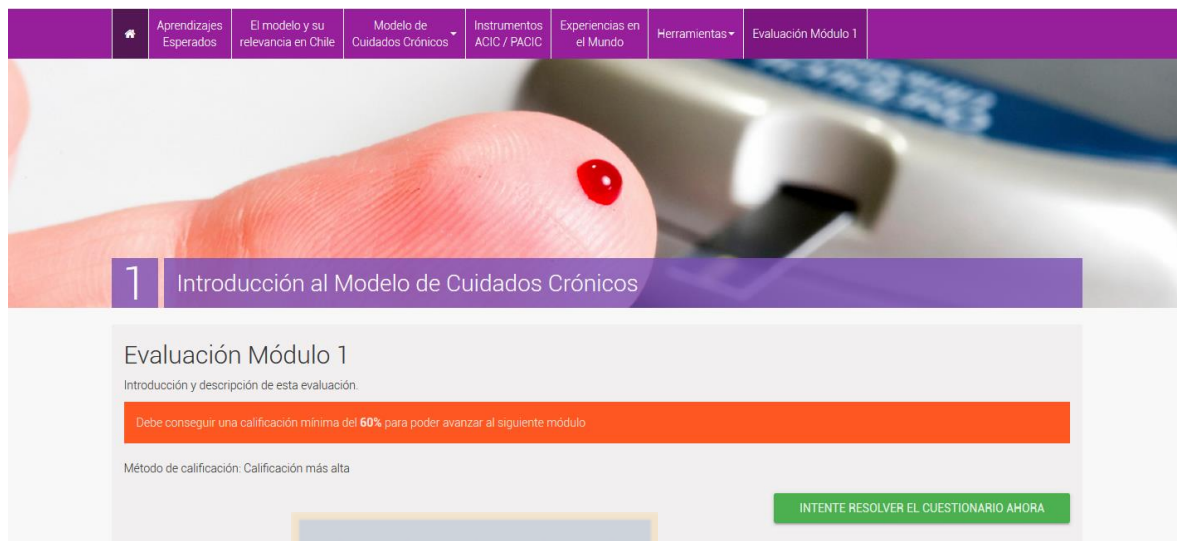


Forma de visualización del tema junto a sus respuestas.

2. **DESCARGAS:** En esta opción encontraremos todo el material disponible del curso para descargar en formato PDF.



Por ultimo nos encontramos con la Evaluación del módulo, con una serie de preguntas que el usuario debe contestar, cabe destacar que para poder aprobar este cuestionario debe tener 60% de respuestas correctas.



Para poder iniciar la evaluación debemos presionar

INTENTE RESOLVER EL CUESTIONARIO AHORA

Y contestar de forma secuencial las preguntas

1 Introducción al Modelo de Cuidados Crónicos

Evaluación Módulo 1

Pregunta 1

Las experiencias internacionales respecto al uso del modelo de cuidados crónicos ha evidenciado:

Seleccione una o más de una:

- ☐ a. Mejoras en los resultados de compensación de los pacientes.
- ☐ b. Disminución de la visita a servicios de urgencia.
- ☐ c. Mejora de la percepción del equipo en los cuidados entregados.
- ☐ d. Aumento de actividades preventivas por parte de los pacientes.

SIGUIENTE

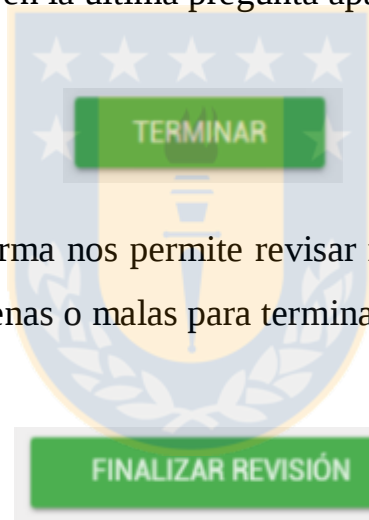
Una vez contestada la pregunta presionamos



Para continuar con la próxima pregunta en caso de querer volver a la pregunta anterior solo debemos presionar.



Una vez se encuentre en la última pregunta aparecerá el botón.



Hecho esto la plataforma nos permite revisar nuestras respuestas, pero solo visualizar si están buenas o malas para terminar mostrando el botón

Una vez finalizada la Evaluación, esta nos retornara a la pantalla anterior y veremos que nos aparece el resumen de intentos de esta evaluación.

1 Introducción al Modelo de Cuidados Crónicos

Evaluación Módulo 1

Introducción y descripción de esta evaluación.

Debe conseguir una calificación mínima del **60%** para poder avanzar al siguiente módulo

Método de calificación: Calificación más alta

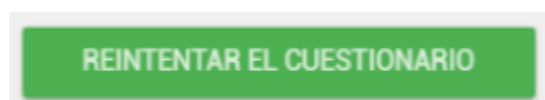
Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Puntos / 4,00	Calificación / 100,00	Revisión
1	Finalizado / Enviado: miércoles, 21 de septiembre de 2016, 10:47	4,00	100,00	Revisión

Calificación más alta: 100,00 / 100,00.

[REINTENTAR EL CUESTIONARIO](#)

Cabe destacar que podremos realizar la evaluación las veces que queramos, esto se logra, solo en esta instancia presionando el botón.



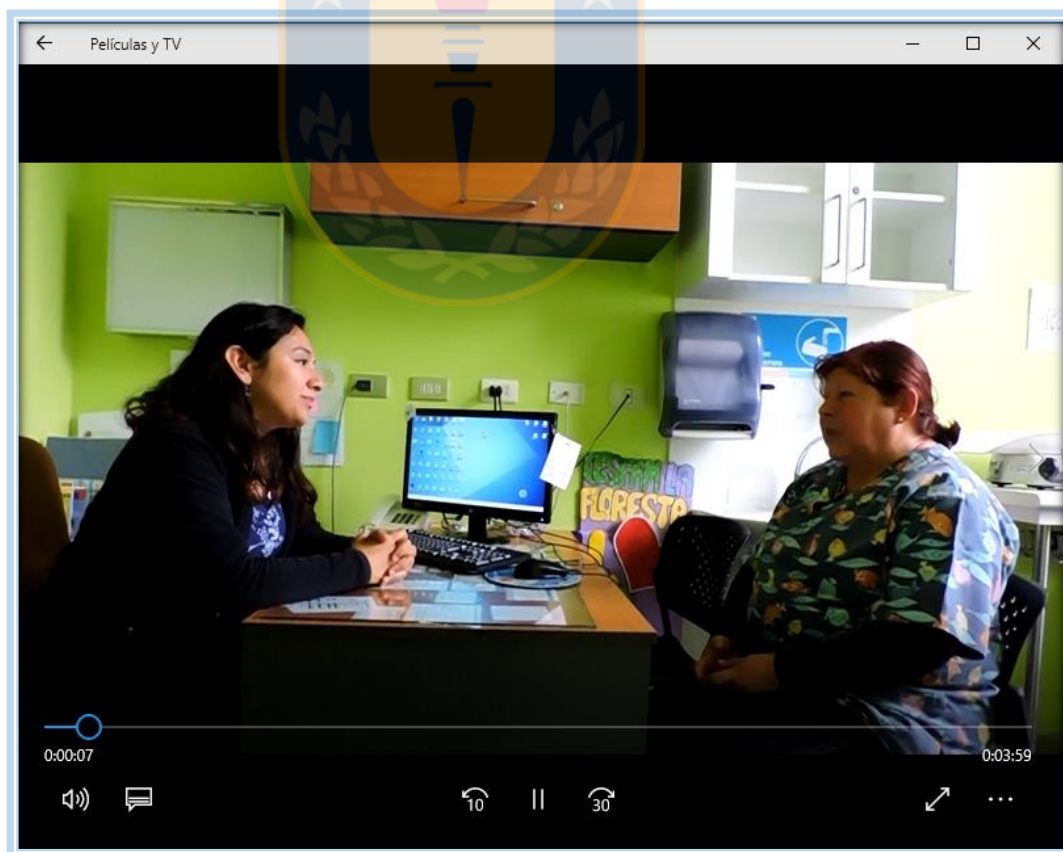
OBS: Logrando un porcentaje igual o mayor a 60% en la Evaluación, lograremos habilitar el modulo que prosigue.

12.7. ANEXO I. ESTUDIO DE CASOS

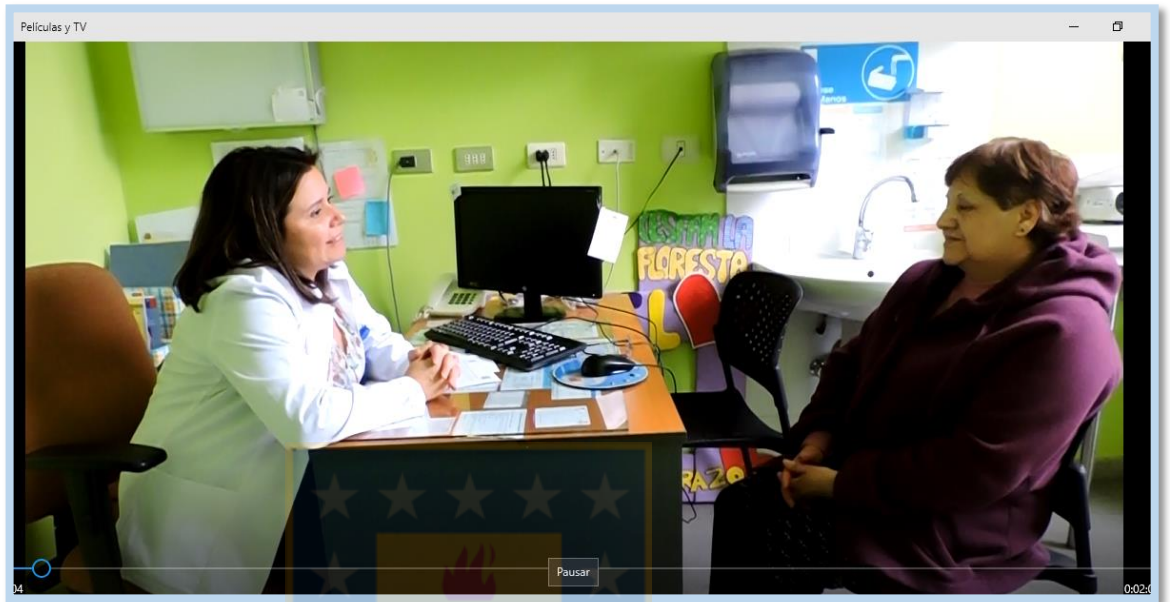
Esta actividad tuvo como propósito presentar la documentación previa de situaciones clínicas reales, en la cual el equipo pudiera identificar oportunidades de mejoramiento relacionadas con la evaluación del cuidado crónico desde la perspectiva del usuario externo.

A continuación se muestran imágenes de usuarios que participaron de las grabaciones audiovisuales, en las que se muestra la evaluación del cuidado crónico desde la perspectiva del usuario externo.

CASO 1



CASO 2

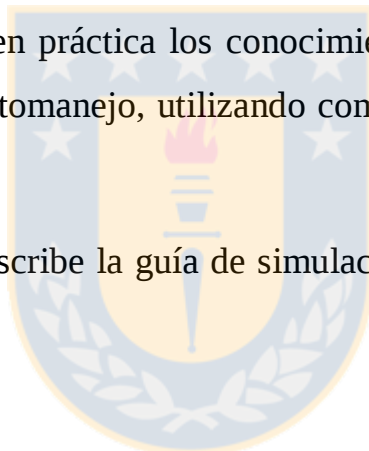


El equipo fue capaz de analizar la evaluación del cuidado crónico, incorporando estas experiencias en el mejoramiento de la atención de salud de usuarios con enfermedad crónica. Lo anterior se complementó con los resultados de la aplicación de los cuestionarios, Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes y con el EVAEC.

12.8. ANEXO J. SIMULACION CLINICA

Este instrumento tuvo como propósito favorecer la aplicación de los contenidos cursados. De esta forma integrar la información y aplicar soluciones ajustadas a lo aprendido durante la intervención. Para ello se dispuso de una sala equipada y preparada para efectuar simulación clínica de atenciones cardiovasculares bajo el paradigma del MCC. Esta actividad estuvo a cargo de la tesis y equipo académico, además se dispuso de actores, quienes efectuaron el papel de usuarios (pacientes) para que el equipo de salud pudiera poner en práctica los conocimientos adquiridos en lo que se refiere al apoyo al automanejo, utilizando como herramientas el Modelo de las 5 Aes.

A continuación se describe la guía de simulación realizada con los equipos de salud



GUÍA DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Responsable:

Tipo de Simulación : CONTROL DE SALUD CARDIOVASCULAR

N° de Estudiantes convocados: _____20_____

I - PROBLEMA IDENTIFICADO O TEMA A ABORDAR

ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL, CONSIDERANDO LAS ETAPAS DE CAMBIO Y EL MODELO DE LAS 5AES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE UN USUARIO CRÓNICO CARDIOVASCULAR

II - OBJETIVOS A TRABAJAR

1. APLICAR EL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS, A TRAVES DE LA HERRAMIENTA 5AES
2. IDENTIFICAR ETAPA, SEGÚN CICLOS DE PROSHASKA
3. APLICAR EL MODELO DE LAS 5 AES EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO CRÓNICO

III - DISEÑO DEL CASO CLÍNICO

CASO 1 PERSONAS CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

Introducción:

Considerando que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son responsable de 17,3 millones de muertes cada año y son la principal causa de muerte en el mundo. En Chile también son la principal causa de muerte y se deben a la combinación de diferentes factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo.

Objetivo:

Los profesionales logren comprender la importancia del control cardiovascular como una instancia de apoyo al usuario portador de patologías crónicas, considerando el MCC como un enfoque primordial para contribuir a empoderar al usuario y familia en el manejo de su condición de salud.

RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO

Beatriz siempre fue una persona alegre, amante de la buena mesa y de compartir con sus amigos y seres queridos. En sus fines de semana siempre está presente alguna celebración, donde el alcohol y café eran una peligrosa mezcla. En más de alguna oportunidad sus amigos e incluso su madre le aconsejaban para que iniciara cambios de hábitos; hacer algún tipo de actividad física, aunque sea mínima para que no continuara su ascenso de peso, o que, por último se realizara un chequeo médico preventivo. Beatriz no ha tomado conciencia de las consecuencias que pudiesen tener sus hábitos en su salud cardiovascular. El equipo de salud del sector realizó un operativo de EMP en el lugar de trabajo donde se desempeña Beatriz hace 1 mes, fue ingresada al

programa de salud cardiovascular por Hipertensión Arterial en actual tratamiento con enalapril, hoy al control presenta los siguientes antecedentes:

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

28

Presión Arterial: 130/84 mmHg

Perfil Lipídico: Col: 150 mg/dL

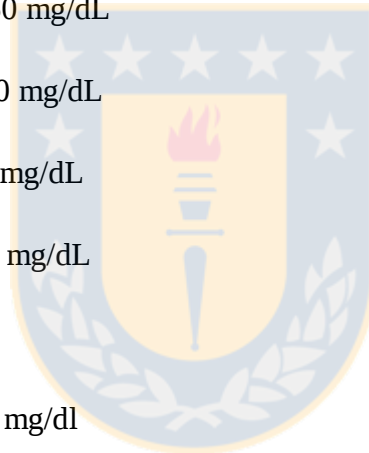
LDL: 140 mg/dL

TG: 120 mg/dL

HDL: 30 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 98 mg/dl



FICHA PACIENTE

NOMBRE: Beatriz Romero Aguirre

RUT: 10.150.225-4

DIRECCION: Pasaje 1, #135, Hualpen.

MIEMBROS FAMILIA: Teresa (madre), Javiera (hija mayor), Pedro (Hijo menor)

DIAGNOSTICO: Hipertensión Arterial.

1/9/16 Motivo: CIERRE EMP – INGRESO PSCV

Paciente ingresa para revisión control seriado de EMP.

Control Seriado: 156/96 – 148/87 – 154/92, Hoy 154/90 mmHg, se entrega constancia GES HTA. Se inicia tratamiento Enalapril. Próximo control con exámenes.

Indicaciones:

- Reg. Hiposodico – hipograso
- Enalapril 5 mg/día
- Exámenes de control
- Control en 1 mes más con exámenes. (perfil lipídico, glicemia)

4/10/16 Motivo: Control con exámenes.

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

Presión Arterial: 130/84 mmHg

Perfil Lipídico: Col: 150 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

TG: 120 mg/dL

HDL: 30 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 98 mg

Riesgo Cardiovascular: BAJO



28

CASO 2 PERSONAS CON PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES

Objetivo:

Los profesionales logren comprender la importancia del control cardiovascular como una instancia de apoyo al usuario portador de patologías crónicas, considerando el MCC como un enfoque primordial para contribuir a empoderar al usuario y familia en el manejo de su condición de salud.

ABP

Beatriz siempre fue una persona alegre, amante de la buena mesa y de compartir con sus amigos y seres queridos. En sus fines de semana siempre está presente alguna celebración, donde el alcohol y café eran una peligrosa mezcla. En más de alguna oportunidad sus amigos e incluso su madre le aconsejaban para que iniciara cambios de hábitos; hacer algún tipo de actividad física, aunque sea mínima para que no continuara su ascenso de peso, o que, por último se realizara un chequeo médico preventivo. Beatriz no ha tomado conciencia de las consecuencias que pudiesen tener sus hábitos en su salud cardiovascular. El equipo de salud del sector realizó un operativo de EMP en el lugar de trabajo donde se desempeña Beatriz hace 1 mes, fue ingresada al programa de salud cardiovascular por Hipertensión Arterial en actual tratamiento con enalapril, hoy al control presenta los siguientes antecedentes:

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

Presión Arterial: 146/92 mmHg

28

Colesterol: 300 mg/dl

Perfil Lipídico: Col: 300 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

TG: 130 mg/dL

HDL: 40 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 98 mg/dl

FICHA PACIENTE

NOMBRE: Beatriz Romero Aguirre

RUT: 10.150.225-4

DIRECCION: Pasaje 1, #135, Hualpen.

MIEMBROS FAMILIA: Teresa (madre), Javiera (hija mayor), Pedro (Hijo menor)

DIAGNOSTICO: Hipertensión Arterial.

1/9/16 Motivo: CIERRE EMP – INGRESO PSCV

Paciente ingresa para revisión control seriado de EMP.

Control Seriado: 156/96 – 148/87 – 154/92, Hoy 154/90 mmHg, se entrega constancia GES HTA. Se inicia tratamiento Enalapril. Próximo control con exámenes.

Indicaciones:

- Reg. Hiposodico – hipograso
- Enalapril 5 mg/día
- Exámenes de control
- Control en 1 mes más con exámenes. (perfil lipídico, glicemia)

4/10/16 Motivo: Control con exámenes.

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

28

Presión Arterial: 146/92 mmHg

Colesterol: 300 mg/dl

Perfil Lipídico: Col: 300 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

TG: 130 mg/dL

HDL: 40 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 98 mg/dl

Riesgo Cardiovascular: MODERADO

CASO 3 PERSONAS CON PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES

Objetivo del ABP:

El profesional logre competencias en el manejo del paciente cardiovascular, considerando un enfoque de determinantes sociales, comunitario y familiar que les permita contribuir a una mejor salud de los usuarios de este programa a nivel de la atención primaria en salud.

ABP

Beatriz siempre fue una persona alegre, amante de la buena mesa y de compartir con sus amigos y seres queridos. En sus fines de semana siempre está presente alguna celebración, donde el alcohol, tabaco y café eran una peligrosa mezcla. En más de alguna oportunidad sus amigos e incluso su madre le aconsejaban para que iniciara cambios de hábitos; hacer algún tipo de actividad física, aunque sea mínima para que no continuara su ascenso de peso, o que, por último se realizara un chequeo médico preventivo. Beatriz no ha tomado conciencia de las consecuencias que pudiesen tener sus hábitos en su salud cardiovascular. El equipo de salud del sector realizó un operativo de EMP en el lugar de trabajo donde se desempeña Beatriz hace 1 meses, fue ingresada al programa de salud cardiovascular por Hipertensión Arterial en actual tratamiento con enalapril, hoy al control presenta los siguientes antecedentes:

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

Presión Arterial: 146/92 mmHg

Perfil Lipídico: Col: 220 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

TG: 120 mg/dL

HDL: 50 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 230 mg/dL

Segunda Glicemia en ayunas: 210 mg/dL

FICHA PACIENTE

NOMBRE: Beatriz Romero Aguirre

RUT: 10.150.225-4

DIRECCION: Pasaje 1, #135, Hualpen.

MIEMBROS FAMILIA: Teresa (madre), Javiera (hija mayor), Pedro (Hijo menor)

DIAGNOSTICO: Hipertensión Arterial.

1/9/16 Motivo: CIERRE EMP – INGRESO PSCV

Paciente ingresa para revisión control seriado de EMP.

Control Seriado: 156/96 – 148/87 – 154/92, Hoy 154/90 mmHg, se entrega constancia GES HTA. Se inicia tratamiento Enalapril. Glicemia en 230 mg/dL en ayunas, sin síntomas asociados, se solicita segunda muestra para confirmación.

Indicaciones:

- Reg. Hiposodico – hipograso
- Enalapril 5 mg/día
- Exámenes de control
- Control en 1 mes más con exámenes. (perfil lipídico, 2° glicemia)

4/10/16 Motivo: Control con exámenes.

Edad: 56 años

Peso: 1.60 cm

Talla: 90 kg

IMC:

Presión Arterial: 146/92 mmHg

Perfil Lipídico: Col: 220 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

TG: 120 mg/dL

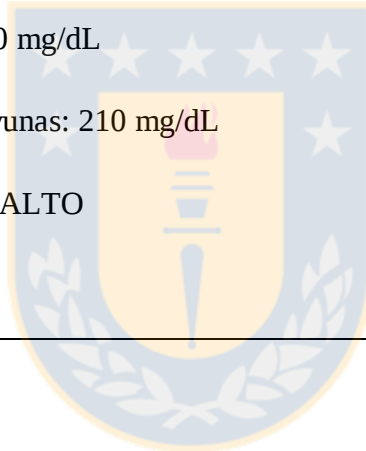
HDL: 50 mg/dL

CC: 100 cm

Glicemia en ayunas: 230 mg/dL

Segunda Glicemia en ayunas: 210 mg/dL

Riesgo Cardiovascular: ALTO



IV -. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO (CONTEXTUALIZAR DÓNDE SE DESARROLLA LA ACCIÓN)

BOX DE ATENCION EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR

V- CARACTERIZACIÓN DEL SIMULADOR

BOX ATENCIÓN

USUARIO CON ENFERMEDAD CRÓNICA CARDIOVASCULAR

VI- CAMBIOS DEL SIMULADOR DURANTE LA INTERVENCIÓN DEL ESTUDIANTE

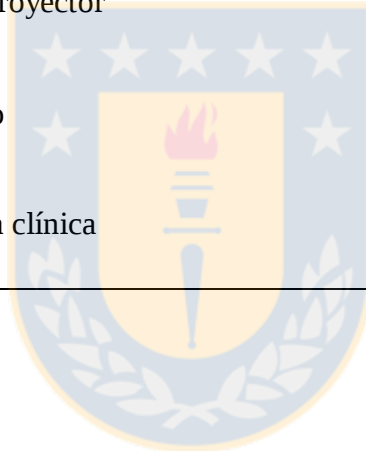
CAMBIOS SEGÚN CASO CLÍNICO RIESGO CARDIOVASCULAR

VII- MATERIALES A UTILIZAR.

- Camilla para revisión
- Escritorio y silla para entrevista
- Esfigmomanómetro de mercurio
- Fonendoscopio
- Pesa
- Tallímetro

- Talas de riesgo
- Huincha métrica
- Guates de procedimientos
- Insumos para lavado clínico de manos
- Video cámara, proyector
- Tabla de registro

Carpeta simulando ficha clínica



VIII-ROLES A ASIGNAR:

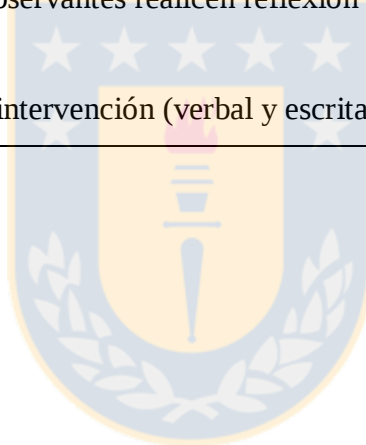
1. Enfermero
2. Médico
3. 1 actor preparado para representar a un usuario con enfermedad cardiovascular
4. Administrativo o TENS

IX- BRIEFING DE LA SITUACIÓN

ATENCIÓN DE SALUD INTRAMURAL, CONSIDERANDO LAS ETAPAS DE CAMBIO Y EL MODELO DE LAS 5AES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE UN USUARIO CRÓNICO CARDIOVASCULAR

X-DEBREAFIG DE LA SITUACIÓN

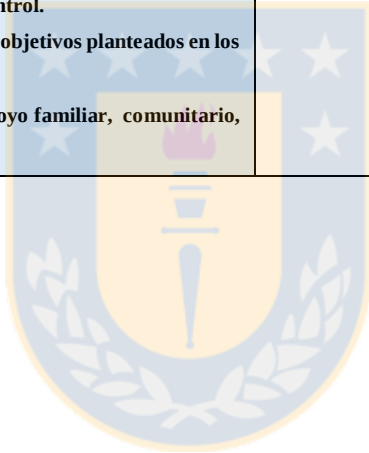
1. Preguntar al profesional su percepción en relación a su desempeño
2. Aplicación de Modelo de las 5Aes
3. Aplicación de herramientas de medición
4. Profesionales observantes realicen reflexión en relación a la simulación
5. Ver video
6. Docente realiza intervención (verbal y escrita)



12. 9. ANEXO K. RÚBRICAS SIMULACIÓN CLÍNICA

Criterios a Evaluar (60%)	4	3	2	1
AVERIGUR : 1. Averigua sobre lo que el usuario sabe de su enfermedad. 2. Controla signos vitales , medidas antropométricas y revisa exámenes 3. Identifica motivaciones. 4. Identifica temores u obstáculos. 5. Identifica etapa de cambio (prochaska). 6. Luego de identificada la etapa de cambio, continua con la aplicación de la herramienta 5aes o con la herramienta 5 R.	<i>Sobresaliente,</i> cumple con 5/6 criterios	<i>Acceptable,</i> cumple con 5/6 criterios	<i>Algunas deficiencias,</i> cumple con 4/6 criterios	<i>Deficiente,</i> cumple con 3/6 criterios o menos
ACONSEJAR: 1. Mantiene una escucha activa con el usuario para identificar sus prioridades. 2. Aplica instrumentos para evaluar cumplimiento terapéutico (Morinsky o Batalla). 3. De acuerdo al cumplimiento terapéutico y el conocimiento del usuario entrega información específica para mejorar su condición de salud. 4. Respecto del consejo entregado este es: claro, específico, positivo y personalizado. 5. En caso de que el usuario se encuentre en etapa de pre-contemplación y contemplación o escasa motivación aplicar 5R.	<i>Sobresaliente,</i> cumple con 5/5 criterios	<i>Acceptable,</i> cumple con 4/5 criterios	<i>Algunas deficiencias,</i> cumple con 3/5 criterios	<i>Deficiente,</i> cumple con 2/5 criterios o menos
ACORDAR: 1. Según riesgo cardiovascular, el profesional ejemplifica meta terapéutica al usuario. 2. El plan terapéutico es consensuado con el usuario, con la finalidad de llegar a un acuerdo objetivo y real de cumplimiento. 3. Se establecen metas alcanzables para el usuario en un corto plazo. 4. Se establecen metas alcanzables para el usuario en un mediano plazo. 5. Si el usuario requiere ayuda para el cumplimiento de su plan terapéutico, referir a grupo de ayuda y/ o familiar.	<i>Sobresaliente,</i> cumple con 5/5 criterios	<i>Acceptable,</i> cumple con 4/5 criterios	<i>Algunas deficiencias,</i> cumple con 3/5 criterios	<i>Deficiente,</i> cumple con 2/5 criterios o menos

APOYAR: 1. Se revisan conjuntamente las metas pactadas. 2. Se alienta a la capacidad de autoeficacia. 3. Se estimula positivamente el logro alcanzado hasta el momento del control. 4. Se estimula positivamente a seguir el proceso de cambio. 5. Se insiste en considerar el apoyo familiar y comunitario.	Sobresaliente, cumple con 5/5 criterios	Aceptable, cumple con 4/5 criterios	Algunas deficiencias, cumple con 3/5 criterios	Deficiente, cumple con 2/5 criterios o menos
ACOMPañAR: 1. Se entregan metas pactadas por escrito. 2. Se entrega un plan de seguimiento (controles, visitas) 3. Se resuelven dudas o inquietudes si aún existirán al momento de terminado el control. 4. Se revisan y adecuan metas y objetivos planteados en los controles. 5. Se insiste en considerar el apoyo familiar, comunitario, se consideran dudas y cierre.	Sobresaliente, cumple con 5/5 criterios	Aceptable, cumple con 4/5 criterios	Algunas deficiencias, cumple con 3/5 criterios	Deficiente, cumple con 2/5 criterios o menos



12.10. ANEXO L. TALLER IDEACIÓN

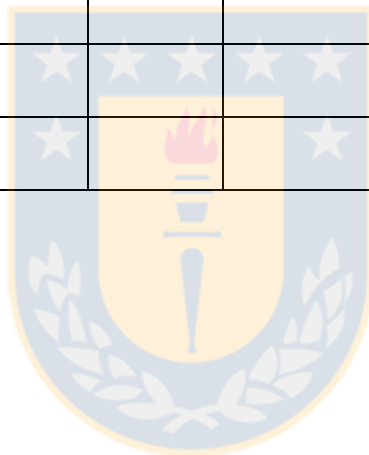
Objetivo de la Actividad: Selección, definición y justificación temática para desarrollar proyecto

INSTRUCCIONES:

1. En equipo, mediante lluvia de idea identifique una lista de posibles temas para mejorar en su establecimiento.
2. Desarrolle la siguiente tabla F.I.N.E.R. para ponderar los temas enunciados anteriormente. Elija aquel tema que tenga una mayor ponderación -Ese será su tema para desarrollar-.

Escala de puntuación: 1 Baja; 2 Media; 3 Alta

Temas	Factibilidad de abordar el problema	Interés por el tema	Novedad	Ética	Relevancia	Suma total
Tema 1						
Tema 2						
Tema 3						
Tema 4						
Tema 5						



12.11. ANEXO M. SIMULACIÓN METODOLÓGICA DE MEJORAMIENTO (IHI 2015).

Preparación

- Por favor organizar y definir lo siguientes roles en un grupo de 4 personas.
 - 1 Ejecutor
 - 1 Cronometrador
 - 1 Encargado de Calidad
 - 1 Recolector de Datos



El Simulador



Revisión: Simulación PHEA



Mediciones de PHEA

PRESICION/EXACTITUD

- **3** = Todas las piezas están puestas en el Señor Cara de Papa y están colocadas correctamente.
- **2** = Todas las piezas están puestas en el Señor Cara de Papa, pero una o mas están fuera de lugar.
- **1** = Una o mas piezas no están puestas en el Señor Cara de Papa.



MEJORAMIENTO DE
CUIDADOS CRÓNICOS

TIEMPO

- **Iniciar:** Cuando el cronometro diga "ya".
- **Parar:** Cuando la ultima pieza este en su lugar y las manos no lo estén tocando.

PHEA #	Teoría	Predicción
1	De la cabeza a los pies.	T: 60 seg. Exact: 2
2		
3		
4		
5		
6		

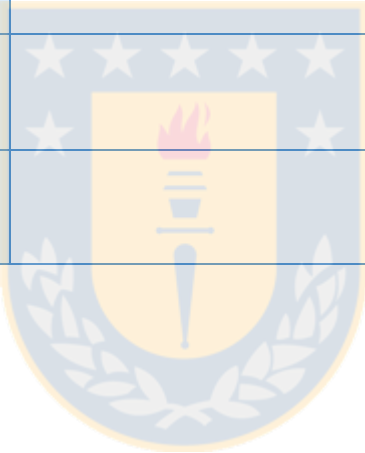
MEJORAMIENTO DE
CUIDADOS CRÓNICOS

		Tiempo					
Segundos	140						
	120						
	100						
	80	x					
	60						
	40						
	20						
	10						
		1	2	3	4	5	6
		PHEA					
		Exactitud / Precisión					
Exact./Prec.	3						
	2	x					
	1						
		1	2	3	4	5	6
		PHEA					

12.12 ANEXO N. PAUTA EVALUACIÓN PROTOTIPO

A)

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR			
ACONSEJAR			
ACORDAR			
APOYAR			
ACOMPañAR			



B)

Nombre	
Descripción	
Esquema (considere video –representación teatral)	
Elementos claves	
Técnicas para la ejecución	
Dificultades de producción	
Costos de producción	

12. 13. ANEXO Ñ. INFORME ESCRITO DE IDEACIÓN

1.1. TÍTULO DEL PROYECTO

Indicar en forma clara y precisa el nombre

1.2. DURACIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

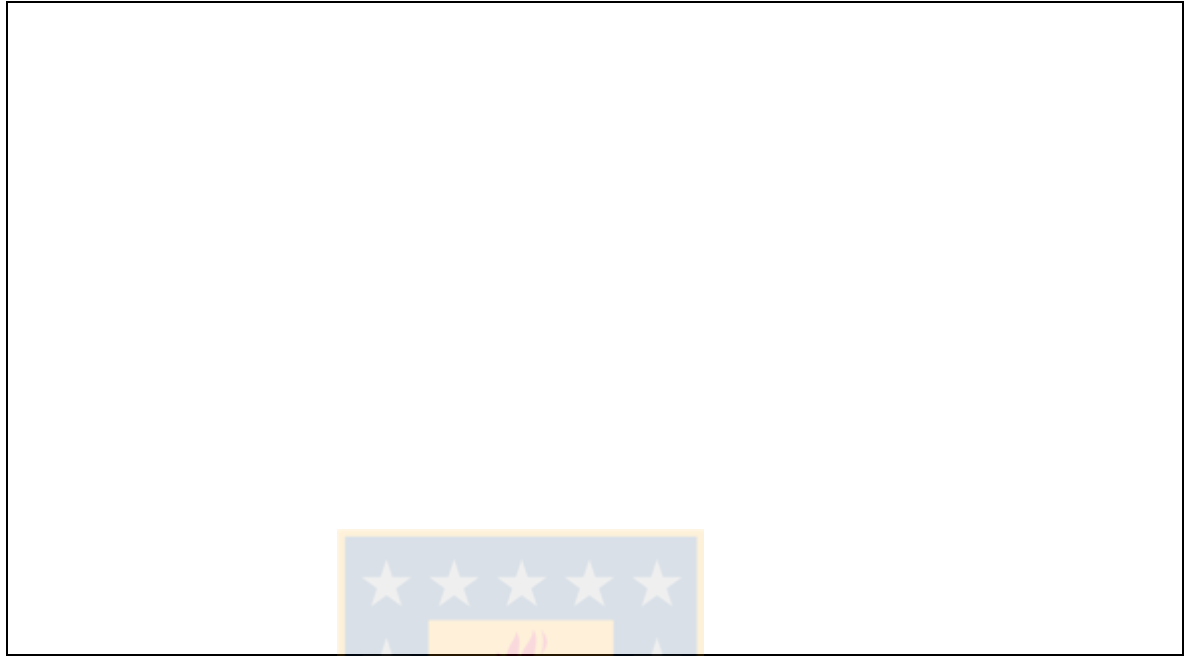
_____ meses

1.3. PROFESIONALES QUE LIDERAN EL PROYECTO

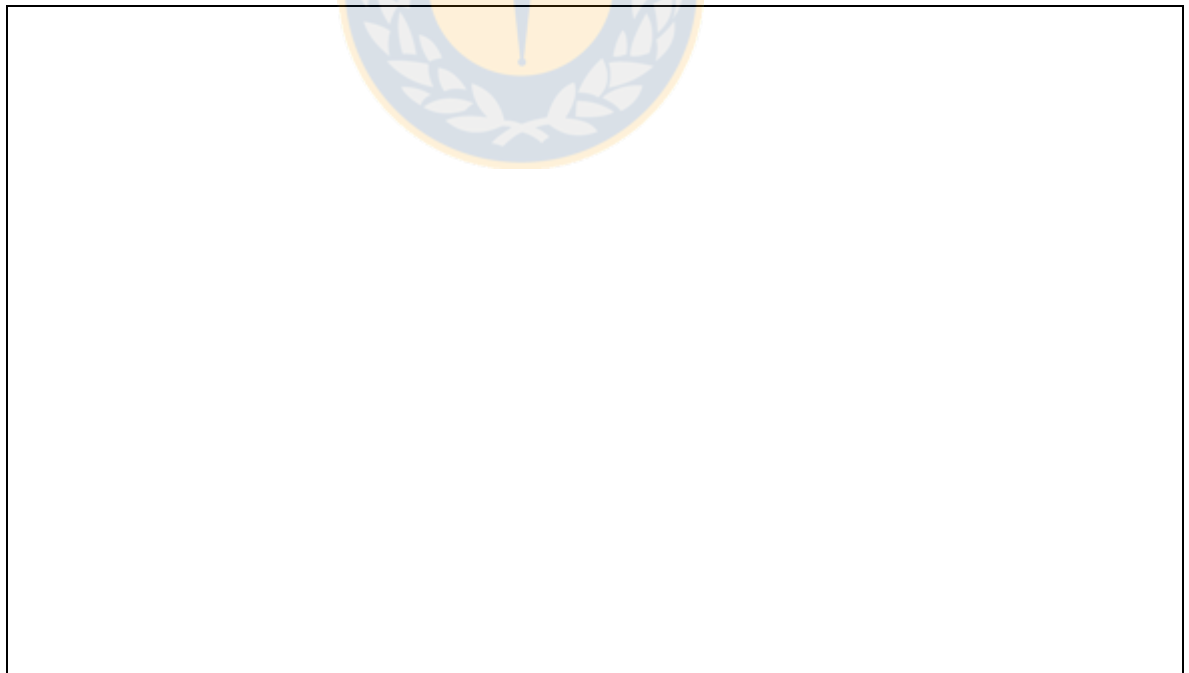
PROFESIONAL 1:	
Rut:	Teléfono:
e-mail:	
PROFESIONAL 2:	
Rut:	Teléfono:
e-mail:	

II.1. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

Indique brevemente los antecedentes que justifican su proyecto. Puede utilizar bibliografía complementaria que avalen sus ideas y supuestos.



II.1.1.PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.



II.2. METODOLOGÍA

II.2.1 TIPO DE INTERVENCIÓN

¿Qué cambios podemos hacer que resulten en una mejora?

Señale en detalle las características principales de la intervención que ejecutaran para poder mejorar su problema y lograr su objetivo. Establezca la metodología o métodos que planea utilizar.



II. 2.2 POBLACIÓN

Delimite la población a estudiar. Especifique criterios de selección y lugar de

Población: Quienes son todos los posibles afectados a ser intervenidos.

Unidad de análisis: Que característica en particular comparten la población posible de ser intervenida. (Ej. Usuario portador de diabetes mellitus tipo II)

muestreo.

II.1.1.MUESTRA

Indicar número de personas que efectivamente se pueden intervenir en función a criterios de inclusión y exclusión, sin embargo si la población a intervenir, a pesar de los criterios de inclusión y exclusión es muy amplia y difícil de abordar, se puede realizar un muestreo, seleccionando un limitado número de personas, para lo cual se deberá indicar como se realizará esa muestra (tipo de muestreo).

II.1.2.INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Especifique los instrumentos de recolección de datos que requerirá o utilizara: encuestas, cuestionarios, fichas clínicas, etc. Agregue los formularios a utilizar en los anexos.

II.1.3.ASPECTOS ÉTICOS

II.1.4.ANALISIS DE DATOS

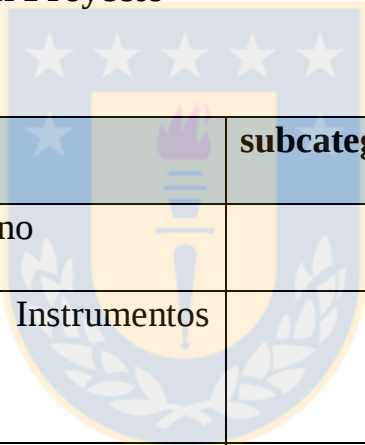
Deberá indicarse las técnicas de procesamiento y de análisis de datos o resultados obtenidos. Así como también sus indicadores de resultado y de proceso.

II.1.5.PLAN DE TRABAJO

II.1.6.Flujograma de Trabajo

Desarrolle flujograma de trabajo para las actividades planificadas

II.1.7.Presupuesto del Proyecto



ITEMS	subcategorias	Total
Recurso Humano		
Equipos e Instrumentos Menores		
Servicios Materiales y otros		

12. 14. ANEXO O. PLANTILLAS PROTOTIPO PROBLEMA



EL PROBLEMA

¿Qué queremos lograr?

El problema:

OBJETIVOS

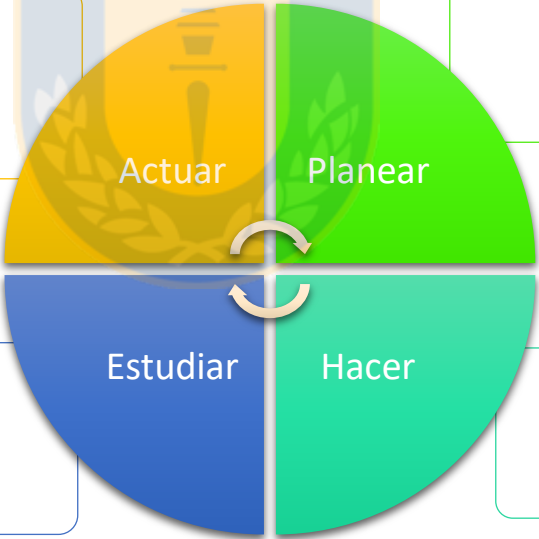
¿Qué debemos hacer para lograr abordar el problema



12. 15. ANEXO P. PLANTILLAS PROTOTIPO OBJETIVO Y ACTIVIDADES

Actividades por objetivo

¿Qué cambios podemos hacer que resulten en una mejora?

Objetivo:	
• Actividad 1	• Actividad 2
	
• Actividad 3	• Actividad 4
Indicador	

12. 16. ANEXO Q. PLANTILLAS PROTOTIPO SEGUIMIENTO Y KANBAN DE TAREAS

FECHA		CICLOS DE MEJORAMIENTO EQUIPOS ETAPA 1-2											
		PLANEAR		HACER						ESTUDIAR			ACTUAR
MES	SEMANA S	CICLO	OBJETIVO ESPECIFICO	TABLERO DE TAREAS						INDICADORES			
				ACTIVIDADES O CAMBIOS	RESPONSABLE S	TIEMPO	EN PROCESO	PENDIENTE	TERMINADO	PROCESO	REULTADO	BALANCE	ACTIVIDADES O CAMBIOS
1	1	1											
1	2	2											

12.17. ANEXO R. CERTIFICADO PROGRAMA PASANTIA IHI



12. 18. ANEXO S. MARCA GRAFICA MEJORAMIENTO DE CUIDADOS CRÓNICOS



12.19. ANEXO T. PROTOTIPOS PROTOCOLO CONTROL GRUPAL DISEÑADO POR LOS EQUIPOS DE SALUD

PROTOCOLO (primer control grupal)

Duración: 15 min antes: Preparación control

60 min durante: Control

45 min después: Registros y otros.

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-a. Saludo- b. presentación usuarios (+ patologías) c. presentación equipo.(foto) 2.-Video impacto 3.-Explicar proyecto (video) 4.-Aplicación de Instrumentos (Escritos: consentimiento informado -test y de Control: Peso- talla- IMC. FC- PA.)		
ACONSEJAR	1.-Análisis de video- relación estado de salud de cada uno versus parámetros normales		
ACORDAR	1.-Acordar la próxima sesión 2.-Acordar educaciones en base a necesidades planteadas (encuesta) 3.-Fijar tareas simples		
APOYAR	1.-Retroalimentar potenciándolos positivamente a modificar estilo de vida.		
ACOMPañAR	1.-Insistir en llamadas previas al control siguiente		

PROTOCOLO (segundo control grupal)

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-Saludo y retroalimentación.		
ACONSEJAR	1.-Educar, En Autoeficacia y Adherencia : Video se enviara (Dr. Carter) 2.-Se dan a conocer las metas Ministeriales, rangos normales de PA -FC-CC-IMC-CT- Glicemia. (se enviaran fotocopias) 3.-Educación Nutricionista “ Adherencia no farmacológica”		
ACORDAR	1.- Entrega y revisión de instrumentos tabulados se enviara (Cristian Briones). 2.-Acordar metas en conjunto Modificar habito alimentario a corto y mediano plazo(disminuir ingesta de sal) Adoptar habito de vida saludable, que promueva la salud A corto plazo mantener o reducir peso corporal....		
APOYAR	1-Pauta horario de comidas acordada (entrega) enviara Docente por Camila Echeverría. 2.-Que el usuario escriba sus metas:		
ACOMPañAR	1.-Posibilidad de crear un grupo Whats App. 2.-Consejeria telefónica 3.-Recordar próximo control.		

PROTOCOLO (tercer control grupal)

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
AVERIGUAR	1.-Saludo y retroalimentación.		
ACONSEJAR	1.-Repetir video Autoeficacia y Adherencia 2.-Presentacion Actividad QF 3.-Pequeña retroalimentación		
ACORDAR	1Acordar metas terapéuticas según MINSAL en conjunto con el usuario : PA_PL_CC_IMC_GLIC		
APOYAR	1-Entregar metas por escrito 2.-Reforzar meta farmacológica y de alimentación		
ACOMPañAR	1.-Asignar un horario de espacio amigable, para resolver dudas del grupo o individuales 2.-Recordar control siguiente		

PROTOCOLO (cuarto control grupal)

5 AES	ACTIVIDADES	SI	NO
Averiguar	1.- <i>Saludo y retroalimentación</i> 2.- Revisión de metas por médico (individual) + exámenes (perfil lipídico y glicemia)		
Aconsejar	1.- Video Actividad Física 2.- Presentación Actividad con T.O/Kine/Médico 3.- Retroalimentación		
Acordar	1.- Acordar metas actividad física según OMS y capacidad c/paciente en cuaderno de manera individual con cuanto se compromete (rol médico)		
Apoyar	1.- Entregar material actividad física 2.- derivar a grupos apoyo actividad física existentes en nuestros CESFAM		
Acompañar	1.- Llamada de administrativo (a los 15 días) para seguimiento y recordar 2.- Llamada de administrativo para recordar control siguiente (1 semana antes)		

PROTOCOLO (quinto control grupal)

(NT-PS AS-ENF)

5 AES	Actividades	SI	NO
Averiguar	1.- Saludo y retroalimentación 2.Medicion parámetros antropométricos		
Aconsejar	1.- Revisión de redes de apoyo para afrontamiento. 2.- Medición etapa Pro -Chaska.		
Acordar	1.- Revisión metas pactadas. 2. Solicitud de exámenes de glicemia y p lipídico para el próximo control		
Apoyar	1.- Reforzar para logro de metas “refuerzo positivo” 2.- Necesidad de visita domiciliaria		
Acompañar	1.- Llamada recordatorio y agentamiento de ex de control. (Admin) 2.- Llamada para recordar próximo control (1 semana antes) (Admin)		

PROTOCOLO (sexto control grupal)**(MED- NT-PS ENF-AS)**

5 AES	Actividades	SI	NO
Averiguar	1.- <i>Saludo y retroalimentación</i> 2.- Revisión de parámetros y resultado de exámenes		
Aconsejar	1.- Evaluar Autoeficacia y adherencia, (2º) aplicación de escala		
Acordar	1.- Revisión metas pactadas.		
Apoyar	1.- Reforzar logro de metas “refuerzo positivo” 2. Valoración de cambios		
Acompañar	1 Llamado de seguimiento 2.- Llamada de administrativo para recordar próximo control (1 semana antes)		