

Programa, orientaciones y recursos para el equipo docente

# Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles

## modelo MAPEC



**Redes**



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles modelo MAPEC Programa, orientaciones y recursos para el equipo docente / Gabriel González ... [et al.]. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Redes, 2016.

89 p. ; 29 x 21 cm.

ISBN 9789503802373

1. Atención a la Salud. I. González, Gabriel

CDD 610.7

## AUTORIDADES

Presidente de la Nación

**Ing. Mauricio Macri**

Ministro de Salud de la Nación

**Dr. Jorge Daniel Lemus**

Secretario de Promoción de la Salud,  
Prevención y Control de Riesgos

**Prof. Dr. Adolfo Rubinstein**

Subsecretario de Programas de Promoción,  
Prevención y Atención Primaria

**Dr. Mario Kaler**

Directora de Promoción de la Salud  
y Control de Enfermedades No Transmisibles

**Dra. Verónica Schoj**

Coordinadora del Programa Redes

**Dra. Sandra Rosa**

**Coordinación técnica**

Dr. Gabriel Gonzalez  
Dr. Sebastián Laspiur

**Coordinación operativa**

Dra. Cintia L'Hopital  
Dra. Luciana Valenti

**Responsable editorial**

Dr. Gabriel González

**Revisión final**

Dr. Sebastián Laspiur

**Coordinación editorial**

Lic. Marcela Juez  
Lic. Ariadna Pou

**Coordinación pedagógica  
y didáctica**

Lic. Paula Bianchi  
Lic. Ariadna Pou

**Diseño de actividades**

Dra. Alejandra Alcuaz  
Lic. Ariadna Pou

**Diseño gráfico**

DG. María Laura Carnelli  
Lic. Greta Gustavino

**Edición**

Lic. Lucía de Barrio  
Lic. Micaela Carolina Estebanez  
Lic. María Flor Gianfrini  
Lic. Carolina María Noel Platero

## EQUIPO EDITORIAL

### **Coordinación técnica**

Dr. Gabriel Gonzalez

Dr. Sebastián Laspiur

### **Coordinación operativa**

Dra. Cintia L'Hopital

Dra. Luciana Valenti

### **Responsable editorial**

Dr. Gabriel González

### **Revisión final**

Dr. Sebastián Laspiur

### **Coordinación editorial**

Lic. Marcela Juez

Lic. Ariadna Pou

### **Coordinación pedagógica y didáctica**

Lic. Paula Bianchi

Lic. Ariadna Pou

### **Diseño de actividades**

Dra. Alejandra Alcuaz

Lic. Ariadna Pou

### **Diseño gráfico**

DG. María Laura Carnelli

Lic. Greta Gustavino

### **Edición**

Lic. Lucía de Barrio

Lic. Micaela Carolina Estebanez

Lic. María Flor Gianfrini

Lic. Carolina María Noel Platero

## 09 **Presentación**

## 11 **Fundamentación del curso**

- 12 El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado
- 13 La Atención Primaria de la Salud y el derecho a la salud
- 15 La renovación de la APS
- 16 ¿Qué importancia adquieren las redes de salud en la estrategia de APS?
- 18 La APS y los equipos de salud
- 19 Educación Permanente: una estrategia para la renovación de los equipos de salud en la APS

## 23 **Programa de Capacitación**

- 24 Propósito, objetivos y alcance
- 24 Convocatoria.
- 25 ¿Por qué adoptar y promover un Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas integral e integrado?
- 26 Los contenidos: su estructura y organización
- 45 Estrategia metodológica
- 46 Modalidad
- 47 Agenda
- 60 Equipo docente
- 61 Registro de asistencia y presentismo
- 61 Evaluación y certificación
- 62 Presentación de informe final del equipo docente
- 62 Materiales que brinda Redes para el desarrollo del curso

## 63 **Anexo**

- 64 Caso Clínico: Unidad temática 1, Actividad 2 con clave de correcciones
- 65 Informe para analizar indicadores en la Actividad 3 de la Unidad temática 4
- 69 Cuestionario de Inicio MAPEC
- 71 Consigna de Trabajo Final
- 72 Pautas técnicas para la presentación formal de los trabajos
- 72 Guía para la elaboración del informe final del equipo docente
- 81 Encuesta de opinión
- 83 Las redes de salud

## 89 **Bibliografía**

# Presentación

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del **Programa Redes**, tiene por objetivos definir e impulsar el funcionamiento de las redes de salud a partir de la formulación e implementación de proyectos provinciales, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios públicos que integran el Primer Nivel de Atención (PNA) y contribuir a reforzar el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de Salud provinciales.

Una red se construye como una respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no podrían solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003).

Las redes de salud incluyen a las redes de servicios de salud (efectores de los distintos niveles de atención, articulando y coordinando acciones entre sí), insertas en las comunidades que, con mayor o menor grado de organización, interactúan con dichos servicios.

En este sentido, junto con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, el **Programa Redes** promueve un cambio en el modelo de gestión y atención sanitaria con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas, especialmente, las de aquellos que presentan afecciones crónicas. Por esta razón, la atención de personas “requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona y promueva la adherencia al tratamiento” (MSN, Redes, 2013). En este sentido, el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), descrito por Edward Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un abordaje integral e integrado de las personas a través de diversos componentes.

El curso *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC*, está orientado a la promoción y difusión de dicho modelo de gestión y atención para su implementación en el sistema de salud, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud impulsada desde la Dirección de Promoción de la Salud y el Control de Enfermedades No Transmisibles en conjunto con el **Programa Redes**.

El presente material está dirigido a los equipos docentes y se propone brindar orientaciones para promover la reflexión acerca de la propia práctica de los equipos de salud, así como la desnaturalización de lo establecido, revisión y puesta en cuestión de creencias relacionadas con la atención de personas con ECNT.



# **Fundamentación del curso**



Para comprender el desarrollo de este curso “Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles -modelo MAPEC”, es importante explicitar cuáles son los marcos de referencia y las políticas sanitarias que lo sustentan y le dan sentido entre los equipos de salud. Este es el objetivo de esta sección.

Partimos del concepto de salud entendida como proceso complejo y dinámico, que abarca diferentes etapas (salud-enfermedad-atención-cuidado) y escenarios. Desde esta concepción, y promovida por la Organización Panamericana de la Salud, la Atención Primaria de la Salud se presenta como la estrategia por excelencia que organiza el sistema de salud desde una perspectiva del derecho, el acceso universal y la participación social. Para implementar esta estrategia son prioritarios el fortalecimiento y la renovación de las competencias de los equipos de salud a través de la educación permanente y la construcción de redes de salud -que incluyen a las redes de servicios de salud-, resultantes de la interacción entre diferentes actores y sectores de la comunidad para potenciar los recursos disponibles y generar diferentes alternativas a la resolución de problemas.

## El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

En la Argentina, el sistema de salud se encuentra fragmentado; las personas consultan a múltiples servicios y profesionales a lo largo de su vida y/o ingresan al sistema a través de los dispositivos de emergencia. De esta manera, el sistema se orienta a resolver el desajuste de la “máquina” (la persona), para que pueda volver a su actividad.

Sin embargo, contrariamente a esta realidad, la concepción de la salud se ha ido ampliando y ha dejado de ser percibida como un estado a ser alcanzado, para definirse como un campo dinámico, en tensión y cambio, que involucra y articula diferentes procesos y actores, tal como puede observarse en la siguiente definición:

*“La salud, individual y colectiva, es el resultado de la relación dinámica entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en una sociedad como producto del accionar del hombre frente a los conflictos que le genera su entorno natural y social...” (Castellanos, 1997).*

En el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado además del sistema de salud, intervienen e influyen el medio ambiente, la genética, los modos de vida de las sociedades, las condiciones de vida de los grupos y los estilos de vida individuales.

Los determinantes sociales de la salud son, por excelencia, las condiciones económicas y sociales que influyen sobre la salud tanto a nivel individual como colectivo, en un determinado territorio. Estos determinan en qué medida una persona posee los recursos físicos, sociales y personales para definir y realizar sus objetivos, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su medio. A su vez dan cuenta especialmente de cuestiones relativas al desarrollo infantil, la educación, el empleo y el tipo de trabajo;

la calidad de los alimentos, los servicios de salud, el ingreso y la distribución del mismo; la exclusión social, la seguridad social, la desocupación y la seguridad del empleo (Dennis, 2004).

El proceso salud-enfermedad está instalado en un escenario natural (que es el lugar donde la gente vive, estudia o trabaja) y tiene una determinación social (Rovere 1999). La incorporación de la determinación social de la salud al proceso de atención y cuidado, resulta fundamental a la hora de comprender y abordar la salud de la población a cargo.

**Por lo tanto, ya no alcanza con tratar la enfermedad: el verdadero reto es intentar incidir en la calidad de vida de las personas, contribuyendo a prevenir la aparición de la enfermedad o la progresión de la ya existente, como el caso de las enfermedades no transmisibles.** Acompañar a las personas en el cuidado de su salud inexorablemente implica asumir sus múltiples dimensiones y su complejidad, y para esto se requiere un equipo de salud interdisciplinario y accesible para las personas y la comunidad.

La Atención Primaria de la Salud se renueva y se posiciona como la estrategia organizadora del sistema de salud que permite abordar integralmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado con todos sus determinantes.

En este escenario, se vuelve prioritario hacer un llamado a la reflexión de los equipos de salud e invitarlos a emprender un proceso de formación, que incluya no sólo un fortalecimiento de las competencias técnicas, sino fundamentalmente, la posibilidad de desarrollar una nueva mirada acerca del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

**El enfoque privilegiado para un proceso de formación de este tipo es el de la educación permanente,** tal como se verá en las páginas siguientes.

## La Atención Primaria de la Salud y el derecho a la salud

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en 1978 en Alma-Ata, fue un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales.

En este encuentro, se realizó un llamado urgente y eficaz para la ejecución de una acción nacional e internacional para desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo (Tejada de Rivero, 2003). Finalizada la Conferencia, la mayor parte de los países del mundo se comprometieron con una empresa muy seria: *poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento de la meta social y política "Salud para todos"*. La Atención Primaria de Salud (APS), entonces, fue considerada como la estrategia por excelencia para conseguir este objetivo. La Declaración final de la Conferencia en Alma-Ata estableció que la APS es:

*“[...] atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud”* (Alma-Ata 1978).

En este marco, la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores (Alma-Ata 1978).

En 2003, con motivo del 25º aniversario de la Conferencia de Alma-Ata, y a solicitud de sus Países Miembros, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidió examinar de nuevo los valores y principios que décadas atrás inspiraron la Declaración de Alma-Ata, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de la Salud (OPS, 2007). La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Entre los retos, figura la necesidad de invertir en redes integradas de servicios sociales y de salud que, en muchos casos, no han sido dotadas con el personal o el equipamiento adecuados o no han contado con el apoyo financiero necesario. En los últimos veinticinco años, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano (OPS, 2007).

Además, la región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas transformaciones incluyen aspectos como el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de la información, la urbanización, y el deterioro de las estructuras sociales y los sistemas de apoyo, todo lo cual, directa o indirectamente, ha condicionado una serie de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, etc.

- ✿ Desde esta nueva perspectiva se reconoce a la salud como un derecho humano y, por lo tanto, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, un requisito para que los sujetos realicen sus proyectos de vida.

Los rasgos básicos del derecho a la salud están configurados por tres equidades: en la atención, en la distribución de los riesgos y en la distribución del saber y del poder.

- **La equidad en la atención** supone que las personas tengan la misma posibilidad de acceder a los servicios (que estos sean de calidad semejante) y, además, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que al mismo tiempo no sean estratificantes de la población.
- **La equidad en la distribución de los riesgos** se refiere a la posibilidad de enfermar, de desarrollar alguna discapacidad o de morir por causas evitables.
- **La equidad en la distribución del saber y del poder en salud** es una categoría más amplia que excede el mismo campo de la salud, pero que se restringe para incluirla dentro del concepto de derecho a la salud. El conocimiento pertinente es necesario para fortalecerla, así como para mejorar las condiciones de vida, para tomar decisiones sobre el cuerpo, sobre la vida y sobre la propia muerte (Rovere, M.1999). Es responsabilidad y compromiso del Estado, a través del Ministerio de Salud de la Nación, garantizar las tres equidades mencionadas, a partir de la estrategia de APS como política pública, integradora del sistema y capaz de asegurar el derecho a la salud de la población.

## La renovación de la APS

El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo tal que aquella desempeñe un papel central. Los valores esenciales del sistema de salud deben ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho a acceder al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientada hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (OPS).

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario

con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. En otras palabras, la APS conjuga y arbitra diferentes recursos para garantizar el derecho a la salud de las personas.

Cuadro 1. Elementos de la estrategia APS

✓ Acceso y cobertura universal	✓ Primer contacto
✓ Atención integral e integrada	✓ Recursos Humanos apropiados
✓ Énfasis en la promoción y prevención	✓ Recursos adecuados y sostenibles
✓ Atención adecuada	✓ Acciones intersectoriales
✓ Orientación familiar y comunitaria	✓ Políticas y programas pro equidad: Se debe estimular el conocimiento de políticas y programas pro-equidad, con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades
✓ Mecanismos activos de participación	
✓ Marco legal e institucional	
✓ Organización y gestión óptimas	

## ¿Qué importancia adquieren las redes de salud en la estrategia de APS?

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no pueden solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003). La esencia del trabajo en red la constituye el desarrollo de una tarea en común entre dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la propia identidad. De esta manera, las redes están constituidas por personas, conforman el lenguaje de sus vínculos, pueden tener múltiples nodos, con mayor densidad en los lugares de articulación.

Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Sin embargo, resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones que ofrecen servicios de salud sino también para la demanda expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen:

*“Una red social es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades” (Dabas y Perrone, 1999).*

Desde esta perspectiva más amplia, Dabas reconoce en salud distintos niveles de redes que favorecen la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social de las personas, de modo articulado y coherente:

- **Red personal:** comprende el conjunto de las relaciones (con la familia, amistades, relaciones escolares, laborales, comunitarias e institucionales) que una persona concibe como significativas.
- **Red comunitaria:** en esta red cobra protagonismo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud. Esto posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención (Dabas, 1999).
- **Red institucional:** este nivel de abordaje supone observar a las instituciones de salud desde el contexto general en el cual están inmersas y, al mismo tiempo, desde lo singular que cada una asume en su organización y en las interacciones de los actores sociales que en ellas se desempeñan.
- **Red de establecimientos y servicios:** para consolidar esta red es necesario reconocer la articulación entre los subsectores público, de la seguridad social y privada con alcance a nivel local, provincial, regional y nacional.
- **Red intersectorial:** la puesta en marcha de esta red supone necesariamente la articulación e interacción entre los diferentes sectores: educación, justicia, promoción y acción social, saneamiento ambiental, entre otros para definir lineamientos políticos en salud tendientes a resolver problemas concretos que afectan a la comunidad.

En el proceso de construcción de las redes existen **diferentes niveles**, cuyo conocimiento sirve para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación; cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, 1999).

- **Reconocimiento:** expresa la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Expresiones como “qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”, o al revés, “¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?” inhabilitan a determinadas voces a opinar sobre ciertos temas. Entonces, hay reconocimiento cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y se lo toma en cuenta.
- **Conocimiento:** el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, y empieza a ser incluida su palabra, pues su saber es identificado como necesario. Esto se expresa en un interés, se quiere saber quién es el otro, y entender cómo se ve el mundo desde su lugar.
- **Colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con): es una ayuda espontánea; no se organiza ni se sistematiza.
- **Cooperación** (co-operación: operación conjunta): a partir de un problema común, hay una co-problematización y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir, hay un compartir constante de actividades.
- **Asociación:** la actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

En síntesis, recuperando lo mencionado más arriba, el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado al estar instalado en un escenario natural, donde las personas viven, trabajan y estudian, sin dudas tiene una determinación social (Rovere, 1999). En este sentido, las redes de salud se constituyen como un concepto superador de la concepción de redes de servicios de salud ya que amplía la perspectiva del segundo al escenario y a los determinantes del territorio donde las personas viven.

Cuadro 2. Los vínculos: base de la construcción de las redes

NIVELES DE CONSTRUCCIÓN DE LAS REDES	ACCIONES
<b>RECONOCER</b> que el otro existe como interlocutor, supone y genera	<b>ACEPTACIÓN</b>
<b>CONOCER</b> lo que el otro hace, lo que el otro es, supone y genera	<b>INTERÉS</b>
<b>COLABORAR</b> , prestar ayuda en forma esporádica, supone y genera	<b>RECIPROCIDAD</b>
<b>COOPERAR</b> , compartir actividades, conocimientos y recursos, supone y genera	<b>SOLIDARIDAD</b>
<b>ASOCIARSE</b> , sostener proyectos o iniciativas conjuntas, supone y genera	<b>CONFIANZA</b>

✿ De esta manera, las redes de salud son entendidas como los medios, el *cómo hacer* de la estrategia de Atención Primaria de La Salud. A su vez, esta última se renueva como organizadora del sistema de salud que permite abordar integralmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado con todos sus determinantes.

## La APS y los equipos de salud

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), trabajadores comunitarios, gestores, personal administrativo y población (individuo, familia y comunidad) (OPS, 2008).

En este sentido, el sistema de salud que recupera los elementos de la APS para garantizar el derecho a la salud y, además, concibe a esta última como un proceso complejo, multidimensional y dinámico del devenir salud-enfermedad, sin dudas requiere, como se mencionó más arriba, la renovación de las competencias de los equipos de salud. Esto último, implica que el equipo de salud, además de estar constituido multi-interdisciplinariamente, también esté sensibilizado sobre la importancia de su participación en el fortalecimiento y la renovación de sus competencias:

*“Empezar con el análisis del personal de salud, es al mismo tiempo algo que nos obliga a reflexionar sobre la participación de la gente. Lo pongo intencionadamente en segundo lugar, no porque sea secundario, sino porque la participación de la gente requiere una pregunta previa: no es tan correcta la pregunta de ¿cómo hacer que la*

*gente participe? Sino que en muchos casos la pregunta más adecuada es: ¿cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe? Esta inversión de la lógica hace que se coloque primero la reflexión sobre el personal de salud, porque de alguna forma somos nosotros mismos los que, directa e indirectamente, explícita o subliminalmente, hemos ido licuando la posibilidad de participación de la gente de saber y poder decidir en salud. La lógica de participación social evidentemente requiere cambios nuestros y estos cambios requieren formas diferentes de ver a la gente” (Rovere, 1999).*

*“Cuando se interactúa con y en una comunidad es necesario tener en cuenta que en la misma existen o existieron formas de participación a nivel local que en ocasiones prosperaron y en otras no. Muchas veces se actúa como si antes no existieran actividades y experiencias participativas, lo cual conduce a ignorar la existencia, trayectoria y resultados de dichas experiencias así como de los procesos y factores que limitaron o facilitaron la participación social” (Menéndez, 2009).*

## Educación Permanente: una estrategia para la renovación de los equipos de salud en la APS

El concepto de educación permanente, comienza a surgir en Europa, en los años 60 y principios de los 70, debido a una confluencia de factores tales como la resistencia al autoritarismo en Europa y el deseo de construir una sociedad más justa, con posibilidades educativas para todos y con participación activa de la población. Con este propósito, surgieron por entonces, diversos movimientos de educación popular que generaron propuestas educativas y acciones de capacitación para los adultos que les posibilitaba asumir nuevas responsabilidades en la vida social y política.

En aquellos años, un informe para la UNESCO sobre la educación de adultos destacaba la necesidad de una educación diferente a la del sistema formal, basada en acciones, con metodologías, contenidos y propuestas acordes a este destinatario emergente. A través de diversos representantes de la pedagogía crítica, comenzó a surgir la idea de educación permanente, concebida como posible, gracias al clima de optimismo y condiciones coyunturales que permitieron pensar en la construcción e implementación de proyectos innovadores.

Aun cuando algunas experiencias fueron muy positivas y otras no resultaron tan buenas, lo cierto es que se abrió un debate acerca de si la educación permanente puede ser concebida como un campo de acción o como un enfoque.


Pensar la educación permanente como un enfoque pedagógico significa integrar al presente dentro de la educación, ya que el sistema formal tradicional, se ocupa del pasado y se proyecta hacia el futuro.



Este es uno de los aportes más interesantes de la educación permanente: **tomar el presente como un elemento reconocido y activo y no solo como una situación objetiva con la que hay que convivir.**

Tomar en cuenta el presente, implica considerar la vida social y económica, el impacto de la tecnología en todas las áreas de la vida, la evolución de la familia, de la sociedad, de las necesidades individuales y colectivas. Se trata de adultos que frente a situaciones nuevas, a dificultades, a proyectos personales o laborales, identifican una necesidad, dicen: "Necesito algo más; algo nuevo y diferente para poder enfrentar una situación particular, resolver un problema, elaborar una propuesta, pensar una preocupación", sea relacionada con la vida familiar, con la educación de los hijos, el trabajo, los cambios sociales o económicos. En este enfoque pedagógico, la educación es entendida como:

- Una serie de transformaciones que afectan a las personas a lo largo de toda la vida. Se trata de cambios a nivel de los conocimientos y habilidades, así como de actitudes, valores, creencias.
- Acciones que van más allá de la transmisión de contenidos y, por lo tanto, no se identifican exclusivamente con la "enseñanza".
- Apropiación de contenidos en relación con la dimensión técnica, pero también aprendizajes en el orden de las relaciones intersubjetivas, el trabajo en equipo, las acciones solidarias o el modo en que una persona se relaciona con una determinada situación.

 Desde esta perspectiva pedagógica, el sujeto es protagonista de su aprendizaje, tiene un rol activo, en tanto es él quien en permanente interacción con otros y sólo si existe un constante retorno sobre los sentidos para sí (reflexión), se va formando a sí mismo y va adquiriendo una objetivación cada vez mayor.

En este proceso se concibe al docente como un facilitador, como un mediador capaz de generar las condiciones para el aprendizaje, construir dispositivos pedagógicos y situaciones de aprendizaje en respuesta a las necesidades un adulto o de un grupo. El facilitador trabaja para motorizar y promover el proceso de educación de los sujetos. Su desafío es abrir permanentemente, nuevos puntos de vista, perspectivas y enfoques.

*"...La interacción, la capacidad de escucha mutua y la capacidad de cuestionar esquemas intelectuales preestablecidos son las que permiten transformar nuestras maneras de pensar y de actuar y provocar así efectos formativos en profundidad. El problema central de la formación reside realmente en la apropiación del saber, en el proceso por el cual lo convertimos en un elemento para plantear y ver el problema de un modo diferente de lo que nos era habitual"* (Enríquez, 2002).

Veamos ahora cuál fue el impacto de la educación permanente en salud. Esta fue desarrollada en América Latina por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la década de 1990, momento en el cual elaboró una propuesta pedagógica basada en este enfoque que, con el

aporte de la pedagogía crítica y del constructivismo, tiene como principal objetivo el desarrollo de las competencias de los equipos de salud:

*“Una de las finalidades de la educación permanente en salud es la contribución para que cada colectivo pueda conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio de un proceso de reinención de las instituciones de salud” (Merhy, 2006).*

La OPS concibe a la educación permanente como una estrategia para la construcción de procesos más eficaces en el ‘desarrollo del personal de salud’, que parten de la realidad concreta y son más participativos. Se reconoce que la condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la **percepción de que la manera vigente de hacer y de pensar la práctica, es insuficiente, insatisfactoria y genera una sensación de incomodidad**. Esta percepción de insuficiencia o disconformidad tiene que ser intensa, vívida, sentida, ya que no se produce mediante aproximaciones discursivas externas.

La vivencia y la reflexión sobre la práctica son las que pueden producir incomodidad y disposición para generar alternativas y enfrentar el desafío de la transformación. Este es, al mismo tiempo, el móvil para el aprendizaje de los adultos: un problema que no puede ser enfrentado con los recursos disponibles. Esto es, un problema que se constituye como un disparador para que los adultos se movilicen a investigar y explorar el mundo en el que viven, en busca de alternativas para encontrar solución a problemas reales: **una información o situación vivida, se convierte en experiencia pedagógica, sólo si tiene sentido para quien la experimenta**.

El sentido se produce cuando “lo nuevo” interactúa o dialoga con la información previa que todas las personas traen consigo. Se trata entonces de partir de las incomodidades, interactuar con lo acumulado y producir sentido. Estas son las condiciones para que exista aprendizaje significativo (Merhy, 2006). Por lo tanto, el proceso educativo se construye a través de la realidad de los trabajadores de la salud y sus concepciones.

La propuesta de la Educación Permanente en Salud (EPS) es reflexionar sobre la realidad, generando propuestas y proyectos para cambiar las prácticas; producir nuevos pactos y acuerdos colectivos, con un enfoque multiprofesional e interdisciplinario. En este aspecto se diferencia de la educación continua, orientada a la actualización de conocimientos específicos de determinados profesionales y de forma descendente. La EPS parte del análisis colectivo de los procesos de trabajo, a través de la identificación de los nodos críticos a ser enfrentados en la atención, gestión, formación y educación; implica un acompañamiento y apoyo técnico. Se trata de tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de micropolítica, que constituye el encuentro de los sujetos/poderes con su hacer y sus saberes para construir nuevas posibilidades de hacer (Merhy, Feuerwerker, Burg Ceccim, 2006). Así, los procesos educativos en el ámbito de la salud, se construyen a partir de la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y experiencias previas y de sus relaciones de trabajo.



# **Programa de Capacitación**

## Propósito, objetivos y alcance

El curso *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles –modelo MAPEC*, está orientado a la promoción y difusión de dicho modelo de gestión y atención para su implementación en el sistema de salud, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud impulsada desde la Dirección de Promoción de la Salud y el Control de Enfermedades No Transmisibles en conjunto con el **Programa Redes**.

Antes de conocer los ejes de trabajo y el contenido de cada una de las unidades, veamos cuál es su propósito y los fundamentos que lo sustentan.

### Objetivo general

- ✿ **Compartir un marco teórico y ofrecer herramientas a los equipos de salud para promover un cambio en el modelo de gestión y atención de personas con enfermedades crónicas, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.**

### Objetivos específicos

Se espera que al finalizar este curso, los participantes hayan adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para:

1. Conocer los componentes del MAPEC y sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de su implementación para la mejora en la atención de las personas con enfermedades crónicas.
2. Reconocer el trabajo en red como clave para la atención de personas con ECNT.
3. Integrar los aprendizajes adquiridos en el diseño de un Plan de Trabajo que recupere los principios, componentes y criterios del MAPEC, a partir de la reflexión del equipo de salud sobre la propia práctica.

### Destinatarios

Miembros de los equipos de salud cuyas funciones estén vinculadas al abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, que desempeñan sus funciones en efectores de salud.

## Convocatoria

*La convocatoria de los participantes la realizará la Unidad de Gestión Jurisdiccional (UGJ) de cada provincia. El cupo es de 30 participantes por aula quienes deberán ser miembros de los equipos de salud cuyas tareas están vinculadas al abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles y que desempeñan sus funciones en efectores de salud.*

Se espera que, en la medida de lo posible, se convoque un mínimo que oscile entre 3 y 4 miembros del mismo CAPS a los efectos de facilitar la elaboración del Trabajo Final que propone enseñar dos estrategias de mejora para el cambio de modelo de atención, además de estimular la implementación de las mismas en su lugar de trabajo a través del trabajo colectivo del equipo de salud.

En el caso que la red contara con un sistema de formación de residentes de medicina general o clínica médica, se sugiere la incorporación de algunos residentes en los grupos.

## ¿Por qué adoptar y promover un modelo de atención de personas con enfermedades crónicas integral e integrado?

El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), descrito por Edward Wagner e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un abordaje integral e integrado de las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, a través de diversos componentes que contemplan los principales ejes del sistema de salud.

Tal como está enunciado en el manual del curso, los argumentos que fundamentan la adopción y promoción de este modelo de atención de la salud, son los siguientes:

- 1.** En las últimas décadas, la transición epidemiológica y demográfica ha generado el incremento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), principalmente, de la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.
- 2.** El sistema de salud no ha acompañado estos cambios epidemiológicos. Se orienta principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil. Para la atención de los problemas agudos, el sistema responde en forma reactiva a la demanda: cuando una persona consulta, el sistema brinda una respuesta relativamente aceptable, lo capta e interviene, y una vez resuelto el problema, la persona queda nuevamente fuera del sistema hasta un nuevo episodio agudo.
- 3.** Por lo tanto, la atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. En definitiva, un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la implementación de guías y la adherencia al tratamiento [...].
- 4.** El cambio y reorientación de los servicios de salud implica necesariamente generar interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y personas activas, informadas

e involucradas con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este modo de abordaje integral e integrado deviene en mejoras en los resultados y calidad de la salud.

## Los contenidos: su estructura y organización

El curso prevé una carga horaria de 24 horas presenciales, distribuidas en 3 encuentros de 8 horas. Durante los dos primeros se plantea trabajar dentro de un marco teórico, con actividades que interpelen la capacidad de producción de los participantes. El tercer y último encuentro, está destinado a que los mismos presenten un trabajo grupal que deberán realizar, de acuerdo con la consigna que será compartida en el transcurso del primer encuentro.

Los contenidos del curso se organizan en unidades temáticas, que incluyen una introducción al Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC) y sus seis componentes, según el esquema de trabajo que detallamos a continuación:

ENCUENTRO	CONTENIDOS
Primer Encuentro	Unidades temáticas 1 a 4
Segundo Encuentro	Unidades temáticas 5 y 6
Tercer Encuentro	Presentación del trabajo final y grupal

La distribución de los contenidos del esquema es una sugerencia para la presentación de los mismos pero cada equipo docente podrá adaptarla siempre y cuando garantice el desarrollo de todos los temas.

## Descripción de las unidades temáticas

### Unidad temática 1.

#### El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas

A lo largo de esta unidad, se presenta el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas y la Atención Primaria de la Salud como la estrategia nacional impulsada desde de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles conjuntamente con el **Programa Redes**. En esta unidad se trabaja sobre la razón de ser del modelo: **¿Por qué es importante implementar este modelo?**

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, fundamentalmente de la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.

Desafortunadamente, el sistema de salud no ha logrado acompañar estos cambios epidemiológicos, enfocándose mayormente en la atención de procesos agudos y de la población materno-infantil.

De este modo, resulta claro que la atención de personas con ECNT requiere pasar de un modelo reactivo centrado en la enfermedad a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona, así como en su contexto.

Se trata de un modelo de abordaje integral e integrado, que genere interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo y capacitado y personas con ECNT informadas, activas e involucradas con los cuidados que requiere su enfermedad.

Así, a través de la implementación de este modelo, se busca garantizar una buena calidad de atención, facilitar el seguimiento longitudinal, favorecer la participación activa de la persona con una enfermedad crónica y promover la adherencia al tratamiento.

Al finalizar, la unidad presenta cada uno de los componentes del MAPEC y pone a disposición un ejercicio orientado a chequear la lectura de la información presentada y favorecer la comprensión.

## Unidad temática 2.

### Organización de la atención a la salud

Con el fin de lograr una mejor atención de personas con enfermedades crónicas, el sistema de salud enfrenta el desafío de reorganizarse: es esperable que deje de centrarse exclusivamente en las patologías agudas y se oriente a la integración y articulación de los procesos de atención.

En efecto, la fragmentación es causada por la segmentación y descentralización no planificada de los servicios de salud, por el modelo de atención centrado en la enfermedad y por el predominio de programas focalizados en enfermedades que no están integrados al sistema de salud, entre otros. Dicha fragmentación trae aparejadas importantes dificultades tales como:

- dificultades en el acceso a los servicios,
- baja calidad de atención,
- uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles,
- incremento innecesario de los costos,
- baja satisfacción de la población afectada.

Se vuelve necesario entonces, obtener respuestas más integrales de los sistemas de salud, que favorezcan la articulación entre efectores y entre programas, con refuerzo en la cobertura y el nivel de acceso, lo cual contribuiría a mejorar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

Ahora bien, resulta ineludible que la reorganización de un sistema de salud, es altamente complejo, si tenemos en cuenta las variables en juego.

En esta unidad se presentan tres aspectos que deben ser prioritariamente considerados para lograr un rediseño efectivo del sistema de salud que contribuya a mejorar el cuidado de las personas con ECNT:

**Liderazgo:** tal como está definido en el manual que se entrega a los participantes del curso, el *liderazgo* se refiere a la influencia que una persona u organización ejercen sobre el comportamiento y las acciones de otras. *Se relaciona con la posibilidad de otorgarle sentido y dirección a dichas acciones y con la integración de objetivos* entre el individuo y el grupo. Es de destacar que el liderazgo no es necesariamente lo mismo que la autoridad, ni mucho menos que el autoritarismo. Incluso pueden no coincidir en la misma persona liderazgo y autoridad y es posible que alguien sin poder o jerarquía formal, ejerza mayor influencia sobre otras personas que el propio líder.

Ahora bien, a la hora de modificar un sistema de salud, que tradicionalmente se ocupó de las patologías agudas, es fundamental la presencia de un líder o conjunto de ellos, que puedan impulsar el proceso de cambio, así como garantizar y sostener la continuidad del mismo, a través de un trabajo mancomunado con los equipos de salud.

**Entorno político:** el entorno político es el marco legislativo y jurídico, así como las políticas de salud, los instrumentos y recursos legales, el alcance (nacional, provincial, etc.) y la capacidad de gobierno, entre otros. Otras dimensiones fundamentales del entorno político son la económica, la social, la tecnológica y la ecológica. Es importante destacar que en el nivel político se definen los valores generales, los principios y las estrategias para la atención de la salud se desarrollan y es allí donde se toman las decisiones acerca de asignación de recursos. Por lo tanto, sin la coordinación general de este nivel político, es altamente probable que los servicios de salud terminen siendo desaprovechados y fragmentados.

Conocer las leyes, normativas y resoluciones en torno a la salud, tanto a nivel nacional, como provincial, resulta altamente recomendable en general y en particular para planificar procesos de cambio en el sistema, para lo cual pueden ser muy útiles los sitios web "Infoleg" y "Legislad".

**Mejora en la calidad:** Dada su condición de cronicidad, las ECNT requieren atención altamente compleja para lo cual, resulta imprescindible enfocarse en la calidad de dicha atención, de modo tal que se corrijan errores y se optimice la efectividad de las intervenciones. En este sentido, la unidad presenta el modelo de mejora de Langley (1992), orientado a desarrollar, probar y poner en práctica cambios en relación con el modo de hacer cosas que conduciría a mejoras.

Por último, la unidad se propone trabajar sobre las redes integradas de servicios de salud, en tanto se focaliza en un sistema de salud que funcione de manera integrada (se refiere a la articulación entre los distintos actores y servicios de salud) e integralmente (se refiere a un conjunto de servicios de amplio alcance, abarcativos, complementarios y exhaustivos). El propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud, así como a su accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia, brindando respuestas efectivas a las necesidades de la población.

Con el propósito de profundizar el conocimiento del tema, se comparten en esta unidad los atributos



de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y se presentó un proyecto llevado a cabo en la provincia de Tucumán, cuyo objetivo general era contribuir al fortalecimiento de las redes de servicios de salud en el Área Programática Centro consolidando la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Al igual que en la unidad temática 1, al final se presenta un ejercicio orientado a chequear la lectura de la información esbozada, pero se suman algunas preguntas con opciones múltiples y algunas otras para responder en forma desarrollada.

## **Unidad temática 3.**

### **Reorganización de los servicios de salud**

La unidad temática 3 comienza presentando algunos antecedentes de los sistemas de atención en salud, los cuales se vienen enfocando en brindar respuesta a los problemas agudos y a las necesidades urgentes de las personas. Están diseñados para abordar inquietudes urgentes y, por lo tanto, se orientan a examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y aguardar la curación.

Para pensar en una reorganización de los servicios de salud, es imprescindible conocer cómo funcionan en la actualidad, a qué necesidades responden y de qué manera lo hacen. A partir de estas cuestiones, podemos hablar de un enfoque conceptual subyacente, desde el cual se toman decisiones, se definen líneas de acción y prácticas en los servicios de salud.

Es en este marco, que se presenta el modelo de atención hegemónico, con la metáfora del “síndrome del radar”. Esto es, los servicios de salud, reciben a la persona que concurre al efector de salud y se le brinda una atención que, en mayor o menor grado, resuelve su problema de salud. En su mayoría se trata de casos de salud materno-infantil o patologías agudas.

Las personas con ECNT quedan generalmente “fuera del radar” del sistema de salud. Una vez que se van del sistema de salud o se les da el alta, luego de un episodio agudo, no reciben ningún tipo de atención de manera proactiva o preventiva. De igual modo, tampoco se les presta apoyo, ni se les brinda herramientas para que puedan gestionar su enfermedad. Por lo general, vuelven a aparecer en el radar frente a un problema agudo o alguna complicación de su enfermedad crónica.

La mayoría de los sistemas de atención de salud se rigen por este enfoque conceptual. Este paradigma de atención de casos agudos es generalizado y puesto en práctica por quienes toman decisiones, así como por los trabajadores de atención a la salud y los administrativos. Se trata de un modelo de atención hegemónico y vigente en la mayor parte del mundo, incluyendo los países con mayor desarrollo.

Una vez compartido el paradigma hegemónico de los servicios de salud, la unidad prevé trabajar develando la complejidad de la atención de las personas con ECNT. Por lo general, las personas con enfermedades crónicas, no identifican un problema en su salud, dado que no suelen tener sintomatología por muchos años. Esta falta de dolencia o malestar, sumado a cuestiones vinculadas con creencias familiares o representaciones sociales de estas enfermedades, coadyuvan a que las

personas se vean poco motivadas a realizar una consulta. Por este motivo, es imprescindible que los servicios de salud, cuenten con un modelo de atención proactivo, que facilite el acceso de las personas y promueva la continuidad del tratamiento, la atención y el cuidado.

Luego, hay cuestiones emocionales, como la dificultad de aceptación de lo que le ocurre a la persona, que no colaboran con la posibilidad de seguimiento y contribuyen al alejamiento y abandono de la atención, del cuidado y tratamiento. A estas cuestiones emocionales, se adicionan otras relacionadas con la complejidad del manejo de la enfermedad, que muchas veces tienen esquemas terapéuticos complicados, o requieren la utilización de varios fármacos y una importante lista de recomendaciones sobre la vida cotidiana (qué se puede hacer, qué se puede comer, cuáles con las posibles complicaciones, etc.).

Otra variable que debe ser especialmente considerada es la dificultad que la enfermedad representa para la familia que, muchas veces, no puede o no cuenta con herramientas para contener a la persona enferma.

### **¿Cómo se logra una buena llegada a la persona que sufre una enfermedad crónica?**

Buscar la forma de favorecer la comprensión sobre lo que le ocurre a la persona enferma, parece ser una posible respuesta a esta pregunta. Esta unidad invita a reflexionar sobre un tradicional posicionamiento del equipo de salud, especialmente del profesional médico, en el lugar del saber teórico. Difícilmente las personas comprendan lo que les ocurre, sólo porque se les brinde información teórica de la enfermedad que padecen. *El desafío es desarrollar recursos que le permitan a la persona enferma aproximarse más acabadamente al conocimiento sobre lo que le pasa.* En este sentido, el equipo de salud, podría servirse de metáforas, ejemplos, comparaciones, esquemas que favorezcan la comprensión genuina de la situación de salud en la cual la persona está involucrada.

Luego se presentan las debilidades más frecuentes del sistema de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas y los requisitos y necesidades mínimas de un sistema de atención de personas con estas enfermedades:

#### **Debilidades frecuentes**

- Fragmentación del sistema.
- Ausencia de historia clínica ambulatoria para adultos.
- Ausencia de registros de persona nominalizadas.
- Ausencia de guías de Práctica Clínica de alta calidad de evidencia.
- Falta de turnos programados.
- Sistemas de pago.
- Falta de citación activa de las personas que no concurren.
- Perfiles profesionales determinados.
- Sistemas de referencia y contrarreferencia.

#### **Requisitos y necesidades mínimas**

- Equipamiento mínimo.

- Determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios.
- Nominalización de la población.
- Sistema de registro.
- Gestión de turnos.
- Coordinación entre los diferentes niveles de atención.
- Previsión continua de medicamentos.
- Planificar las visitas con el equipo de salud.

Por último, esta unidad comparte los aspectos relevantes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas. Estos son:

- **Lograr una atención centrada en la persona**, en lugar de asistencia centrada en una enfermedad particular.
- **Mejorar la adherencia**, lo cual implica que la persona colabore y participe activamente de su tratamiento.
- **Realizar un uso apropiado de la tecnología de la información y la comunicación**, de modo de optimizar la comunicación con la persona (por ejemplo, utilización del correo electrónico para el seguimiento de los problemas y los requerimientos de las personas con ECNT).
- **Disponer de coordinadores de atención**, que puedan centralizar la información y los aportes de los diversos profesionales que intervienen, siendo que no siempre están ubicados en los mismos lugares físicos.

Al igual que en las unidades anteriores, al finalizar se presentan ejercicios relacionados con el chequeo de lectura y comprensión. Durante el desarrollo de la unidad, se comparten preguntas, orientadas a establecer un puente entre los contenidos que se van presentando y situaciones cotidianas en los diversos espacios de trabajo de los participantes.

## Unidad temática 4.

### Sistemas de información clínica

**La primera parte de esta unidad presenta y describe las características y beneficios de contar con un sistema de información clínica, también llamado sistema de información en salud, el cual es uno de los pilares del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas.** Según la definición compartida en el manual de los participantes, consiste en un conjunto de componentes y procedimientos organizados, que tiene el propósito de generar información orientada a mejorar decisiones que se tomen en la gestión de la salud, en todos los niveles del sistema.

Un sistema de información clínica bien estructurado e implementado facilita la integración de los otros componentes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas, favoreciendo

la comunicación entre los distintos actores (personas del equipo de salud, gestores sanitarios) y mejorando la capacidad para planificar, desarrollar y monitorear la atención a la salud.

La función de un sistema de salud, es organizar los datos clínicos de las personas y de la población con enfermedades crónicas, para proveer una atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de subpoblaciones con necesidades especiales y la coordinación de la atención clínica integral.

Sus principales aspectos son los siguientes:

**1. Identificar las poblaciones o subpoblaciones para la atención proactiva:** se trata de un componente fundamental de un sistema de información clínica. No es posible desarrollar una atención centrada en la persona, proactiva e integrada, tal como plantea el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas, si no se identifica la población a intervenir.

La existencia de un sistema que registre que una persona determinada (con detalle de nombre, apellido y DNI) tiene una enfermedad crónica, que requiere ciertos cuidados a lo largo del tiempo, permite brindarle un tratamiento adecuado y contabilizarla como una persona con esa enfermedad. A su vez esta información trae aparejados beneficios en el nivel macro, en tanto, permitirá conocer cuántas personas con esa enfermedad están siendo atendidas en un determinado lugar, lo cual podría incidir en una eficiente asignación de recursos y evaluar la intervención del equipo de salud y en el nivel micro, ya que permite realizar un seguimiento proactivo de la persona, evaluar la calidad de su atención, contactarla y contactar a su equipo de salud. Por lo tanto, un sistema de información clínica o de salud es importante para favorecer el desarrollo de redes de salud que incluyan a las redes integradas de servicios de salud.

Es imprescindible lograr la mayor precisión y confiabilidad de los datos que se registran en el sistema de información clínica.

**2. Facilitar la planificación de la atención individual:** el paso siguiente, una vez que se cuenta con información registrada de las personas con enfermedades crónicas, es realizar búsquedas sectorizadas de subpoblaciones o subgrupos (por ejemplo, personas con diabetes que no fueron atendidas durante el último año). Así mismo se puede obtener un conocimiento acabado de cada persona, como ser, si fue contactada por el equipo de salud, si cumplió con las indicaciones o recomendaciones, qué resultados obtuvo, etc. Así se facilita la planificación y la atención individual. Además al contar con información individual, de analizar todo el subgrupo de interés, se pueden obtener indicadores de atención que permitirían realizar un monitoreo del desempeño general del sistema.

**3. Compartir información tanto con los que consultan, como con los proveedores para coordinar la atención:** una ventaja insoslayable de contar con información clínica registrada, es la posibilidad de compartirla con la persona enferma, así como con los proveedores de la atención de salud. De este modo, no solo se puede brindar información relativa a resultados de estudios realizados, sino que se colabora con las redes de salud y, por ende, con la red integrada de servicios de salud y el desarrollo de otros pilares del Modelo de Atención de Persona con Enfermedades Crónicas.

**4. Proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y las personas:** una cuestión vital es que la información suministrada a la persona con una enfermedad crónica o al equipo de salud, sea brindada en el momento oportuno.

Sin embargo, para que la información sea contextual y oportuna, el sistema de información clínica debe ser muy sofisticado y complejo, o al menos, requiere de mucha coordinación. En caso de contar con un sistema de estas características, es necesario saber que un momento clave para brindar información oportuna al equipo de salud, es durante la consulta con la persona, aunque no es el único momento importante.

**5. Monitorear el funcionamiento del equipo de atención y cuidado:** otro beneficio importante de contar con un sistema de información clínica, es la posibilidad de monitorear el desempeño del equipo de salud, no como mera fiscalización, sino desde una perspectiva más amplia. En este punto, se comparte un ejemplo, acerca de cómo un sistema de información clínica puede colaborar con la mejora de un sistema de salud. Se trata del Sistema Único de Registro (SUR) desarrollado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. Si bien no es un sistema exclusivo para la gestión de personas con enfermedades crónicas, sus objetivos generales y específicos están totalmente alineados con los ejes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas, así como con el desarrollo de una red integrada de servicios de salud.

**La segunda parte de esta unidad temática, se propone trabajar con el concepto de indicadores de salud, así como de los subtipos de indicadores existentes.** A lo largo de la unidad se brindan ejemplos de construcción de algunos indicadores.

Los indicadores son una medida de resumen que nos ayuda a estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos respecto a determinados objetivos, así como a evaluar su impacto. Son medidas que apuntan a describir un sistema de forma condensada, pero estandarizada, de manera simplificada, sintética y, a la vez, comprensible. Los indicadores contribuyen a que podamos comprender un sistema, compararlo y eventualmente, mejorarlo.

Para optimizar un sistema, es necesario tener una buena comprensión y medición del mismo. Los indicadores son una forma de medición y no un fin en sí mismo, sino una herramienta de gestión. Si se utilizan de modo adecuado, ayudan a comprender aquello que los sistemas hacen y cómo pueden mejorarse.

Los indicadores, generalmente, se basan en números y técnicas numéricas y se expresan como un cociente. Los indicadores buscan explicitar y objetivar la realidad, permitiendo comparar tendencias en el tiempo y establecer diferencias con otros sistemas o contextos.

Para construir indicadores, se debe tener claridad sobre qué es lo que se quiere reflejar de una realidad compleja e imposible de resumir en su totalidad. En función de esto, se construyen un conjunto de indicadores que puedan dar una idea simplificada de esa realidad.

Uno de los aspectos centrales de un indicador o conjunto de ellos, es que permiten ver cómo varían en el tiempo. El seguimiento periódico de un indicador permite conocer en qué medida las acciones que vamos implementando contribuyen a alcanzar el objetivo propuesto.

Los **indicadores** pueden ser clasificados en tres grandes tipos:

**1. Indicadores de estructura:** evalúan la estructura a través de la cual se lleva a cabo una acción o conjunto de ellas. Se refiere en general a los recursos físicos y humanos.

**2. Indicadores de proceso:** permiten, por ejemplo, tener un conocimiento acerca de cómo se está llevando a cabo un proceso de atención en salud. Se trata en general de un servicio o un producto.

**3. Indicadores de resultado:** intentan representar el resultado final o la salida de un proceso. En salud, habitualmente, deben reflejar la modificación de parámetros clínicos, como disminución de la tensión arterial, valores de hemoglobina glicosilada, etc.

Ahora bien, para construir indicadores es preciso tener en cuenta algunas consideraciones técnicas. Esto es, los indicadores deben reunir algunas cualidades, tales como validez –capacidad de medir aquello que realmente pretenden medir- y confiabilidad –capacidad de brindar resultados que sean consistentes en el tiempo-.

Teniendo en cuenta estas cualidades, será menester contemplar también el nivel de complejidad en la obtención de datos, la factibilidad y el costo, entre otros aspectos, para definir la combinación de indicadores que resulte más adecuada para un determinado contexto.

Para finalizar, se destaca que los sistemas de información clínica deben contener los datos y presentar información demográfica de la persona, incluyendo historial de visitas, medicamentos indicados, servicios pendientes, resultados de laboratorio, entre otros. Los informes pueden centrarse en los proveedores, las personas con enfermedades crónicas o los resultados clínicos.

Los servicios que brindan atención a personas con enfermedades crónicas deben disponer de sistemas de información integrados, que articulen a toda la red e incluyan información de planificación, de evaluación y monitoreo, así como herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas. Asimismo, deben permitir la incorporación de datos para la mejora permanente de la calidad. Es recomendable que dichos sistemas se integren a los sistemas de vigilancia o información epidemiológica, tradicionalmente abocados a la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles.

Al finalizar la unidad, el manual para el cursante presenta también una serie de preguntas, orientadas a chequear la lectura y comprensión de los contenidos trabajados.

## Unidad temática 5.

### Apoyo a la toma de decisiones

El eje de trabajo en esta unidad se centra en la importancia de contar con un dispositivo de apoyo a la toma de decisiones. La intención del mismo es poner a disposición del equipo de salud, así como de las personas con enfermedades crónicas y sus familias, los conocimientos y experiencia adquirida sobre intervenciones efectivas para controlar la enfermedad y preservar la calidad de vida.

La herramienta privilegiada para brindar esta información, es la Guía de Práctica Clínica (GPC), basada en evidencia empírica. Ahora bien, para garantizar su aplicación es preciso diseñar un plan de implementación, ya que su sola elaboración, no garantiza que las recomendaciones sean aplicadas en la práctica.

Así, la unidad se propone trabajar sobre el concepto de variabilidad de la práctica, abordando las diferentes herramientas que se pueden utilizar para:

- la toma de decisiones;
- la evaluación de la calidad de una guía;
- la definición de pasos a seguir para la implementación de una guía;
- la identificación de los recursos que ofrece el Ministerio de Salud de la Nación para el desarrollo de un dispositivo que contribuya a la toma de decisiones acertadas.

Veamos ahora qué se entiende por una práctica clínica de buena calidad. De acuerdo con la información compartida en el manual de los participantes, se la define como la práctica que recomienda las intervenciones más adecuadas para mejorar, conservar o restablecer aquellos aspectos de salud de la persona, que puedan mejorarse, mantenerse o restablecerse, de acuerdo con el nivel de conocimiento científico existente.

Estudios realizados demuestran de la existencia de intervenciones diagnósticas o terapéuticas diferentes para personas con problemas de salud muy similares, que no se encuentran debidamente justificadas. Estas diferencias en los procesos de atención pueden conducir a resultados clínicos diferentes e incluso a variaciones en los costos implicados.

Esta variabilidad está determinada, mayormente, por la diferencia de criterio entre los profesionales de la salud. Como resultado, puede ocurrir que algunas personas reciban tratamientos que no necesitarían y que, por el contrario, no se les indique a personas que sí lo requerirían.

Así a lo largo de los últimos 20 años, numerosos documentos han demostrado el uso inapropiado de intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Este hecho da cuenta de la importancia de estandarizar los procesos de atención a través de la implementación de herramientas que resulten confiables y adecuadas.

Como anticipábamos al comienzo de la presentación de esta unidad, una herramienta privilegiada, para mejorar tanto la efectividad, como la eficiencia y seguridad en las decisiones clínicas, es la GPC. Acompañada de un plan de implementación, esta guía, contribuiría a reducir la variabilidad inapropiada o injustificada de la práctica clínica.

Para precisar el concepto, el manual del cursante, **define a la Guía de Práctica Clínica, como un conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática y basada en la mejor evidencia científica, cuyo propósito es facilitar al equipo de salud, a las personas con enfermedades crónicas y a sus cuidadores, la toma de decisiones sobre su asistencia sanitaria.**

Estas guías suelen incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos de determinadas patologías. Su valor agregado es favorecer la selección de alternativas diagnósticas o terapéuticas más apropiadas en el abordaje de un determinado problema de salud.

Para lograr rigor metodológico, las GPC son elaboradas por un equipo interdisciplinario y se contempla la participación de las personas con enfermedades crónicas. Las mismas se basan en la revisión sistemática de la evidencia empírica disponible, aunque es importante considerar el hecho de que las recomendaciones elaboradas para una población, no siempre pueden ser aplicadas directamente en otra población.

#### Atributos más importantes de la Guía de Práctica Clínica

- Es un eslabón del sistema de salud.
- Propone mejorar la salud de la población al optimizar los procesos de atención clínica y sanitaria, así como disminuir la morbilidad.
- Contempla al médico, a la persona y a la familia.
- Incrementa la autonomía de la persona en el cuidado de la salud.
- Brinda un respaldo científico y metodológico para las acciones del equipo de salud.
- Facilita la toma de decisiones del equipo de salud.
- Disminuye la variabilidad inapropiada de la práctica.

Estos y otros atributos, marcan una diferencia entre una GPC y aquello que se denomina un “consenso” y constituye otra herramienta para la toma de decisiones.

Veamos cuáles son las diferencias entre uno y otro:

GPC	CONSENSO
Responde a un ámbito más general.	Responde a un ámbito más específico-local.
Ofrece flexibilidad clínica.	Su aplicación es más rígida.



<b>Se basa en evidencia científica. Responde a una metodología sistemática</b>	<b>No están necesariamente basados en la evidencia.</b>
<b>Es elaborada por un equipo interdisciplinario.</b>	<b>Es elaborada por grupos de expertos. No suele estar elaborada por un equipo interdisciplinario.</b>
<b>Presenta propósitos y objetivos definidos.</b>	<b>Presenta indefiniciones en su contenido.</b>
<b>El consenso se logra a posteriori.</b>	<b>El consenso se logra a priori.</b>
<b>Nivel de evidencia 1-2.</b>	<b>Nivel de evidencia 4.</b>

### Acerca de la calidad y el proceso de elaboración de las guías

Es importante mencionar que las Guías de Práctica Clínica son útiles y productivas, sólo si se garantiza la calidad en la elaboración. Una guía puede estar sesgada o mal confeccionada y, como resultado puede conducir a que una recomendación sea perjudicial. Por lo tanto, para que los resultados sean exitosos, las guías requieren ser elaboradas mediante un proceso metodológico extremadamente riguroso.

En este sentido, existe un instrumento, llamado AGREE, que permite evaluar la calidad de las guías, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de las mismas y definir qué información deben contener y cómo debe ser presentada. Al final de la unidad, el manual del cursante presenta información detallada acerca de la actual versión del AGREE II.

Otro instrumento presentado en el manual de los participantes, que fue diseñado, en este caso por el Ministerio de Salud de la Nación, en forma conjunta con la Academia Nacional de Medicina, es la guía para la adaptación de las guías. Se trata de un documento basado en la mejor evidencia disponible sobre cómo debe ser el proceso de elaboración de una GPC.

### La implementación

Ahora bien, como ya mencionamos las GPC, constituyen verdaderas herramientas para la mejora en la calidad de atención, pero deben ir acompañadas de un *plan de implementación*, que supone siempre la puesta en marcha de un proceso orientado a materializar las recomendaciones en la práctica. Esto es, promover y difundir las recomendaciones de la GPC entre el equipo de salud y facilitar la sensibilización de sus miembros, de modo de lograr un creciente convencimiento de que las propuestas de la GPC permiten mejorar los estándares de atención. Asimismo, se deben garantizar las condiciones para que el equipo de salud vaya modificando sus hábitos y comportamientos en la práctica, aplicando las recomendaciones de la GPC sin dejar de considerar las preferencias de las personas que los consultan y el impacto tanto económico como administrativo.

Por último, la importancia de las GPC reside en que el componente “Apoyo a la toma de decisiones” se fundamenta en su aplicación. Se requiere para ello contar con un sistema de capacitación continua y un sistema de información clínica que ofrezca recordatorios al equipo de salud para la aplicación de las recomendaciones de la guía.

Asimismo para que las personas conozcan y pongan en práctica las recomendaciones de las guías, es preciso contar con un dispositivo para el autocuidado que ofrezca educación terapéutica y un diseño del sistema de atención que promueva la adherencia al tratamiento.

La última parte de esta unidad está destinada a repasar, con ejercicios y actividades, los contenidos de la unidad. Al igual que las unidades anteriores, ofrece preguntas de chequeo de información. Por lo que para promover una familiarización con el uso de las guías, se propone un ejercicio que implica, leer un caso clínico y responder preguntas apelando al propio criterio, conocimiento y experiencia, para lo cual los participantes tienen que utilizar guías (prevención cardiovascular, GPC de DMT2).

## Unidad temática 6

### Apoyo al automanejo

En esta unidad se trabajan las cuestiones relacionadas con la posibilidad de brindar herramientas y un acompañamiento adecuado para que las personas con enfermedades crónicas puedan autogestionar parte de los cuidados necesarios para su bienestar.

Gran parte de las enfermedades crónicas requieren tratamientos de larga duración. Por tal motivo, las personas afectadas necesitan aprender a convivir con un conjunto de síntomas y situaciones nuevas referidas al propio cuidado. Los tratamientos incluyen desde la alimentación, hasta la actividad física e implican modificaciones en la vida cotidiana, así como en las relaciones familiares. Para ello se requiere trabajar fuertemente sobre dos fenómenos interrelacionados: la *adherencia al tratamiento* y el *automanejo*. Estas dos grandes dimensiones son trabajadas en profundidad a lo largo de esta unidad.

### Adherencia al tratamiento

***¿Por qué es importante lograr la adherencia de las personas con enfermedades crónicas al tratamiento y seguimiento de su enfermedad?***

Algunos estudios han demostrado que luego de 6 meses de haber iniciado un tratamiento entre el 30% y el 80% de las personas abandona la medicación. En relación con las prescripciones de cambio de hábitos o de estilo de vida, la adherencia es aún mucho más baja. Esto plantea un problema relevante y prevalente en la práctica médica, fundamentalmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Es importante no confundir *adherencia* con cumplimiento. Este último, ha sido tradicionalmente asociado al grado en que la persona sigue las recomendaciones del equipo de salud, pero fue cuestionado, por asignar un rol pasivo a la persona, respecto de su tratamiento. **Por el contrario,**

**la adherencia, tal como se describe en el manual de los participantes, es definida como la habilidad de una persona para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud. Esta definición de adherencia, destaca, tanto la participación activa de la persona, como la responsabilidad del médico y del resto del equipo de salud, en la construcción de un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.**

Principales aspectos que deben ser considerados para pensar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia:

- **Individualizar** la intervención, adaptándola a las características y dificultades de la persona en cada caso, dado que el origen de la falta de adherencia es multifactorial y no hay una intervención específica que pueda ser recomendable en todos los casos.

Al momento de acordar los cambios necesarios en la vida cotidiana, hay que contemplar también con quién vive la persona, de qué trabaja, cual es su contexto cultural, sus posibilidades económicas, sus creencias religiosas, etc.

- **Fortalecer** la relación con la persona, favoreciendo la confianza para que comparta sus inquietudes, preocupaciones, dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento indicadas y las asuma como propias.

- **Trabajar** en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención, como la detección y abordaje de la falta de adherencia al tratamiento, no son competencia exclusiva del médico. La participación del personal de enfermería ha demostrado ser especialmente relevante, dado que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre posibles miedos y resistencias culturales o individuales.

## Automanejo

El concepto de automanejo, hace referencia a la participación de la persona en el tratamiento o el aprendizaje sobre su enfermedad, incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Esto es fundamental, dado que el sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a las personas y, al mismo tiempo, las personas con enfermedades crónicas, tampoco estarían dispuestas a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud.

Las acciones vinculadas con el automanejo podrían agruparse en las siguientes categorías:

- Participar en el aprendizaje sobre la enfermedad o el tratamiento.
- Prepararse para manejar día a día su propia condición de salud.
- Practicar un comportamiento específico.
- Desarrollar habilidades para reducir el impacto físico y emocional.

**Un concepto relevante muy relacionado con el automanejo, es el de empoderamiento. Se trata de un proceso a través del cual una persona -o un grupo- adquiere poder y accede a recursos para manejar su propia vida. Es una colaboración centrada en la persona donde ésta y el**

**profesional tienen la misma injerencia.** En el manual del cursante se cita a Funnel, quien define a una persona empoderada como aquella que tiene el conocimiento, las habilidades, las actitudes y la conciencia necesaria para influenciar su propio comportamiento, así como el de los otros, para mejorar la calidad de vida. El rol de la persona con enfermedad crónica implica estar bien informado a la hora de tomar decisiones para alcanzar objetivos terapéuticos y superar barreras. Por lo tanto, siguiendo esta definición, el automanejo es una estrategia de empoderamiento.

El siguiente punto a ser trabajado en esta unidad es el apoyo al automanejo, definido en el manual del cursante, como la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud, para promover el desarrollo de las habilidades y la confianza de las personas y la gestión de su salud, incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas.

El apoyo al automanejo destaca la importancia del papel de la persona en el manejo de su salud y puede brindarse de varias formas:

1. individualmente (consulta clínica);
2. a través de un formato grupal en el marco de la atención de la salud;
3. a través de un formato grupal de acciones comunitarias;
4. a distancia mediante un teléfono o a través de vehículos innovadores (sitios web, correo electrónico, mensajes de texto y redes sociales).

Es importante tener en claro la diferencia entre la educación tradicional y la educación para el automanejo. El siguiente cuadro comparativo destaca las diferencias entre ambas.

#### EDUCACIÓN TRADICIONAL

- Proporciona información y enseña habilidades técnicas relacionadas con la enfermedad.
- Las problemáticas abordadas son definidas por el profesional y relacionadas con una enfermedad específica.
- Es específica a la enfermedad y ofrece información y destrezas técnicas relacionadas con la misma.
- Está basada en la teoría subyacente acerca de que los conocimientos específicos sobre la enfermedad crean el cambio de comportamiento, lo cual, a su vez, produce mejores resultados.
- El educador es el profesional de la salud.

#### EDUCACIÓN PARA EL AUTOMANEJO

- Enseña cómo actuar sobre los problemas.
- Las temáticas abordadas son consensuadas y focalizadas en problemas identificados por la persona afectada por la enfermedad.
- Promueve el desarrollo de habilidades para resolver problemas que sean relevantes para las consecuencias de las enfermedades crónicas en general.
- Se basa en el supuesto de que una mayor confianza de la persona en su capacidad para hacer cambios que mejoren su calidad de vida, optimiza los resultados clínicos.
- Los educadores pueden ser profesionales de la salud, pares que son líderes, la comunidad en general, u otras personas con enfermedades crónicas.

El apoyo al automanejo se centra en la **importancia de que la persona comprenda el rol que juega para controlar su enfermedad y la responsabilidad de mantenerse en buenas condiciones.** Por lo tanto, para que eso suceda, la función de aquellos que le brindan atención, debe ser suministrar

información básica acerca de la enfermedad, estimular y guiar el desarrollo de habilidades para que se auto-controle y promover el involucramiento de todos los miembros del equipo de atención, la familia, los amigos y la comunidad, para que las personas se sientan acompañadas en este proceso de automanejo.

Los familiares pueden ser considerados como proveedores de cuidados, ya que las personas afectadas con enfermedades crónicas, pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud. La educación sistemática y el apoyo al automanejo por parte de los familiares, como proveedores de cuidados, permite a las personas con enfermedades crónicas adquirir capacidad para autogestionar su condición y prevenir posibles complicaciones.

Por su parte, la relación médico-persona con enfermedad crónica, se constituye como un pilar fundamental del tratamiento. Es menester posicionar a la persona como participante activo en el proceso de cambio. Resulta interesante reflexionar sobre la manera de prescribir, que es tan valiosa, como el tratamiento propiamente dicho: *el objetivo es enseñar a sostenerlo en el tiempo*. Incluso las recaídas pueden ser tomadas como una oportunidad más de aprendizaje.

Las personas necesitan encontrar sus propias soluciones y motivaciones y, poco a poco, lograr hacerse responsables de su salud. Para eso es importante que los profesionales de la salud, les otorguen poder y promuevan la adquisición de conocimientos, así como apertura y confianza. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo, requieren de un enfoque terapéutico que focalice en la adherencia y en el automanejo.

A continuación, el trabajo en esta unidad comparte algunos Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM) y recomendaciones sobre cómo poner estos recursos en marcha. Entre las recomendaciones para poner en práctica dichos recursos, se encuentran los **5 A** (averiguar, aconsejar, acordar, ayudar, arreglar) y la **entrevista motivacional**.

Esta última, resulta particularmente útil con aquellas personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes frente al cambio. Busca promover la apertura hacia el cambio y, por lo tanto, es esperable que el rol del profesional de la salud, se aleje de cualquier forma de autoritarismo, así como de todo mensaje que lo ubique a él como experto, que está llamado a anunciar aquello que la persona con una enfermedad crónica tiene que hacer. De esta manera, la responsabilidad del cambio, queda tanto en manos de la persona como en el profesional de la salud, quien tiene la responsabilidad de motivar a la persona para que el cambio se genere desde su interior y no sea impuesto desde afuera.

Los principios generales de la entrevista motivacional son los siguientes:

- 1. Expresar empatía.**
- 2. Crear discrepancia.**
- 3. Evitar la discusión.**
- 4. Darle un giro a la resistencia.**
- 5. Fomentar la autoeficiencia.**

El último punto que se aborda en esta unidad, es el *rol de las instituciones de salud*. La implementación de un modelo de apoyo al automanejo en el sistema de salud exige que tanto las personas que padecen una enfermedad como el equipo de salud trabajen en forma conjunta.

Algunas de las acciones para planificar un dispositivo para el automanejo compartidas en el manual del cursante son las siguientes:

- Desarrollar iniciativas asociadas a la formación de la persona afectada y programas específicos, en los cuales personas formadas previamente puedan sensibilizar a otras con la misma patología.
- Favorecer la introducción de nuevos roles y funciones de los equipos de salud para ir interiorizando la cultura de la persona activa, especialmente, en la enfermería.
- Constituir una escuela de personas con enfermedades crónicas, para facilitar la información, conocimientos y habilidades que permitan conocer y manejar la enfermedad, así como prevenir algunas complicaciones.
- Promover la participación de la persona en prestaciones tradicionalmente realizadas por el equipo de salud. En estas experiencias, el acento está puesto en la capacitación de la persona en procedimientos y habilidades específicas requeridas para el automanejo de su salud o frente a una situación de enfermedad.
- Capacitar a los familiares para el autocuidado en el domicilio. Esta categoría es similar a la anterior; su principal diferencia es que son programas orientados a la capacitación de un familiar u otro cuidador informal. Esta actividad es realizada por el equipo de salud, ya sea en el domicilio, en el hospital o en el centro de salud.

Como las unidades temáticas anteriores, finaliza con ejercicios y con algunas preguntas orientadas a pensar y reflexionar acerca de las acciones y estrategias para favorecer el automanejo.

## Unidad temática 7

### Recursos comunitarios

La última unidad del curso, está destinada a trabajar uno de los componentes más importantes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas, que más ha cambiado a lo largo del tiempo: los recursos comunitarios.

El modelo de atención a crónicos, desarrollado originalmente por Edward Wagner, fue reformulado posteriormente por el gobierno de British Columbia en Canadá, otorgando mayor aplicación al ámbito comunitario y fortaleciendo las actividades de prevención y promoción de la salud.

**En esta nueva configuración se intenta integrar el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas, con la promoción de la salud de base comunitaria, dando cuenta de una clara asociación entre el sistema de salud y la comunidad. El propósito es ampliar el ámbito de la práctica clínica hacia tres niveles: la mejora de los resultados para los individuos, las comunidades y la población.**

Durante la unidad se presenta la carta de Ottawa para promoción de la salud –primera promulgación internacional en este campo y promovida por la OMS- como antecedente de la ampliación del modelo y el “perfil de atención innovadora para las condiciones crónicas” (AICC). Este último fue otra de las adaptaciones al Modelo de Atención de Persona con Enfermedades Crónicas, propuesto por la OMS en el año 2002.

A continuación, la unidad propone problematizar el concepto de comunidad, que no resulta unívoco, ni lineal, en tanto existen diversas definiciones, que responden a determinados marcos teórico y enfoques de trabajo.

La reciprocidad, el encuentro entre personas, la intersubjetividad son elementos considerados en la conceptualización de la comunidad. Si bien existen diversas formas de definir este concepto, es posible identificar algunos rasgos comunes, tales como: 1) el territorio geográfico, 2) la población que habita en este territorio, 3) la interacción social y las relaciones, 4) el sentido de pertenencia, 5) algunas problemáticas en común, así como recursos y servicios comunes.

#### *Ahora bien, ¿cuál es el rol de la comunidad en el abordaje de las enfermedades crónicas?*

Para reflexionar sobre esta cuestión, el manual del curso presenta un documento elaborado en una reunión del Consejo Directivo de la OPS, en el cual **la participación comunitaria fue definida como “el proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto a su salud y a la de la comunidad, así como a la capacidad de pensar consciente y constructivamente en los programas, cuyo objeto sea el bienestar de la población”**. (En OPS –Seminario Taller internacional sobre APS: a 25 años de Alma Ata, OPS, 2003).

Entre las acciones posibles, se recomienda especialmente acompañar a las personas en la exploración de los recursos existentes en su comunidad. Existen grupos de apoyo que realizan este acompañamiento a las personas en el tratamiento de su enfermedad. Por lo general los periódicos locales, así como las radios y canales de televisión publican un calendario de eventos comunitarios. En este sentido, es fundamental que las personas conozcan las actividades organizadas por los hospitales, los servicios sociales y los centros de salud.

Los sistemas de apoyo social varían de acuerdo con la cultura y tienen una concepción de salud particular. Por eso decimos que el intercambio de saberes entre el equipo de salud y la comunidad, facilita el abordaje de las enfermedades crónicas.

Una red de apoyo puede crecer y las relaciones dentro de ella pueden mejorar. Hay algunas estrategias muy efectivas para esto: aumentar el número de personas con quienes está en contacto y mejorar la calidad de relaciones con las personas con quienes está regularmente en contacto. Una buena combinación de ambas estrategias, suele ser la mejor opción.

En efecto, el círculo de apoyo social puede ampliarse en cualquier momento y lugar. Sin embargo, existen ciertos sitios en los cuales es más factible que ocurra. Por lo general se trata de lugares públicos, donde las personas se reúnen naturalmente con motivos recreativos, intereses comunes o negocios. Algunos de estos son los siguientes:

- Organizaciones comunitarias
- Escuelas o cursos
- Grupos de apoyo
- Lugares de trabajo
- Sitios donde se llevan a cabo actividades religiosas o espirituales
- Centros de reunión de personas con intereses afines
- Parques
- Museos
- Grupos de interés (política, deportes, recreación)
- Librerías, cafeterías
- Programas de voluntariado

En este punto, en el material diseñado para los participantes del curso, describe el origen y funcionamiento de algunas asociaciones de personas que padecen una determinada enfermedad: por ejemplo, la Liga Argentina de Protección al Diabético (LAPDI) y la Federación Argentina de Diabetes (FAD).

Asimismo, se comparten experiencias comunitarias de abordaje de personas con enfermedades crónicas:

- Grupo de ayuda mutua del Municipio de Moreno, Provincia de Buenos Aires.
- Escuela de pacientes de Andalucía.
- Iniciativa Diabetes de la Fundación Robert Wood Johnson.

## La estrategia principal: metodología de trabajo en red

En promoción de la salud, resulta fundamental conformar redes de articulación con otros sectores, sobre todo organizaciones sociales y comunitarias, tales como, comedores, sociedades de fomento, centros culturales, organizaciones religiosas, que permitan la inclusión de sectores habitualmente más alejados de los centros de salud.

Una red social, es algo vivo, dinámico, que va adquiriendo diversas formas, de acuerdo con las decisiones que los actores van tomando. A medida que se van desarrollando las acciones, se generan nuevas configuraciones y se construyen alianzas y proyectos de trabajo sobre temas puntuales. Crear, consolidar y sostener una red requiere tiempo y dedicación, sobre todo en el momento inicial. Sin embargo, si se logran armar equipos de trabajo comprometidos e involucrados, es posible mejorar en muchos aspectos la funcionalidad de los equipos de salud.

Existen diferentes tipos de redes que permiten pensar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, según se presenta a continuación:

- Personales y familiares
- Comunitarias
- Institucionales
- Intersectoriales



La apertura, participación e interacción en las diferentes redes, favorece la implementación de acciones intersectoriales, como ser:

- Promoción de mejoras políticas y recursos para prevenir y atender las enfermedades crónicas.
- Aprovechamiento y movilización de recursos de la comunidad.
- Estímulo a la participación de las personas con enfermedades crónicas en programas comunitarios efectivos.
- Construcción de alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones.
- Establecimiento de vínculos entre establecimientos de salud y comunidades.

Hacia el final de la unidad, se prevé trabajar a modo de conclusión sobre la participación, la coordinación y la integración. La relación entre la comunidad y las instituciones de salud, puede ser analizada como un continuo según los niveles de integración que existan.

Por su parte, desde los sistemas de salud, los niveles de integración intrasistema y con la comunidad pueden analizarse desde el enfoque de la atención integrada. Es fundamental que el equipo de salud mantenga un vínculo estrecho con su entorno y con la comunidad.

En este marco, el Ministerio de Salud de la Nación ha puesto en marcha una serie de acciones para promover la participación de la comunidad en la promoción de la salud. Estas acciones forman parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y se enmarcan en el Plan Nacional de Argentina Saludable en el ámbito de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Su implementación, se organiza en tres líneas de acción principales, que son las siguientes:

- **Promoción de estilos de vida saludables.**
- **Promoción de la regulación/acuerdos de la oferta de productos y servicios.**
- **Promoción de entornos saludables.**

Se trata de combatir, con intervención de base poblacional, los principales factores de riesgo, como el sedentarismo, el bajo nivel de actividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco.

Al igual que la anterior, esta unidad presenta al finalizar una serie de preguntas que, en este caso, se responden con verdadero o falso y preguntas orientadas a reflexionar acerca de cómo acompañar a las personas a explorar los recursos comunitarios y cómo pensar algún acercamiento a asociaciones de personas con enfermedades crónicas.

## Estrategia metodológica

Este curso orienta sus jornadas y actividades al estudio de los componentes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas no transmisibles, en función de sus conocimientos previos y del intercambio de experiencias.

Este abordaje pedagógico permitirá a los participantes acceder al conocimiento del marco teórico y de las diversas herramientas necesarias para el trabajo final que consiste en el diseño de estrategias de mejora posibles en su lugar de trabajo, que recuperen los principios, componentes y criterios del MAPEC a partir de la reflexión compartida del equipo de salud sobre su propia práctica y de cómo transformarla.

**La metodología de la enseñanza sugerida recupera la técnica didáctica conocida como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Se trata de una metodología centrada en el aprendizaje activo, cooperativo, autónomo y motivado, que parte de la investigación y reflexión en torno a un determinado problema. Es en este proceso de búsqueda de respuesta a un problema, que se adquieren y consolidan los aprendizajes.**

A diferencia de lo que ocurre con la metodología tradicional, en la cual el profesor explica o expone información conceptual y luego propone actividades de aplicación relacionadas con el contenido trabajado, el ABP se presenta como un medio para que los estudiantes adquieran esos conocimientos y los apliquen en un plano real o ficticio, sin necesidad de contar con un marco teórico previo. El problema, se constituye como un punto de partida para la adquisición de aprendizajes.

En esta metodología los protagonistas del aprendizaje son los propios participantes del curso, que asumen la responsabilidad de ser parte activa en el proceso. Barrows (1986) define al ABP como “un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos”.

Esta metodología, se propone favorecer la capacidad de los participantes, en la resolución de problemas, en la toma de decisiones, en la producción grupal y en las habilidades de comunicación. Asimismo, estimula el desarrollo de habilidades claves para el aprendizaje, como la búsqueda y el manejo de información e investigación, en tanto, los participantes se ven enfrentados a averiguar, comprender el problema y encontrar una respuesta o solución adecuada.

## Modalidad

El curso asume la modalidad presencial y se organiza de la siguiente manera:

- Tres (3) jornadas presenciales de asistencia obligatoria, de ocho (8) horas cada una. El intervalo entre la primera y la segunda jornada será de no menos de 20 días ni más de 30 días, espacio de tiempo en el que deberán elaborar el trabajo final.
- Las fechas y horarios de las jornadas quedarán establecidos por el equipo docente con la anticipación necesaria. El desarrollo de las jornadas estará a cargo del docente facilitador.
- Cada equipo docente cuenta con la colaboración de un asistente administrativo que se encarga de los aspectos de gestión del curso.

## Agenda

### Primera jornada

En esta jornada se desarrollarán las siguientes unidades temáticas:

- Unidad temática 1. **El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas - MAPEC**
- Unidad temática 2. **Organización de la atención a la salud**
- Unidad temática 3. **Reorganización de los servicios de salud**
- Unidad temática 4. **Sistemas de información clínica**

Durante la primera jornada, se compartirá la consigna de trabajo grupal final que los participantes deberán realizar a lo largo del curso y que presentarán en la tercera jornada al equipo docente y al resto de los participantes.

Para la aprobación del curso, cada grupo deberá entregar el trabajo final en la fecha estipulada por el equipo docente, quien se ocupará de la corrección y revisión del mismo.

En la planificación y el cronograma de la primera jornada se deberán contemplar las siguientes instancias incluidas en la agenda de trabajo sugerida en la página 48.

### Segunda jornada

En esta jornada se desarrollarán las siguientes unidades temáticas:

- Unidad temática 5. **Apoyo a la toma de decisiones.**
- Unidad temática 6. **Apoyo al automanejo.**
- Unidad temática 7. **Recursos comunitarios.**

Además, hacia el final de la jornada, se repasará la consigna de trabajo grupal final cuya resolución deberán remitir en formato digital previamente a la tercera jornada, en fecha a confirmar por el equipo docente.

En la planificación y el cronograma de la segunda jornada se deberán contemplar las siguientes instancias incluidas en la agenda de trabajo propuesta en la página 54.

### Tercera jornada

En esta jornada, el equipo docente deberá contar con todos los trabajos finales corregidos. La planificación y el cronograma de la tercera jornada deberán contemplar las siguientes instancias incluidas en la agenda de trabajo en la página 57.

# Primera jornada (1)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación y encuadre del curso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información general sobre el curso, propósitos, características, actividades, forma de evaluación, requisitos para la regularidad y aprobación.</li> <li>- Cronograma de trabajo. Registro de asistencia.</li> <li>- Materiales y recursos a utilizar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• Lista de asistencia.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas –modelo MAPEC</i> (manual impreso).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del equipo docente y de los participantes.</li> <li>- Compartir mail del docente para las dudas que surjan a lo largo del curso.</li> <li>- Relevar expectativas a través del Cuestionario de Inicio.</li> <li>- Elaborar diagnóstico del conocimiento grupal sobre el tema.</li> </ul>		<p><b>Actividad lúdica para la presentación</b></p> <p>Algunas alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentaciones cruzadas (en parejas cada uno presenta al compañero/a)</li> <li>- Dato curioso (todos se presentan dando cuenta de un dato curioso sobre sí mismo, puede ser un hobby, un rasgo de personalidad, un gusto o preferencia, una experiencia de trabajo, etc.)</li> <li>- Escritura de expectativas en rotafolio. Sistematización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC</i> (manual impreso).</li> <li>• Cuestionario de inicio (Relevamiento de expectativas)</li> <li>• Rotafolio.</li> <li>• Fibra.</li> </ul>	<p>En cada provincia se sugiere tener contacto con el proyecto provincial del Programa y un panorama general de la situación sanitaria local, la gestión y las características de los equipos de trabajo.</p> <p>Es importante conocer las expectativas de los participantes y hacer un paralelo con el propósito y los objetivos del curso, para que sepan de antemano cuánto de lo esperado es factible que suceda. De esta manera, los participantes sabrán que podrá o no ser posible.</p> <p>Antes de trabajar en las actividades, se sugiere introducir brevemente los principales conceptos teóricos del MAPEC. La remisión a algunos fragmentos seleccionados por el docente, les permitirá leer en grupos para realizar la primera actividad planteada.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los componentes del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC).</li> </ul>	<p><b>Unidad temática 1. El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas – (MAPEC)</b></p>	<p><b>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles –modelo MAPEC</i> (manual impreso).</li> </ul>	

<p>- Conocer la importancia de la implementación de este modelo para el logro de mejores resultados en la atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).</p> <p>- Comprender que el enfoque propuesto por este modelo implica un cambio de paradigma en la atención de la salud.</p>		<p><b>Actividad 1</b> Para trabajar en pequeños grupos Reflexionamos en torno a las siguientes interrogantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son las dificultades y obstáculos que detectan en la atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)?</li> <li>- ¿Qué beneficios creen que traería la implementación del nuevo paradigma de atención propuesto por el MAPEC?</li> <li>- ¿Qué desafíos deberían asumir los equipos de salud para la puesta en marcha del modelo?</li> </ul> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b> Presentación de un Caso Clínico para trabajar algunos de los componentes del MAPEC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica qué aspectos del caso hacen referencia a algún componente y justificar su respuesta.</li> </ul> <p><b>Plenario.</b></p>	<p>• <b>Caso Clínico y claves de corrección para el equipo docente (en el ANEXO del documento Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente).</b></p>	<p>Sugerimos hacer un primer acercamiento, sensibilizar sobre el modelo y el cambio de paradigma que propone, sin entrar en demasiados detalles de los componentes ya que los mismos se abordarán en detalle en las unidades subsiguientes. De esta manera, en parte, se podrá optimizar el tiempo para el resto de la jornada.</p> <p><b>Nota para el docente:</b> <i>El Caso Clínico a trabajar se encuentra en el ANEXO del presente documento.</i></p>
<p>- Comprender y analizar la importancia del liderazgo, del entorno político y del enfoque basado en la calidad como componentes para el rediseño efectivo del sistema de salud.</p> <p>- Reconocer los distintos tipos de liderazgo.</p> <p>- Identificar líderes en su organización.</p> <p>- Conocer las características clave de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).</p>	<p><b>Unidad temática 2. Organización de la atención a la salud</b></p>	<p><b>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</b></p> <p><b>Actividad 1</b> Para trabajar en pequeños grupos sobre dos aspectos principales para la implementación del MAPEC:</p> <p><b>Liderazgo:</b> identificar líderes en todos los niveles de la organización a la cual ustedes pertenecen, que pudieran sostener y llevar adelante la implementación del modelo en su ámbito de trabajo.</p> <p><b>Entorno político:</b> revisar toda la normativa vigente en su contexto de trabajo, tales como leyes y resoluciones provinciales, ordenanzas municipales, adhesión a leyes nacionales relacionadas con ECNT y programas que apoyen la implementación del modelo.</p> <p><b>Plenario.</b></p>	<p>• <b>Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</b></p> <p>• <b>Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles –modelo MAPEC (manual impreso).</b></p> <p>• <b>Selección de normativa nacional y provincial de salud a cargo del docente.</b></p>	<p><b>Nota para el docente:</b> <i>Antes de la clase, el docente deberá hacer una copia de las normativas seleccionadas para cada grupo de trabajo.</i></p>

## Primera jornada (2)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
			<p><b>Actividad 2</b> Para trabajar en pequeños grupos: Leer la experiencia de la provincia de Tucumán (Oficina de referencia y contrarreferencia) disponible en la páginas 29 y 30 del módulo impreso.</p> <p>Luego, en ese ejemplo, analizar los principales atributos de las RISS: - Modelo de atención. - Gobernanza y estrategia. - Modelo de organización y gestión. - Asignación de incentivos.</p> <p><b>Plenario.</b></p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar y explicar las características de la organización del MAPEC, necesarias para reorientar los servicios de salud en la atención de personas con ECNT.</li> <li>- Comparar el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas con el sistema tradicional utilizado para la atención de patologías agudas.</li> <li>- Describir y analizar las condiciones en las que se encuentran las personas con ECNT.</li> </ul>	<p><b>Unidad temática 3. Reorganización de los servicios de salud.</b></p>	<p><b>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</b></p> <p><b>Actividad 1</b> Para trabajar en pequeños grupos: Analizar si en su ámbito de trabajo se contemplan los siguientes aspectos del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas: - Atención centrada en la persona. - Mejoría de la adherencia al tratamiento. - Tecnología de la información y la comunicación. - Coordinadores de atención. En caso afirmativo, ¿de qué manera? ¿Qué dispositivos se ponen en marcha para el despliegue de cada aspecto? En caso negativo, proponer de qué manera reorientarían los servicios de salud para alcanzar estos objetivos.</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b> Para trabajar en pequeños grupos: En su ámbito de trabajo, ¿cuáles de los siguientes requisitos mínimos están presentes pensando en la futura implementación del MAPEC en dicho espacio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas - modelo MAPEC (manual impreso).</li> </ul>	<p>En esta Unidad temática, ponemos a disposición varias actividades, por lo cual les sugerimos seleccionar alguna o hacer una combinación entre una y otra para no retrasar el abordaje de la siguiente unidad que demanda más trabajo.</p> <p>En la Actividad 1, resulta muy interesante invitar a que los grupos citen ejemplos concretos de su práctica para el desarrollo de la actividad.</p>

- Identificar facilitadores, dificultades y necesidades frecuentes en las instituciones y entre los equipos de salud para implementar la reorientación del modelo de atención.
- Conocer las herramientas y diseñar estrategias apropiadas para su implementación.

¿Cuáles deberían reorientarse?

- Equipamiento mínimo.
- Determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios.
- Nominalización de la población.
- Sistema de registro.
- Gestión de turnos.
- Coordinación entre los niveles de atención.
- Provisión continua de medicamentos.
- Trabajo en equipo.
- Planificar visitas con el equipo de salud.

#### **Plenario.**

#### **Actividad 3**

Para trabajar en pequeños grupos:

- A continuación se presentan las debilidades frecuentes de los servicios de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas:
- Fragmentación del sistema.
  - Ausencia de HC.
  - Ausencia de registros de personas nominalizadas.
  - Ausencias de GPC.
  - Falta de turnos programados.
  - Falta de citación a las personas que no concurren.
  - Perfiles profesionales: dificultad para la conformación de equipo interdisciplinarios.
  - Sistemas de referencia y contrarreferencia.

Elegir tres y trabajen en acciones y estrategias concretas para su mejora.

#### **Plenario.**

#### **Actividad 4**

Para trabajar en pequeños grupos:

- Pensar en estrategias para la citación activa de las personas con ECNT e identificar a los profesionales que cumplen un rol importante para la concreción de dichas estrategias.

#### **Plenario.**

## Primera jornada (3)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender qué es un sistema de información clínica y conocer sus puntos claves.</li> <li>- Reconocer la importancia del empadronamiento y nominalización de la población.</li> <li>- Analizar la relevancia del registro en la HC y de las estrategias para la citación activa.</li> <li>- Conocer e introducir el concepto de indicador en salud.</li> </ul>	<p>Unidad temática 4. Sistemas de información clínica</p>	<p>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</p> <p><b>Actividad 1</b> Para trabajar en pequeños grupos: De los principales componentes de un sistema de información en salud, descripto en el módulo impreso (pp. 59-65), analizar cuáles se desarrollan y cuáles no, en su ámbito de trabajo. Luego, pensar en posibles estrategias para su instauración o reorientación ante la futura implementación del MAPEC.</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b> Para trabajar en pequeños grupos. Responder los siguientes interrogantes: - ¿Por qué es tan importante la rigurosidad del registro de información para la construcción de indicadores confiables? - ¿Qué tipo de información nos brindan los indicadores en salud para modificar la práctica profesional y, por ende, la atención de la salud?</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 3</b> Para trabajar en pequeños grupos A) Leer el fragmento de un informe de evaluación que se les entrega, en el cual podrán detectar diferentes indicadores de calidad de atención.  B) Identificar los indicadores presentes. Luego, analizar e interpretar la información que los mismos brindan y cómo dicha información es un insumo central para reflexionar sobre su práctica.</p> <p><b>Plenario.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <b>Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC</b> (manual impreso).</li> <li>• <b>Informe para analizar indicadores (en el ANEXO del documento Programa y orientaciones para el equipo docente).</b></li> </ul>	<p><b>Importante:</b> Este es un tema que resulta sumamente complejo su desarrollo. Ponemos a disposición algunos recursos que podrían facilitar la tarea docente.</p> <p><b>Nota para el docente:</b> el informe a trabajar se encuentra en el ANEXO del presente documento.</p> <p><b>Nota para el docente:</b> Es importante poner el acento en la calidad de los registros (el modo de completar la HC) para obtener indicadores confiables. Que los participantes adviertan que a la hora de construir indicadores de resultados clínicos (por ejemplo, resultado de la Hb glicosilada), la falta del dato (porque la intervención no se realizó o el resultado no se registró) se asume como mal control (&gt;7%).</p>



En el cierre del encuentro, es posible decirles a los participantes que construyan algunos indicadores para trabajar en la apertura del segundo encuentro.

- Reconstrucción y recuperación de lo trabajado durante la jornada.
- Presentación de la propuesta de trabajo para la Segunda Jornada.
- Preguntas, comentarios finales.
- Cierre.

### Cierre de la jornada

## Segunda jornada (1)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstruir y recuperar lo trabajado en la jornada anterior.</li> <li>- Presentar el plan de trabajo de la jornada.</li> </ul>	<p>Puesta en común de las reflexiones surgidas a partir de la realización de las actividades del módulo impreso.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC (manual impreso).</i></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar el concepto de variabilidad inapropiada de la práctica.</li> <li>- Conocer la utilidad de las guías de práctica clínica (GPC) y los criterios que se utilizan para evaluar su calidad.</li> <li>- Reconocer la importancia de las GPC para la toma de decisiones.</li> <li>- Familiarizarse con el uso de las GPC del Ministerio de Salud de la Nación.</li> <li>- Identificar necesidades de capacitación.</li> </ul>	<p>Unidad temática 5. Apoyo a la toma de decisiones</p>	<p>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</p> <p><b>Actividad 1</b> Analizar tres acciones posibles para trasladar y adaptar las recomendaciones de una GPC a la práctica cotidiana. ¿Qué rol tiene cada uno de los diferentes profesionales del equipo de salud en la implementación de una GPC?</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b> Para trabajar si tienen acceso a las GPC en el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación. Analizar el siguiente Caso Clínico y luego responder las preguntas propuestas para trabajar sobre las recomendaciones que brindan las GPC.</p> <p><b>Caso Clínico 1</b> <b>María</b> Tiene 68 años, concurre al centro para un control de seguimiento. María presenta HTA, tiene antecedentes de angioplastia carotídea hace 6 años. Ex fumadora desde hace 8 años. Camina 3 veces por semana. 40´ de manera regular. Aunque entiende que sería importante reducir el consumo de sodio, agrega, generalmente, casi nunca incorpora frutas y verdura y últimamente consume dulces después de cada comida. Se manifiesta ambivalente a modificar la pauta. Toma Enalapril 10 mg/d. Examen físico: peso 82 kg; altura: 1,59 ms (IMC 32), CA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC (manual impreso).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la <b>actividad 2</b>, deberán contar con acceso a Internet y 4 notebooks para que los participantes puedan consultar las guías de práctica clínica on-line. Si no fuera posible, el equipo docente podrá proveer de algunos ejemplares impresos de las GPC.</li> <li>En caso de no contar con este material pueden pedirlos a Redes a través del referente de la UGJ.</li> </ul>

		<p>96 cm, TA 120/80. FC 70 x'. Última determinación de colesterol total: 190 mg/dL (hace 3 meses).</p> <p>1) Teniendo en cuenta la GPC de DMT2 (sección 1 y 2):  a) ¿María cumpliría criterios para rastreo de Diabetes?  b) ¿Qué recomendaciones realizaría respecto a su alimentación?</p> <p>2) Teniendo en cuenta las recomendaciones de la guía para la estimación del RCV:  a) ¿Cuál es su RCVG?  b) ¿Agregaría o suprimiría algún fármaco a esta paciente? Si su respuesta es sí, ¿Cuáles y por qué?  c) ¿Haría alguna modificación respecto a la actividad física?  d) ¿Cuáles son las metas de TA y colesterol?  e) ¿Cuándo la citaríá nuevamente a control?</p> <p><b>Plenario.</b></p>			
		<p><b>Actividad 3</b>  Proponer un dispositivo que brinde recordatorios al equipo de salud para la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.</p> <p><b>Plenario.</b></p>			
		<p><b>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</b></p> <p><b>Actividad 1</b>  Leer el siguiente Caso Clínico.</p> <p><b>Caso clínico 2</b>  <b>Andrés</b>  <i>Es electricista, de 62 años de edad y concurre a la consulta para un control de salud. Estuvo en seguimiento los últimos cinco años por otro médico del centro de salud y decidió cambiar. "Me dijo que mientras hiciera lo que quisiera, no regresara. Me enojé y no volví. No soy un chico para que me anden retando. Además no puedo estar viniendo cada tres meses a control. No me sobra el tiempo para perderlo haciendo análisis. Tengo que trabajar. Mi mujer retira la medicación pero hace dos años que no me hago ver".</i></p>			
		<p><b>Unidad temática 6. Apoyo al automanejo.</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer la importancia de la educación para el automanejo.</li> <li>- Desarrollar habilidades y estrategias del equipo de salud para favorecer el automanejo y la adherencia.</li> <li>- Intercambiar ideas para desarrollar un dispositivo de apoyo al automanejo.</li> <li>- Proveer herramientas conceptuales sobre el manejo de la consulta (intervención breve-entrevista motivacional).</li> </ul>	

## Segunda jornada (2)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
			<p>Toma metformina 500 mg 2 veces por día de manera irregular. Refiere que hace lo posible por tomarla pero en general se olvida entre 2 y 3 veces por semana.</p> <p>Trabaja como electricista en obras por lo que está en movimiento todo el día. Además, utiliza la bicicleta como medio de transporte todas las veces que puede, porque sabe que es importante para controlar la enfermedad.</p> <p>Refiere que está con muchas ganas de dejar de fumar y estaría dispuesto a hacerlo, pero no sabe como. Toma 500 cc de vino por día con la cena y un poco más los fines de semana.</p> <p>Su alimentación es a base de almidones. Aunque le gustan las hortalizas y no tendría problema en incorporarlas, no está acostumbrado a consumirlas. Abandonó el consumo de azúcares refinados desde el diagnóstico de diabetes. "No me molesta. No me gustan las cosas dulces". "Sal no agrago. Como lo que me pongan en el plato, así como viene". Aclara que últimamente se mantiene en este peso actual pero anteriormente tendía a subir y bajar de peso.</p> <p>Examen físico Peso: 76 kg, talla: 1,82 m, TA: 165/90, FC: 80 x'. Auscultación cardíaca normal. Laboratorio: Glucemia 170 mg/dL, HbA1c 8,3%, Colesterol Total 183 mg/dL, HDL 38, LDL 113, Tg 160, Creatinina 1,10 mg/dL, índice albuminuria/creatininuria 40 mg/g (en 2 determinaciones).</p> <p>Luego, considerar los tres aspectos básicos de la adherencia: <b>Individualizar – Fortalecer – Trabajar</b>, y realizar un breve plan de intervención a través del cual Andrés pueda alcanzar y mejorar la adherencia al tratamiento que necesita.</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b></p> <p>A partir del Caso Clínico de Andrés, escriban el guión de una entrevista motivacional en la cual se promueva la adherencia al tratamiento y se brinden las herramientas para el automanejo (tengan presentes los principales aspectos de este tipo de entrevista descritos en las páginas 102 a 104 del módulo impreso).</p>		

	<p>Se agrega el contenido Cartografía Social para explicarlo brevemente. Esta herramienta la pondrán en práctica en la actividad grupal y final. Por eso, debe explicarse para qué sirve, qué información brinda para la toma de decisiones y la conformación y conocimiento de redes de salud, formales e informales, en la comunidad.</p> <p>En el anexo de este documento, tienen un <i>handout</i> sobre el tema. Contamos con materiales teóricos para apoyar su desarrollo en clase para quienes lo requieran.</p>
	<p>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</p> <p>• Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC (manual impreso).</p> <p>• <i>Handout</i> de Las redes de salud que acompaña el manual del curso.</p>
<p>Luego, representará el guión a través de la técnica del <i>role playing</i>.</p> <p><b>Plenario.</b></p>	<p><b>Exposición teórica sobre los temas de la unidad temática.</b></p> <p><b>Actividad 1</b> Para trabajar en grupos. Construir el mapa social de su área programática. En el mismo deberán representar las instituciones públicas, privadas, asociaciones, sindicatos ONGs, personas o grupo de personas, etc. que establecen o que sería interesante que establezcan redes formales e informales de salud para la atención de personas. Este mapa social se retomará para el desarrollo del trabajo final del curso.</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 2</b> Desde sus equipos de trabajo y en los centros de salud donde se desempeñan, identifiquen qué recursos disponibles en su comunidad pueden contribuir a la atención de personas con enfermedades crónicas, y expliquen de qué manera o a través de cuáles acciones concretas.</p> <p><b>Plenario.</b></p> <p><b>Actividad 3</b> Reflexionar sobre los siguientes interrogantes: - ¿Existen espacios sociales y comunitarios que deberían recuperarse para la promoción de la salud? En caso afirmativo, mencionen cuáles y expliquen por qué colaborarían en dicho sentido. - Mencionar qué acciones pondrían en marcha para promover intercambios entre el equipo de salud y la comunidad.</p> <p><b>Plenario.</b></p>
<p><b>Unidad temática 7. Recursos comunitarios.</b></p>	
<p>- Reconocer el rol de la comunidad en los distintos modelos de atención de enfermedades crónicas y su implicancia.</p> <p>- Presentar y reflexionar respecto de las definiciones de promoción de salud y comunidad.</p> <p>- Reflexionar respecto a las posibilidades intervenciones de la comunidad en el abordaje de enfermedades crónicas.</p> <p>- Reconocer la importancia del trabajo extra muros y el concepto ampliado de redes de salud.</p> <p>- Identificar las organizaciones que ofrecen servicios o representen oportunidades para implementar acciones.</p> <p>- Intercambiar experiencias de trabajo extramuros y articulación con recursos comunitarios vinculados a las ECNT.</p>	

## Segunda jornada (3)

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
	<p><b>Cierre de la jornada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstrucción y recuperación de lo trabajado durante la jornada.</li> <li>- Presentación de la propuesta de trabajo para la Tercera Jornada y cómo se evaluará.</li> <li>- Preguntas, comentarios finales.</li> <li>- Cierre.</li> </ul>	<p>Se propone trabajar con la consigna para el trabajo final y grupal. Como se presentó en el primer encuentro, la idea sería ver qué dudas surgieron, chequear si alguno de los items no los comprendieron, identificar los obstáculos -si los hubiera- para el desarrollo de la misma, etc.</p> <p>Luego se les recordará que durante la tercera jornada cada grupo deberá presentar su producción con un PPT o en papel para aquellos que no tienen acceso a este recurso tecnológico.</p> <p>El docente deberá proveer de una dirección de mail para que un representante de cada grupo pueda hacer las consultas que requieran.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</b></li> <li>• <b>Entregar la consigna para el trabajo final a aquellos que no la hayan recibido en el primer encuentro.</b></li> <li>• <b>Pautas para el trabajo final.</b></li> </ul>	<p>Por favor, rogamos exigir a los grupos que entreguen sus trabajos con los datos mínimos de identificación de los mismos.</p> <p>A saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS.</li> <li>• Nombre y apellido de sus participantes.</li> <li>• Nombre del proyecto.</li> <li>• Mail de contacto o teléfono.</li> <li>• Dirección de mail para que los participantes puedan enviar sus consultas si fuera necesario.</li> </ul>

## Tercera jornada

Horario	Objetivos	Contenidos	Actividades	Recursos	Aclaraciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar el plan de trabajo de la jornada.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar los aspectos generales sobre la evaluación de los trabajos grupales.</li> <li>- Compartir los criterios de evaluabilidad.</li> <li>- Establecer el orden y el espacio de tiempo que cada grupo dispone para la presentación del trabajo grupal.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• <i>Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles -modelo MAPEC</i> (manual impreso).</li> <li>• Registro de comentarios y observaciones generales realizado por el equipo docente.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar los trabajos grupales.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de comentarios y observaciones generales realizado por el equipo docente.</li> </ul>	
	<p><b>Cierre del curso y entrega de certificados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstrucción y recuperación de lo trabajado durante las jornadas.</li> <li>- Preguntas, comentarios finales. Analizar las expectativas del inicio del curso, si se cumplieron o no.</li> <li>- Reflexiones finales del equipo docente. Cierre.</li> </ul>	<p>Mientras se hace el cierre, hacer circular entre los participantes un listado donde ellos puedan detallar los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de grupo.</li> <li>- Nombre del Trabajo grupal (Plan).</li> <li>- Nombres y apellidos completos de sus integrantes.</li> <li>- DNI.</li> <li>- CAPS o efector o institución donde se desempeñan.</li> <li>- Dirección de mail para contactar.</li> </ul> <p>Estos datos se solicitarán para que una vez terminado el curso los equipos de Capacitación y de Microgestión de Redes acompañen y hagan seguimiento de la puesta en marcha de los planes de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia.</li> <li>• Listado de asistentes con datos completos: nombre del grupo, nombre del trabajo grupal (Plan), nombres y apellidos completos de sus integrantes, DNI, CAPS o efector o institución a la que pertenecen para el acompañamiento y seguimiento post curso.</li> <li>• Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente.</li> <li>• Encuesta de opinión</li> <li>• Certificados</li> </ul>	<p>Se recomienda que las presentaciones de los trabajos se lleven a cabo en no más de 15 minutos.</p>

## Equipo docente

Para el dictado del curso se conformará un equipo docente y de gestión administrativa constituido por un director docente, un docente facilitador y un responsable administrativo. Tanto el director docente así como el docente facilitador, deberán cumplir con el perfil profesional requerido para el desempeño de sus funciones en la presente capacitación.

### *Requisitos obligatorios*

- Médico especialista en Medicina General, Medicina Familiar preferentemente o Clínica u otra especialidad vinculada a la Atención Primaria de la Salud.
- Experiencia asistencial en el Primer Nivel de Atención.
- Designación docente actual.
- Experiencia en:
  - Coordinación de equipos de trabajo.
  - Docencia.

### *Requisitos recomendables*

- Conocimientos de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y manejo de grupos.
- Conocimientos de lectura crítica y selección de información independiente.
- Experiencia en el dictado de cursos de posgrado presenciales y/o a distancia.

El rol de los docentes en este curso, es el de facilitador ya que debería acompañar y contribuir al aprendizaje de los participantes.

En este marco, se espera que el docente facilitador:

- Estudie y analice las unidades temáticas que se tratarán en el curso.
- Articule y analice contenidos en relación con las particularidades que asume el sistema de salud en el ámbito local.
- Establezca relaciones entre los contenidos y las experiencias cotidianas en el sistema de salud local.
- Elabore y ejecute la programación de las actividades (cronograma de encuentros presenciales).
- Acuerde la fecha de entrega del Trabajo Final 6 (una semana antes de la tercera jornada presencial).
- Evalúe los trabajos grupales (se proveerá de una grilla de evaluación que facilite y agilice esta tarea).
- Coordine las reuniones plenarias y asegure que todos los participantes participen en las diversas propuestas de trabajo.



- Acompañe a los participantes, a través de la comunicación oportuna y eficaz de los aciertos y los errores observados en la producción de los grupos de trabajo.
- Promueva el debate de los diferentes temas abordados, analizando los acuerdos y desacuerdos que se hayan generado.
- Reconstruya al final de cada clase el recorrido que fueron haciendo el docente con los participantes, reponiendo y destacando todas las situaciones significativas tanto para el grupo como para el desarrollo del curso.

Toda la información necesaria para dar marco y contenido al curso se encuentra en las unidades temáticas que componen la publicación impresa *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles –modelo MAPEC*, la cual se entregará a cada uno de los participantes y de los docentes.

## Registro de asistencia y presentismo

El curso consta de dos encuentros presenciales. *Es requisito para mantener la condición de alumno regular asistir a los dos encuentros, realizar la actividad interjornada y entregar el trabajo final.* El Trabajo Final de cada grupo se calificará con Aprobado o No Aprobado. En caso de resultar aplazado o no entregar el trabajo en la fecha estipulada dispondrá de una fecha de entrega recuperatoria acordada con el equipo docente. Los participantes de los grupos que aprueben el trabajo final recibirán el certificado del curso correspondiente.

## Evaluación y certificación

La evaluación final del curso requiere la presentación de una producción grupal (se sugiere cinco personas por grupo, del mismo CAPS) a partir de la reflexión del equipo de salud sobre la propia práctica. Dicha producción consiste en el diseño de una nueva estrategia para alcanzar mejoras en el cuidado de las personas con ECNT, factible de ser implementada en su ámbito de trabajo que recupere los principios y componentes del MAPEC.

La consigna para la elaboración de dicho plan, se presentará en la primera jornada y se compartirá con los equipos de microgestión locales quienes acompañarán en la implementación de los proyectos -una vez finalizado el curso- a los grupos que deseen llevar a terreno su producción. A su vez, desde el nivel central el **Programa Redes** también ofrece el seguimiento de dicha implementación.

La fecha de entrega se estipulará una semana antes de la tercera y última jornada, el día será a definir por el docente en acuerdo con el grupo. Durante la tercera jornada cada grupo de trabajo realizará la presentación de su Plan ante el equipo docente y el resto de los participantes.

La corrección de los trabajos, estará apoyada por una grilla donde se establecen los criterios comunes de evaluación que deben cumplir los trabajos para su aprobación, los cuales se calificarán con Aprobado o No Aprobado. Cabe destacar que únicamente los participantes regulares podrán presentar su Trabajo Final.

En caso de resultar aplazado o no entregar el trabajo en la fecha estipulada se dispondrá de una fecha de entrega recuperatoria acordada con el equipo docente, la cual no podrá exceder los 15 días a partir de la fecha del tercer encuentro. Los participantes que aprueben el Trabajo Final recibirán el certificado correspondiente.

## Presentación de informe final del equipo docente

Una vez finalizado el curso, el equipo docente recibirá una guía para la elaboración del informe final del mismo (ver Anexo) que deberá remitir al **Programa Redes** junto con el listado de participantes aprobados (con sello y firma). Ambos documentos son requisitos indispensables para dar por cerrado el curso.

## Materiales que brinda Redes para el desarrollo del curso

### Impresos

- Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles – modelo MAPEC (modulo impreso) uno por cada participante + *handout* de Cartografía social.
- Programa, recursos y orientaciones para el equipo docente (sólo para el equipo docente).
- Listas de asistencias.

### Digitales

- Cuestionario de Inicio (para el relevamiento de expectativas y algunos conocimientos previos durante la primera jornada).
- Actividades propuestas para las jornadas con Casos Clínicos e informe para analizar indicado-res (todo este material está ordenado y sugerido en las agendas incluidas en el presente documento)
- Consigna de Trabajo Final y grupal.
- Pautas para la entrega del Trabajo Final y grupal.
- Grilla de evaluación del Trabajo Final y grupal.
- Encuesta de opinión para la tercera y última jornada.
- Guía para la elaboración del informe final del equipo docente.
- Guías de Práctica Clínica.

Todos estos materiales, excepto las Guías de Práctica Clínica, se encuentran en el Anexo de la presente



# **Anexo**

## Caso Clínico Unidad temática 1, Actividad 2 con clave de correcciones

A continuación se presenta un Caso Clínico a través del cual se pueden trabajar algunos de los componentes del MAPEC.

Identificar qué aspectos del caso presentado hacen referencia a algún componente y justificar su respuesta.

### Caso con clave de corrección (para el equipo docente)

José tiene 48 años, trabaja como albañil un promedio de 9 horas diarias. Tiene sobrepeso, hipertensión desde hace aproximadamente 10 años y diabetes que le detectaron hace 4. La medicación que se le indicó es enalapril y glibenclamida que toma de manera irregular porque le cuesta conseguirla. “Antes tomaba metformina pero un médico una vez me la cambió porque me dijo que en su opinión ésta era mejor”.

**Corrección del docente:**  
*Para discutir apoyo a la toma de decisiones*

En el centro de salud más cercano no le entregan la medicación si no es visto primero por el médico. Como para conseguir turno hay que hacer la cola desde muy temprano, siempre hay mucha gente, y él, generalmente, se siente bien, se controla poco. Aprovecha para ir, a veces, cuando tiene franco o cuando alguno de los hijos se enferma y, si o si, tiene que hacer la cola. Aunque también le sucedió en algunas ocasiones, que le respondieran que solo se da un turno por persona...”

**Corrección del docente:**  
*Para trabajar Reorganización de los servicios de salud*

Hace más de 2 años que no realiza controles de laboratorio.

**Corrección del docente:**  
*Para trabajar apoyo al automanejo*

Concurre para controlar una herida del pie por la que lo atendieron en la guardia hace 2 días. El médico de guardia lo retó porque “los pies eran un desastre”. “Me dijo si acaso no sabía que los diabéticos tienen que cuidarse los pies. Le dije que no, que no sabía...”. “Me dijo que en el barrio hay una fundación que da charlas sobre diabetes. Que si acaso tampoco sabía eso. Le dije que no. Dijo que me tengo que ocupar más de mi salud. Que si no me pongo las pilas me van a terminar cortando el pie”.

**Corrección del docente:**  
*Para trabajar Recursos comunitarios*

**Corrección del docente:**  
*Para trabajar Modelo centrado en la persona. Estilo de atención (Reorganización de los servicios de salud/apoyo al automanejo)*

## Informe para analizar indicadores en la Actividad 3 de la Unidad temática 4

### Cuidado de la población diabética

La diabetes es la patología endocrinológica más prevalente en la práctica ambulatoria. Afecta a 10.000.000 de personas en países como EEUU (3% de la población), con una incidencia anual reportada en estudios basados en comunidad de 130 nuevos casos por cada 100.000 personas.

Las complicaciones de la enfermedad le cuestan a los EE.UU, cerca de \$100 billones de dólares anualmente. Por otro lado, la diabetes produce el 20% de todas las muertes en personas de más de 25 años. Es la principal causa de ceguera en adultos, factor comórbido primario en patologías cardiovasculares y una de las primeras cinco causas de insuficiencia renal crónica terminal y diálisis. La diabetes es una enfermedad multi-facética, afectando múltiples órganos y requiriendo la participación de un equipo multidisciplinario.

Los objetivos del manejo de ésta patología incluyen:

- Control de la hiperglucemia y la cetosis.
- Prevención de la enfermedad micro y macrovascular.
- Control de la retinopatía.
- Prevención y manejo de la nefropatía y de las complicaciones neurológicas.

**Intervención:** desde el año 2000, funciona en el Plan de Salud, un Programa para el Manejo de la Población Diabética, en donde se realiza una educación de los enfermos y de los médicos, centralizado en el manejo de cada uno de los factores de riesgo. Durante este año, la población de personas diabéticas ascendió a 6833, y por tratarse de medidas poblacionales, este será el denominador, más allá de no contar con la totalidad de los registros; es decir, que si no se tiene el dato, la evaluación será ante hipótesis negativa (población no controlada eficazmente).

**Método para la obtención de la medida:** el indicador incluye un set de medidas de control y monitoreo de la diabetes. Abarca a todos los miembros con diabetes (Tipo I y Tipo II), con edades mayores a los 18 años, enrolados al año de medición. La población fue detectada utilizándose el siguiente diagrama:

- a. Código T-90 de la Clasificación CIAP en la Historia Clínica electrónica.
- b. Consumo de hipoglucemiantes orales y/o insulina a través de la Base de Datos de Fármacos.
- c. Hb glicosilada > 5.9 en la Base de Datos de laboratorio.

Los parámetros incluidos en la medida abarcan los siguientes:

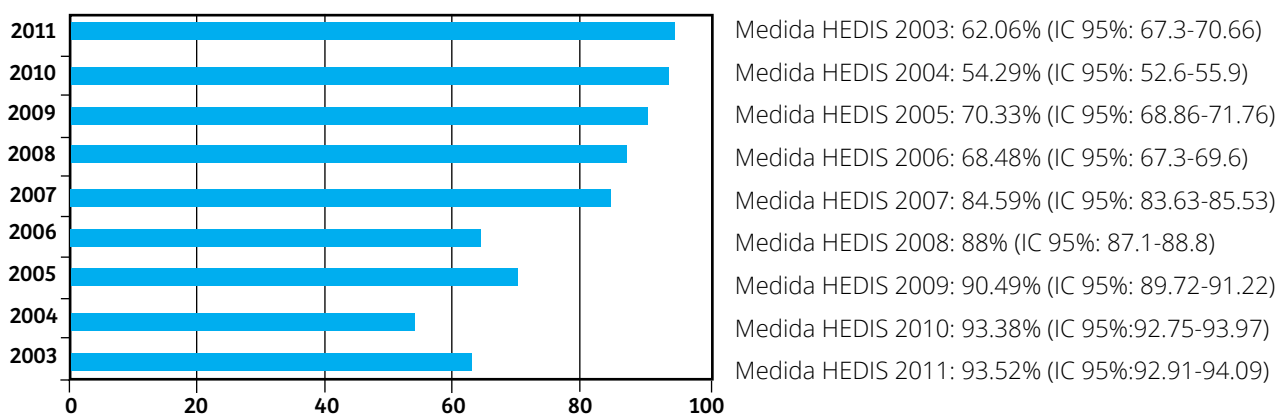
1. Monitoreo de la Hb glicosilada.
2. Control de Hb glicosilada alterada (<7%).

3. Monitoreo de LDL-c.
4. Control de LDL-c menor a 130 mg/dl.
5. Examen oftalmológico anual.
6. Monitoreo de la enfermedad renal a través de la microalbuminuria

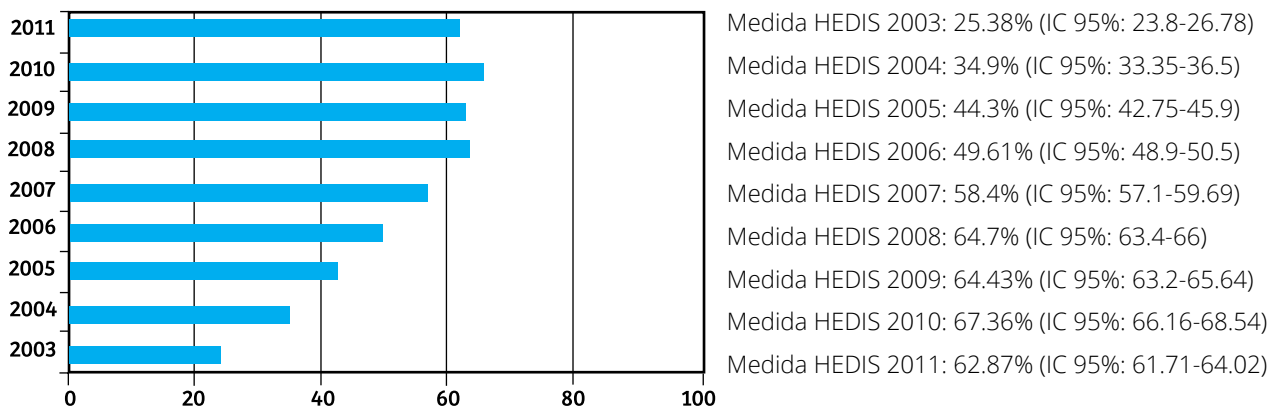
**Resultados:**

De ésta serie de medidas, se han incluido los siguientes parámetros:

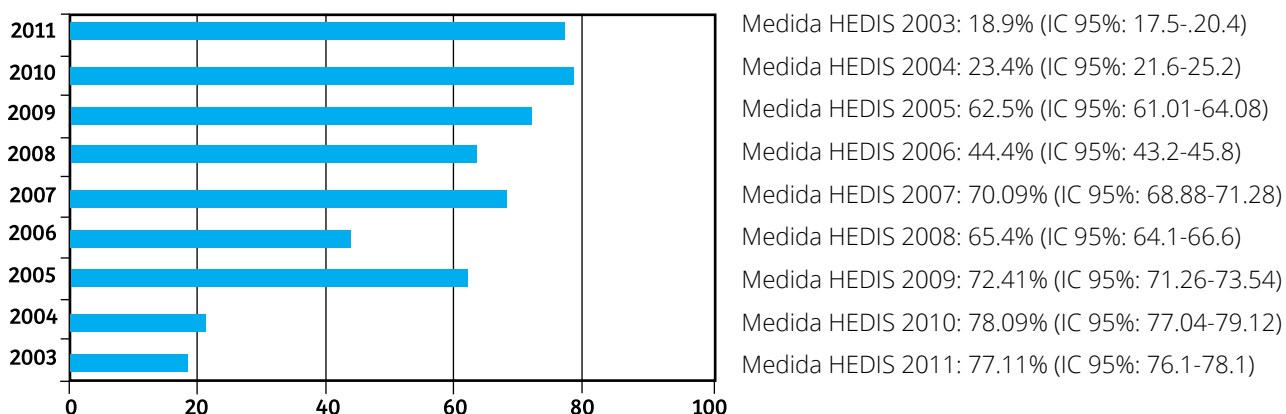
*1- Personas con DMT con Hemoglobina Glicosilada testada (Hb A1c)*



*2- Personas con DMT con Hb A1c <7,0%*



*3- Personas con DMT con LDL-c < 130 mg/dl*



Para mayor claridad en la comparación de la totalidad de los indicadores, principalmente entre los años 2007 y 2011, y para evaluar el comportamiento de los indicadores poblacionales, se realizó una tabla que muestra la totalidad de la población en conocimiento por el área de Programas Médicos, analizadas por semestres desde el año 2007:

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Personas con DMT</b>	5647	5541	5985	6450	6833
<b>Solicitud de Hemoglobina Glicosilada</b>	4777 (84.59%)	4876 (88%)	5416 (90.5%)	6023 (93.3%)	6390 (93.52%)
<b>Hemoglobina Glicosilada Promedio</b>	6.72 (DS 1.27)	6.81 (DS 1.33)	6.86 (DS 1.31)	6.83 (DS 1.26)	6.81 (DS 1.23)
<b>Personas con DMT con educación diabetológica</b>	1214 (21.5%)	996 (18%)	1036 (17.3%)	1290 (20%)	1180 (17.26%)

De acuerdo a lo registrado en los Programas, durante el año 2011 los datos han mostrado lo siguiente:

#### Variable para una Población de 6833 personas con Diabetes

	%	(IC95)
<b>Solicitud de Hemoglobina Glicosilada</b>	93.52	92.91-94.09
<b>Hemoglobina Glicosilada &lt;6.5 %</b>	43.0	41.82-44.18
<b>Hemoglobina Glicosilada &lt;7 %</b>	62.87	61.71-64.02
<b>Hemoglobina Glicosilada &lt;7.5 %</b>	75.11	74.06-76.13
<b>Registro de Peso y altura</b>	40.67	39.5-41.85)
<b>Solicitud de LDL-c</b>	93.52	92.81-94.09
<b>LDL-c &lt;130 mg/dl</b>	77.11	76.1-78.1
<b>LDL-c &lt; 100 mg/dl</b>	48.28	47.09-49.47
<b>HTA</b>	78.81	77.82-79.77
<b>Grado de control de la TA (&lt;130-80)</b>	73.46	2.26-74.64
<b>Consumo de Metformina</b>	52.33	51.14-53.52
<b>Consumo de Estatinas</b>	55.19	54-56.37

#### Control de la presión arterial

La hipertensión arterial es el mayor problema de salud en los países industrializados por su alta prevalencia (aproximadamente 25% de todos los adultos y 60% de las personas mayores de 60 años) y su asociación con riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular. Estas tendencias alarmantes, soportan la necesidad de poner un mayor énfasis en el control de la presión arterial.

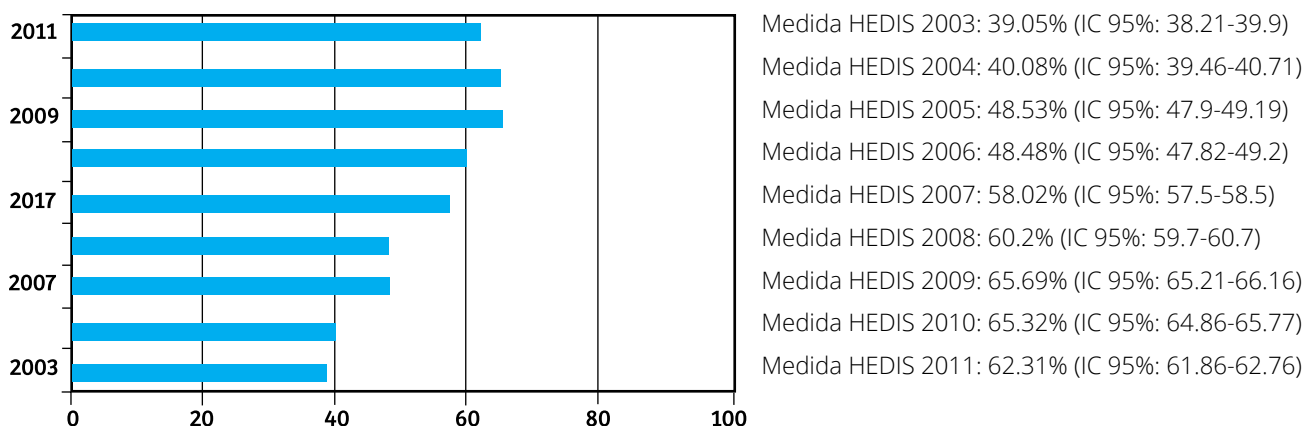
Una gran cantidad de trabajos clínicos han demostrado que disminuir entre 5-6 mmHg la presión diastólica se asociaba con un 42% de reducción en la mortalidad por accidente cerebro-vascular, y un 14-20% de reducción en la mortalidad por enfermedad cardiaca coronaria.

**Intervención:** en el contexto de los Programas de Manejo Enfermedades Crónicas, la población de personas con hipertensión arterial ha sido incluida desde el año 2000, realizándose diferentes intervenciones

que tienen la finalidad de imponer un cambio organizacional, con acciones sobre la población médica, pero principalmente, sobre el autocuidado de las propias personas con enfermedades crónicas.

**Método para la obtención de la medida:** ésta medida se calcula en forma administrativa, identificando a la totalidad de la población con edades mayores a 18 años, enrolados al año de la medición, y con diagnóstico confirmado de hipertensión, realizado a través de referencia de la Historia Clínica y fármacos consumidos. Se evaluaron la totalidad de la población mayor a 18 años de la Organización, con registros de tensión arterial, ya sea por el médico de cabecera, o bien, por los monitores de los Programas de Manejo de las Enfermedades Prevalentes. Se considera un adecuado control de la TA, el presentar registros iguales o menores a 140/90 mmHg, según el JNC VI.

**Resultado:** la población de hipertensos de la Organización fue de 44078 personas; de los mismos, 42984 [97.52% (IC 95%: 97.37-97.66)] tenían al menos 1 registro de TA durante el año 2011, y 27465 [62.31% (IC 95%: 61.86-62.76)] se encontraban controlados, si consideramos que aquellos pacientes hipertensos de los cuales no tenemos registros de TA, se consideran no controlados. En caso de considerar para el análisis del grado de control, sólo aquellas personas hipertensas con algún registro de TA en el último período, los valores ascienden a 63.9% (IC 95%: 63.44-64.35).



Al igual que en la población de personas con DMT en los hipertensos también se realizaron evaluaciones sobre la base de los dos denominadores:

	2008	%(IC 95)	2009	%(IC 95)	2010	%(IC 95)	2011	%(IC 95)
Población	36204		38507		42683		44078	
Grado registro	29301	80.9(80.6-81.3)	37216	96.65 (96.5-96.8)	40880	95.78 (95.5-95.9)	42984	97.52 (97.3-97.6)
Grado control (según registros)*	21785	74.3 (73.8-74.8)	25295	67.97 (67.5-68.4)	27879	65.32 (64.8-65.7)	27465	62.31 (61.8-62.7)
Grado control (hipótesis negativa)#	21785	60.2 (59.7-60.7)	25295	65.69 (65.2-66.2)	27879	68.2 (67.7-68.6)	27465	6.9 (63.4-64.3)

\*: representa el grado de control sobre los registros obtenidos;

#: representa el grado de control considerándolo como no alcanzado en el caso de que el registro no se tenga.



## Cuestionario de Inicio MAPEC

Este cuestionario tiene como propósito contar con un panorama general acerca del nivel inicial de conocimientos del grupo sobre el abordaje de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el primer nivel de atención. La información brindada será de gran utilidad para el equipo docente, quien adaptará el curso a las particularidades del grupo y de su provincia. *Es anónimo y de ninguna manera comprende una instancia de evaluación.* ¡Agradecemos su colaboración!

Provincia..... Fecha...../...../.....

### 1. Marcar los aspectos que a su criterio contempla el abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

- Enfoque biopsicosocial de la persona.
- Acciones tendientes a promover la adherencia al tratamiento.
- Centrado en la enfermedad.
- Contexto familiar, social y cultural.
- Atención integral e integrada.
- Abordaje reactivo, ante episodios agudos.
- Participación activa de la persona en su tratamiento.

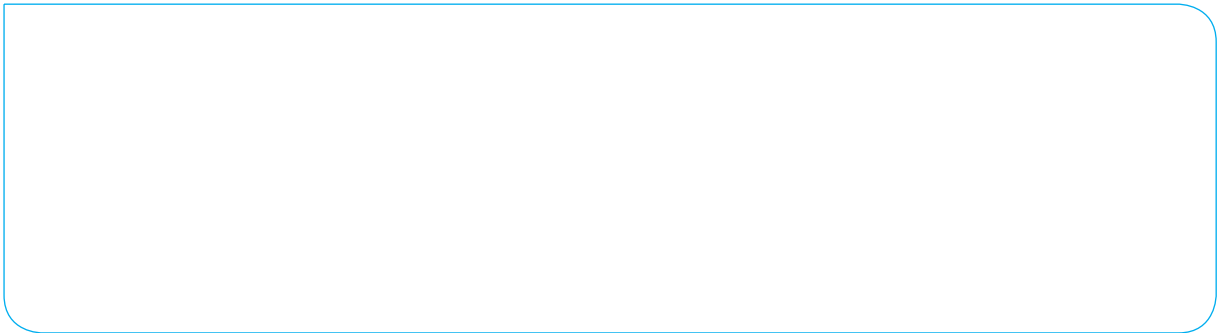
### 2. En el siguiente cuadro, ordenar los atributos detallados en la lista según corresponda para uno u otro modelo de atención:

	Modelo de atención de procesos agudos	Modelo de atención de procesos crónicos
Enfoque		
Atención		
Equipo de salud		
Persona en tratamiento		

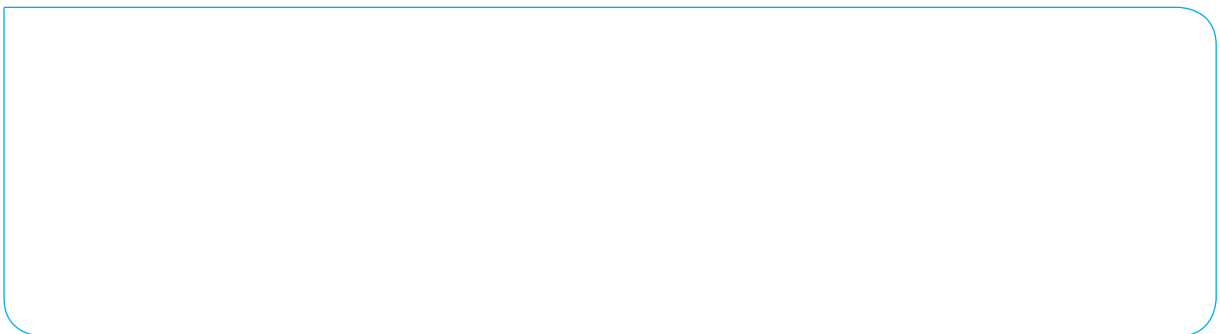
#### Atributos

- Centrado en la persona
- Proactivo
- Reactivo
- Pasivo
- Activo, informado e involucrado
- Programada y planificada
- A demanda
- Centrado en la enfermedad

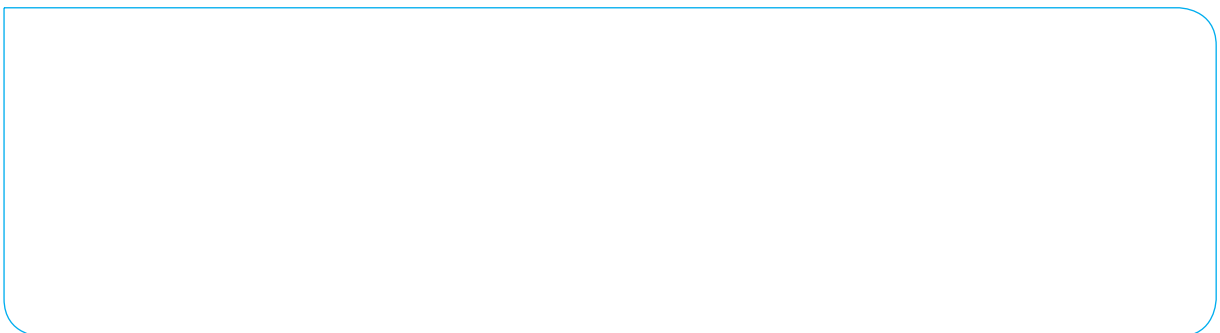
**3. Mencionar tres aspectos que a su criterio podrían modificarse para mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas.**



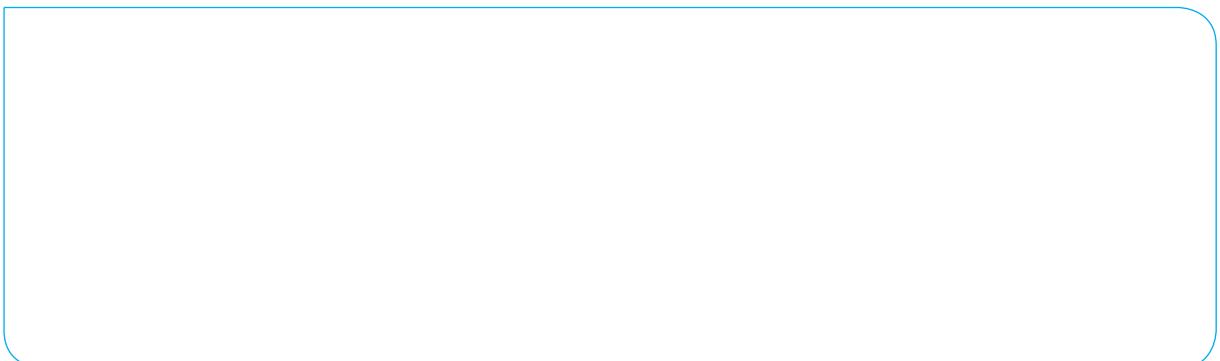
**4. ¿Qué información tiene sobre el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas no transmisibles (MAPEC)?**



**5. ¿Qué cree que necesitaría el equipo de salud al que Ud. pertenece para poder implementar un cambio en la atención de las personas con enfermedades crónicas?**



**6. ¿Qué expectativas tiene sobre este curso?**



## Consigna de Trabajo Final

En este documento se presenta la consigna para la elaboración del Trabajo Final. Además, encontrarán las pautas para su presentación formal que solicitamos muy especialmente cumplir para la correcta identificación de los/las participantes. Ante cualquier duda pueden contactarse con el equipo docente el cual brindará la asistencia necesaria durante su desarrollo.

**La evaluación final del curso requiere la presentación de una producción grupal (se sugiere cinco personas por grupo, del mismo CAPS) a partir de la reflexión del equipo de salud sobre la propia práctica. Dicha producción consiste en el diseño de una nueva estrategia para alcanzar mejoras en el cuidado de las personas con ECNT, factible de ser implementada en su ámbito de trabajo, que recupere los principios y componentes del MAPEC.**

Los trabajos serán entregados en la fecha estipulada por el equipo docente para su evaluación. En la tercera y última jornada cada grupo deberá presentar su trabajo a través de una exposición oral breve –de ser posible con soporte digital- ante el equipo docente y el resto de los/las participantes.

Una vez finalizado el curso, el **Programa Redes** realizará el seguimiento de la estrategia de mejora en el lugar de trabajo, a los grupos que implementen su propuesta.

Los pasos para la elaboración son los siguientes:

1. Introducción y fundamentación.
- 2 Descripción de la población objetivo.
3. Cartografía social: mapeo social donde se implementará la estrategia.
4. Estado de situación de la atención de las personas con enfermedades crónicas: **¿Cuáles son los principales problemas identificados en la atención de personas con ECNT? ¿Cuáles son las demandas de la población a cargo?**

Para realizar dicho diagnóstico, contemplar los componentes del MAPEC, y organizar la reflexión y el análisis a partir de tres interrogantes: **¿Qué tenemos? ¿Cómo funciona?** (disponibilidad local de RRHH profesionales y no profesionales, equipos interdisciplinarios, especialistas, laboratorios, instauración del uso de Guías de Práctica Clínica, infraestructura y equipamiento, etc.) **¿Qué nos falta? ¿Qué podemos mejorar?**

5. Identificar una estrategia de mejora, en el marco de uno o más componentes del MAPEC donde crean que es factible su implementación. Luego analizar: **¿por qué y para qué esa estrategia?** (descripción de la estrategia definida y justificación de su elección); **¿Cómo llevarla a cabo?**

6. **¿De qué forma la estrategia de mejora pensada para las personas con enfermedades crónicas puede integrarse y articularse con otras acciones dirigidas al cuidado de otros grupos poblaciones (por ejemplo, niños, mujeres, adolescentes, etc.)?**

Teniendo en cuenta la pregunta anterior, manifestar cómo una estrategia integrada y articulada podría producir mejoras en las prácticas, facilitar y optimizar los procesos de trabajo del equipo

de salud y, en este sentido promover una mirada diferente del equipo de salud sobre sí mismo y sobre la comunidad.

7. Planificación, organización y distribución de las tareas para la implementación de la estrategia de mejora, en función de los recursos disponibles. Elaboración de un cronograma.

8. Diseño de indicadores para el monitoreo y la evaluación de la implementación de la estrategia.

9. Conclusiones finales.

10. Bibliografía consultada.

## Pautas técnicas para la presentación formal de los Trabajos

- El Trabajo Final grupal deberá presentarse impreso en la fecha designada por el equipo docente.
- El mismo deberá tener una carátula donde figuren los siguientes datos de la propuesta y de los integrantes del grupo:
  - Título de la propuesta.
  - Nombres y apellidos completos de todos los integrantes.
  - Profesión.
  - Institución en la que se desempeña + Servicio/Sector, etc.
  - Dirección de correo electrónico para contactar.
- La extensión debe ser de entre 5 y 8 hojas (tamaño A4, verdana 10 puntos, interlineado 1,2).
- En caso de tomar información de otros trabajos, bases de datos, etc, se debe citar la fuente clara y detalladamente.
- En la fecha estipulada por el equipo docente se deberá entregar el Trabajo en formato impreso para su corrección y, a su vez, remitirse al correo electrónico que se disponga para esta instancia.
- La evaluación final de cada grupo contempla tanto la presentación impresa del trabajo, como su exposición oral durante la tercera jornada.

## Guía para la elaboración del informe final del equipo docente

Tal como anunciáramos en la presentación del curso *“Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles – modelo MAPEC”*, el equipo docente deberá presentar al área de Fortalecimiento de Competencias de los Equipos de Salud del **Programa Redes**, un informe final sobre el desarrollo del curso.

El informe deberá ofrecer una detallada descripción de los tres encuentros, así como un análisis de sus características más relevantes en función de la propuesta pedagógica del curso. Esta guía se propone compartir algunas pautas para el armado del informe por parte de cada equipo docente.

La información obtenida en los informes, será un valioso insumo para pensar los ajustes y modificaciones en el diseño e implementación, de modo de adecuar el curso a las diferentes realidades provinciales, en las futuras réplicas.

Desde ya agradecemos su participación y compromiso.

**Equipo de fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud del Programa Redes.**

## 1. Datos generales del curso

**Cohorte:** Tercera, bajo modalidad presencial

**Docente facilitador a cargo:**.....

**Institución (en caso que correspondiera)** .....

Encuentros	Fecha	Cantidad de horas	Cantidad de participantes presentes
Primero			
Segundo			
Tercero			

## 2. Guía de pautas para la elaboración del informe final

### A. Breve valoración general del curso y su propuesta pedagógica

### B. Organización del encuentro

**Analizar y valorar los siguientes aspectos:**

- Adecuación del espacio físico en el cual se desarrolla el curso.

- Cantidad de encuentros y carga horaria definida en función de la propuesta del curso.

- Cantidad de horas necesarias para cada encuentro.

- Disponibilidad de los recursos materiales y pedagógicos necesarios para el desarrollo del curso (cañón, computadora, fotocopias, unidades, guías, manuales, marcadores, etc.).

- Colaboración del equipo administrativo en las cuestiones operativas del curso.

- Articulación y comunicación con los diferentes actores e instituciones que intervienen en el desarrollo del curso.

- Asistencia, seguimiento y apoyo del equipo de Fortalecimiento de las Competencias de los Equipos de Salud del Programa Redes.

- Comentarios y sugerencias.

## C. Contenidos y actividades

### **Analizar y brindar su opinión en torno a:**

- El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas no transmisibles (MAPEC) y sus componentes como contenido del curso.

- Relación entre los contenidos (extensión, profundidad, complejidad) en función de la cantidad de encuentros y la carga horaria.

- ¿Considera que hay contenidos que requieren mayor desarrollo teórico? ¿Cuáles? (Mencionar tres como máximo).

- Nivel de complejidad de los contenidos en función del perfil de los participantes.

- Adecuación de los planteos teóricos y realidades del modelo a las situaciones locales.

- Actividades sugeridas para los encuentros desde el área de Fortalecimiento de las Competencias de los Equipos de Salud del Programa Redes.

- Actividad final propuesta para la aprobación del curso.

- Comentarios y sugerencias.

## **D. Participantes**

***Describir, analizar y brindar su opinión sobre los siguientes aspectos:***

- La predisposición de los participantes ante el curso en general.

- La respuesta de los participantes ante las diferentes propuestas de trabajo.

- La conformación de los grupos.

- Trabajo en grupos durante las actividades sugeridas o planteadas en los encuentros.



- Dinámica de los grupos para la elaboración del Trabajo Final y grupal.

- Relación equipo docente-participantes.

- Las expectativas de los participantes previo al inicio del curso ¿En qué medida perciben ellos que se cumplieron estas expectativas?

- Comentarios y sugerencias.

## **E. Acerca de su experiencia como docente facilitador**

***Describir cómo se sintió como docente del curso con relación a los siguientes ítems:***

- Contenidos y temas abordados.

- Planificación y desarrollo de los encuentros.

- Apoyo y respuesta del equipo del área de Fortalecimiento de las Competencias de los Equipos de Salud del Programa Redes.

- Apoyo del equipo de Unidad de Gestión Jurisdiccional del Programa Redes.

- Vínculo y comunicación con los participantes durante los encuentros y en apoyo brindado durante la realización del Trabajo Final grupal.

- Fechas estipuladas para los encuentros y las entregas.

- Comentarios y sugerencias.

## **F. Trabajos finales**

***Describir, analizar y brindar su opinión con relación a las siguientes cuestiones:***

- Valoración general de los trabajos impresos.

- Obstáculos manifestados por los participantes para la elaboración del Trabajo Final grupal.

- Cumplimiento de la fecha de entrega estipulada.

- Valoración general de las presentaciones digitales de los trabajos y su exposición durante el tercer encuentro.

- De acuerdo a lo presentado por los grupos durante el tercer encuentro, cree que los participantes:

- Cumplieron con la consigna de trabajo final y grupal.
- Se mostraron interesados.
- Conocen el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas no transmisibles (MAPEC). Pueden describir los seis componentes del modelo.
- Han logrado realizar alguna acción concreta en sus ámbitos de trabajo, en línea con el modelo teórico presentado o cree que lo lograrán en el corto/mediano plazo.
- Han respetado el tiempo de presentación establecido por el docente facilitador.

- Comentarios y sugerencias.

## G. Conclusiones y cierre del curso

**Describir y analizar:**

- Conclusiones finales que surgieron en el cierre del curso.

- Participación de los participantes en las conclusiones finales del curso. Comentarios y sugerencias que manifestaron.

- Participación de la Unidad de Gestión Jurisdiccional de Redes.

- Conclusión y opinión general del equipo docente sobre el curso en su totalidad.

- Comentarios y sugerencias ante nuevas réplicas del curso.

## Encuesta de Opinión

La presente encuesta es anónima y ha sido diseñada para conocer su opinión sobre el curso realizado. Sus valiosos aportes serán considerados para diseñar posibles ajustes y mejoras en próximas cohortes. ¡Muchas gracias por su colaboración!

Provincia: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Escriba o marque con una "X" la respuesta correcta y/o que mejor represente su opinión.

1. Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino  Masculino

2. Profesión o actividad que desempeña \_\_\_\_\_

3. Nivel de formación completo: Secundario  Terciario  Universitario

Si ha alcanzado el nivel terciario, indique qué título ha obtenido \_\_\_\_\_

Si ha alcanzado el nivel universitario, indique qué título ha obtenido \_\_\_\_\_

4. En términos generales, ¿qué le pareció el curso realizado?

Excelente  Muy bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

5. En cuanto a la duración de los encuentros presenciales, considera que fueron:

Muy cortos  Cortos  Acordes a los temas a tratar  Demasiado largos

6. ¿Cual es su opinión sobre la organización de los encuentros presenciales, el material brindado y el contacto con los docentes?

Muy bueno  Bueno  Regular  Malo

7. Respecto al desempeño del docente facilitador, ¿cómo calificaría los siguientes ítems?

(En cada casillero coloque la letra correspondiente de acuerdo con su opinión)

E: Excelente MB: Muy bueno B: Bueno R: Regular M: Malo MM: Muy malo

	Conocimiento del tema	Claridad en la transmisión de conceptos	Predisposición	Facilitación de discusiones entre los participantes	Capacidad de adecuar los temas al contexto local
Encuentros presenciales					
Consultas y apoyo via mail					

8. ¿Considera que el curso fortalecerá o modificará su práctica cotidiana?:

Muy significativamente  En gran medida  Poco  Nada

**9. ¿Considera que el curso le brindó saberes y competencias nuevas para su práctica cotidiana?:**

Muy significativamente  En gran medida  Poco  Nada

**10. Respecto al Trabajo Final grupal, ¿qué opinión le merece la propuesta de elaborar estrategias de mejora para la atención de personas en su lugar de trabajo? (Coloque un "X" en la opción seleccionada).**

Excelente  Muy bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

**11. ¿Usted cree que las estrategias de mejora diseñadas por su grupo son factibles de ser implementadas y sostenidas en su CAPS?**

Si  No

**12. ¿Cuáles son las dos categorías que usted considera que pueden dificultar MÁS la implementación de la propuesta de mejora elaborada por su grupo? Marque la/s respuestas elegida/s:**

- Disponibilidad de recursos.
- Disponibilidad de tiempo.
- Características de la población a cargo.
- Acompañamiento del equipo de salud.
- Cambios en la propia práctica.

**13. ¿Cómo calificaría los contenidos teóricos y prácticos desarrollados, para aplicarlos en su práctica cotidiana? 1: Poco útil 2: Útil 3: Muy útil**

- Normativa vigente vinculada con las enfermedades crónicas y su tratamiento.
- Nominalización y seguimiento de la población a cargo.
- Registro de historia clínica ambulatoria del adulto.
- Gestión de turnos programados y protegidos.
- Articulación y conocimiento entre los diferentes niveles de atención.
- Perfiles y roles del equipo de salud para implementar MAPEC.
- Construcción de indicadores de salud.
- Las guías de práctica clínica y su implementación para el apoyo a la toma de decisiones.
- Apoyo y recursos para el automanejo.
- Adherencia al tratamiento.
- Participación social para la prevención y promoción de la salud en la comunidad.
- Cartografía social: conocimiento del territorio geográfico y de la población que lo habita. Identificación de los recursos disponibles y de las redes para el abordaje de problemáticas comunitarias de salud.
- Redes de salud formales e informales y articulación con otros sectores, organizaciones sociales y comunitarias.

**14. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar este curso?**

---

---

---

---

## Las redes de salud\*

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no pueden solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003).

La esencia del trabajo en red la constituye el desarrollo de una tarea en común entre dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la propia identidad.

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y los de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 1998).

Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Sin embargo resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones que ofrecen servicios de salud sino también para la **demanda** expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen (Dabas, 1999).

Desde una perspectiva amplia, Dabas reconoce en salud distintos niveles de redes que favorecen la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social de las personas, de modo articulado y coherente:

- **Red personal:** comprende el conjunto de las relaciones (con la familia, amistades, relaciones escolares, laborales, comunitarias e institucionales) que una persona concibe como significativa. Este tipo de red contribuye sustancialmente al reconocimiento de la persona como sujeto, constituyéndose en un factor clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis (Sluzki, 1996).

- **Red comunitaria:** en esta red cobra protagonismo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud. Esto posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención (Dabas et. al, 1999).

\* Fragmento seleccionado de “Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT”

Programa Redes. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. 2015. ISBN 978-950-38-0214-4

- **Red institucional:** este nivel de abordaje supone observar a las instituciones de salud desde el contexto general en el cual están inmersas y, al mismo tiempo, desde lo singular que cada una asume en su organización y en las interacciones de los actores sociales que en ellas se desempeñan. Para su afianzamiento es fundamental pensar en proyectos institucionales que promuevan activamente la amplia participación de los actores involucrados, hecho que incrementa la reciprocidad entre los mismos, consolidándose como colectivo.

La elaboración de proyectos institucionales debe contemplar el análisis de la demanda de la comunidad para brindar una oferta de atención integral a las personas. En palabras de Dabas, pensar a la persona atendida por la institución y sus equipos de salud en interacción permanente y no por una suma de servicios (Dabas et. al, 1999).

## Niveles de construcción de las redes

En el proceso de construcción de las redes existen diferentes **niveles**, cuyo conocimiento sirve para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: **reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación**; cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, 1999).

- **Reconocimiento:** expresa la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Expresiones como *“qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”*, o al revés, *“¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?”* inhabilitan a determinadas voces a opinar sobre ciertos temas. Entonces, hay reconocimiento cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y se lo toma en cuenta.

- **Conocimiento:** el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, y empieza a ser incluida su palabra, pues su saber es identificado como necesario. Esto se expresa en un interés, se quiere saber quién es el otro, y entender cómo se ve el mundo desde su lugar.

- **Colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con): Es una ayuda espontánea; no se organiza ni se sistematiza.

- **Cooperación** (co-operación: operación conjunta): A partir de un problema común, hay una co-problematización y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir, hay un compartir constante de actividades.

- **Asociación:** la actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Toda esta construcción podría ser representada en un cuadro que marque un nivel sobre otro, a los cuales hay que sostener. Si a uno no se lo sostiene, los otros caen (Figura 1).



NIVEL	ACCIONES	VALOR
ASOCIARSE	COMPARTIR OBJETIVOS Y PROYECTOS	CONFIANZA
COOPERAR	COMPARTIR ACTIVIDADES Y RECURSOS	SOLIDARIDAD
COLABORAR	PRESTAR AYUDA ESPORÁDICA	RECIPROCIDAD
CONOCER	CONOCIMIENTO DE LO QUE ES O HACE EL OTRO	INTERÉS
RECONOCER	DESTINADAS A RECONOCER QUE EL OTRO EXISTE	ACEPTACIÓN

Figura 1

### Cartografía o mapa social

El mapa social es la representación gráfica de los grupos, organizaciones y colectivos de un territorio concreto y de las relaciones que se dan entre ellos (Alberich, 2007). Esta herramienta permite construir colectivamente un conocimiento integral del **territorio**, para identificar los niveles de construcción de las redes.

El territorio es entendido no sólo como un lugar donde viven las personas sino, desde una perspectiva de la complejidad, como un espacio socializado y culturizado que está constituido por múltiples dimensiones interrelacionadas entre sí (ambiental, económica, política, cultural, social e histórica, entre otras). El mapa social es de gran utilidad para, por una parte, instalar debates, promover el análisis y la reflexión colectiva sobre el rol de cada organización, cada red, en el ámbito local, sus funciones y los vínculos que existen entre ellas. Y, por otra parte, sirve para que a partir de lo discutido, debatido y consensuado, se planifiquen a corto y mediano plazo acciones colectivas entre las diferentes organizaciones y sus actores para introducir cambios concretos (Alberich, 2007).

El mapa social, conocido también como cartografía social, ofrece ver con precisión las relaciones en red, en un entramado complejo muy cercano a la realidad social, y a través del cual es posible identificar las relaciones jerarquizadas entre las redes.

El mayor aporte de este instrumento es que permite que las personas de la comunidad junto a los diferentes actores sociales de la misma tales como funcionarios públicos, profesionales, académicos, etc., compartan, discutan, consensuen puntos de vista y conocimientos sobre la realidad de un territorio determinado.

Se pueden identificar los siguientes tipos:

- Mapas de población: caracterizan a los habitantes del territorio y sus condiciones de vida.
- Mapas de recursos: ubican los medios materiales (económicos y de infraestructura) o humanos que se encuentran en el territorio.
- Mapas de conflictos: visibilizan los niveles de conflicto entre los pobladores de un territorio, de estos con las instituciones y los actores económicos.
- Mapas de redes: identifican a los actores sociales e institucionales del territorio, sus relaciones, incidencia y accionar (o no) frente a un conflicto en particular.

### ¿Cómo se construye un mapa social?

El mapa social se construye a partir de la identificación de tres niveles o tipos de organización (Alberich, 2007):

- Ámbitos de poder (instituciones públicas, poderes económicos y medios de comunicación) que se representan a través de un triángulo.
- Asociaciones y organizaciones sociales del tercer sector, representadas a través del rectángulo.
- Grupos de población (jóvenes, adultos, mujeres/varones, niños, inmigrantes, minorías, etc.) representados a través de círculos.

El tipo de relaciones (débil, normal, fuerte, conflictiva y sin relación) que existe entre estas organizaciones se representa por medio de diferentes tipos de líneas.

En la Figura 2 se observan algunos de los elementos con los cuáles se construye un mapa social.

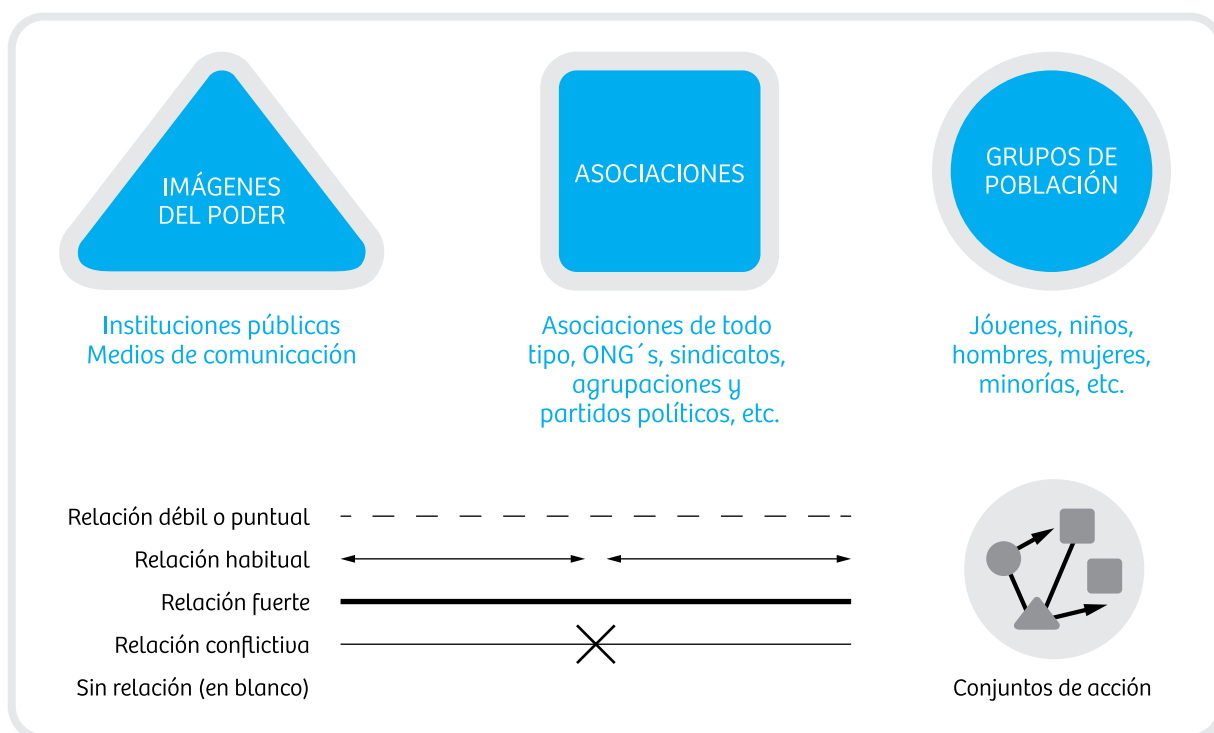


Figura 2

En la siguiente imagen (Figura 3) se observa cómo se construye un mapa de redes de salud.

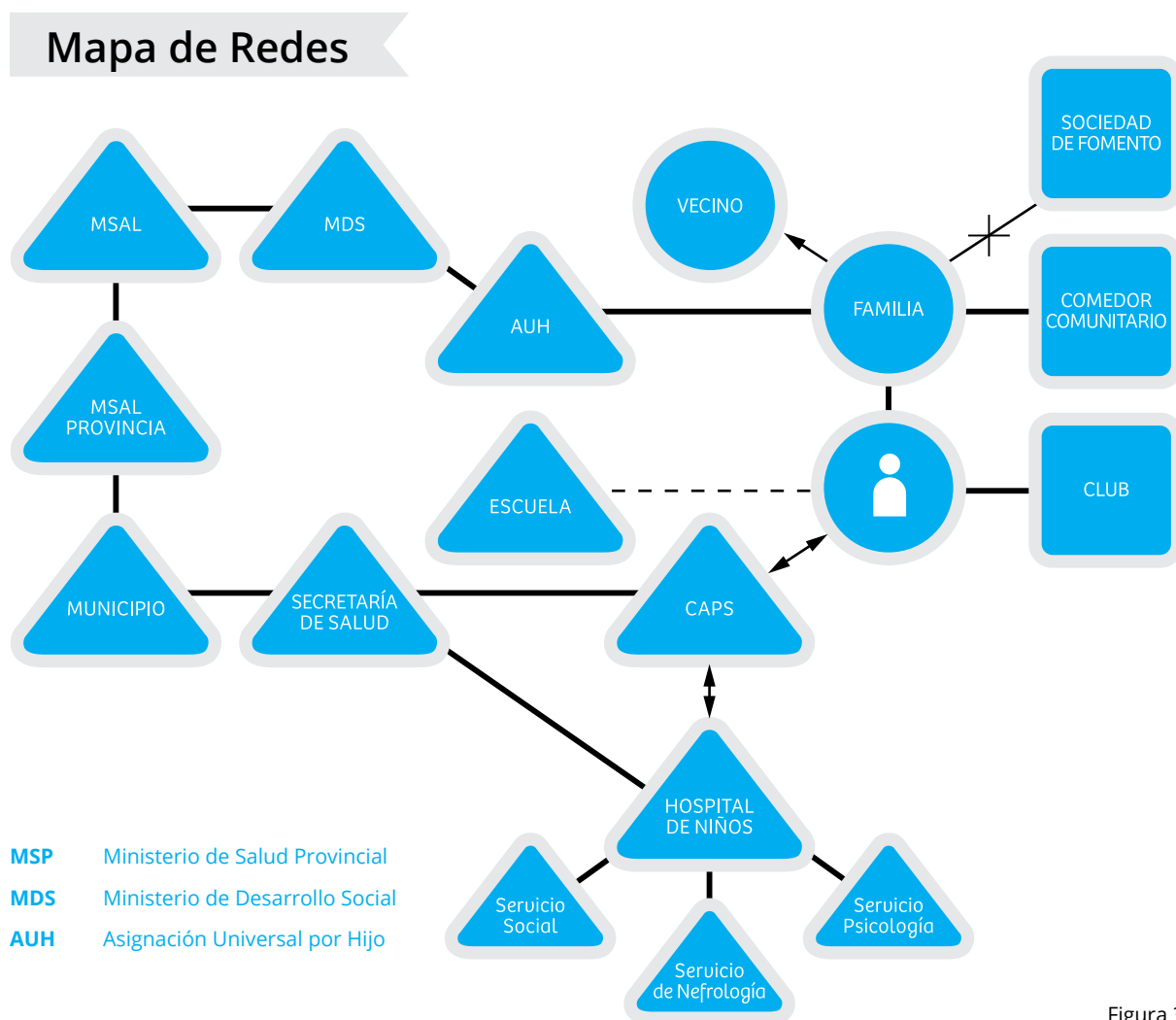


Figura 3

# Bibliografía

Alberich Nistal, T (2007): "Investigación-acción participativa y mapas sociales". (Ponencia), Benlloch (Castellón, España).

Ministerio de Salud de la Nación. (2014): "3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles". Presentación de los principales resultados. Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2007): "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas" Washington, D.C. Versión original en inglés (2007) con el título: *Renewing Primary Health Care in the Americas*, (2007) Edition Biblioteca Sede OPS–Catalogación en la fuente.

Organización Panamericana de la Salud. (2008): "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente.

Tejada de Rivero, D. (2003): "Alma-Ata: 25 años después" en *Perspectivas de Salud*, Vol 8 (2).

E Merhy, L C M Feuerwerker, R Burg Ceccim. (2006): "Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en micro política del trabajo en salud" . En *Salud colectiva* v.2 n.2 Lanús mayo/ago.

Rizo García, Marta. "Redes. Una aproximación al concepto", Universidad Autónoma de México, s/f. Disponible en [http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc\\_documentos/62.pdf](http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/62.pdf). Último acceso 14 de enero de 2016.

Rovere, M. (1999): " Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad", Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Dabas, Elina y Perrone, Néstor (1999): "Redes en salud", s/e.

Ministerio de Salud de la Nación, (2015): "Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT", Programa Redes, 2da. Edición, Buenos Aires.

