



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE
Americas



Cuidados Crónicos



CARMEN

Vínculos con la Comunidad para Mejorar los Cuidados Crónicos Mediante el Apoyo al Automanejo de la Diabetes en Puerto Rico



Chronic Illness Care



Cuidados Crónicos



Cuidados Crónicos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

Jessica Irizarry Ramos, MS, PhD

Directora

**División de Prevención y Control de Enfermedades
Crónicas**

Departamento de Salud



Chronic Illness Care



Cuidados Crónicos

Contexto:



Contexto:

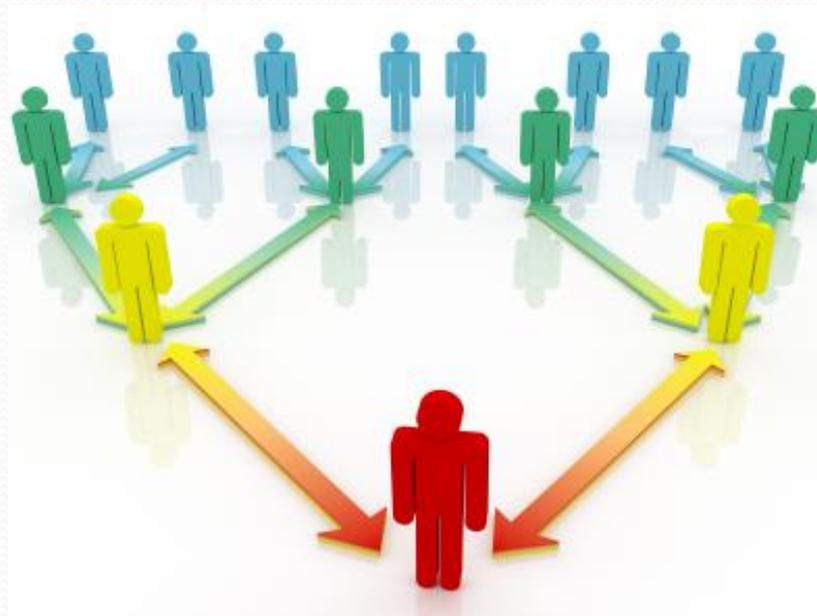
- Responsabilidad de Salud Pública – Departamento de Salud
- 1957 – 1993 – Sistema de Salud Arbona
 - Nivel primario - Centros de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en los 78 municipios
- 1993 – Reforma de Salud
 - Sistema mixto – público y privado
 - Público – IPA (Asociación de Prácticas Independientes)
 - Modelo de los pagos están basados en un *capitation* (asignación fija por paciente)
 - Aseguradoras privadas se convierten en intermediarias

Proyecto MCC – Puerto Rico



Problema/reto:

- No se le otorga autonomía al paciente
- No se valoran las interacciones con el paciente
- Falta de conexión con los recursos de la comunidad



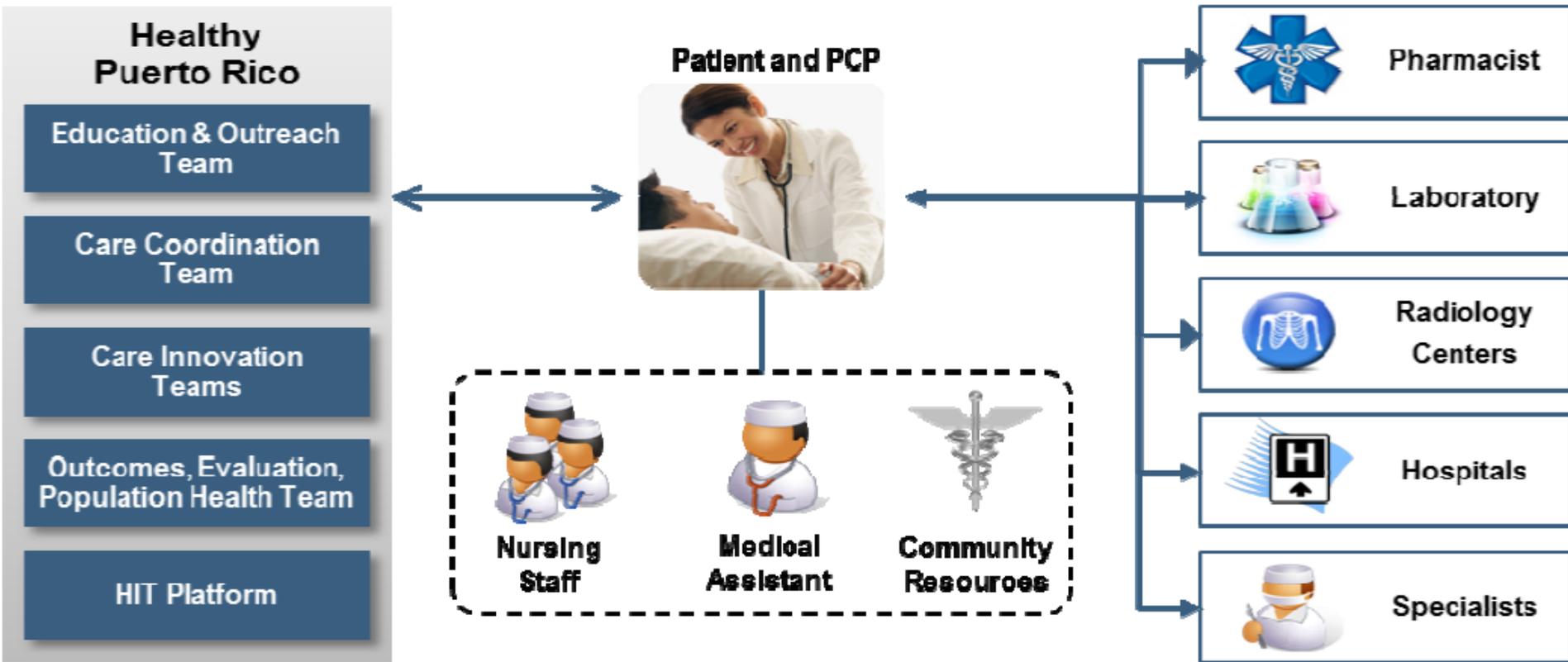
Plan de acción de enfermedades crónicas de Puerto Rico 2014-2020

Objetivo 2: Establecer un sistema de salud organizado y accesible, con la capacidad de proveer servicios preventivos y clínicos que sean efectivos y de alta calidad, con el fin de prevenir enfermedades, detectar condiciones a tiempo, reducir factores de riesgo y manejar complicaciones.

Objective 2.1: Para el año 2020, aumentar el número de centros de atención primaria implementando uno o más componentes del Modelo de Cuidado Crónico Extendido.

| Estrategias | Actividades Claves | Responsabilidad |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Apoyar la adopción e implementación de récord electrónico de salud con funciones de registro, apoyo a las decisiones, y recordatorios electrónicos para mejorar la coordinación de cuidado y los resultados en pacientes | <ol style="list-style-type: none"> Proporcionar capacitación y asistencia técnica en el uso de los datos de los Records de Salud Electrónicos para mejorar la coordinación de servicios clínicos y preventivos para pacientes en riesgo o con enfermedades crónicas a través de los diferentes niveles del sistema de salud. | Departamento de Salud Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud Puerto Rico Health Information Network (PRHIN) |
| <ul style="list-style-type: none"> Promover la adopción e implementación del Modelo de Cuidado Crónico Extendido en escenarios de salud primaria. | <ol style="list-style-type: none"> Proporcionar capacitación y asistencia técnica en: <ul style="list-style-type: none"> Cuidado crónico basado en equipo, incluyendo participación de profesionales de la salud, como enfermeras, farmacéuticos, nutricionistas entre otros. Referidos a programas de educación en autocuidado de enfermedades crónicas. Implementación de Guías para el Manejo de Enfermedades Crónicas del Departamento de Salud. La prestación de servicios para cesación de fumar y tratamientos, incluyendo referidos a la línea de cesación de fumar de Puerto Rico. | Departamento de Salud Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud Comité de Cambios en Sistema de Salud de ACEC-PR Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico |

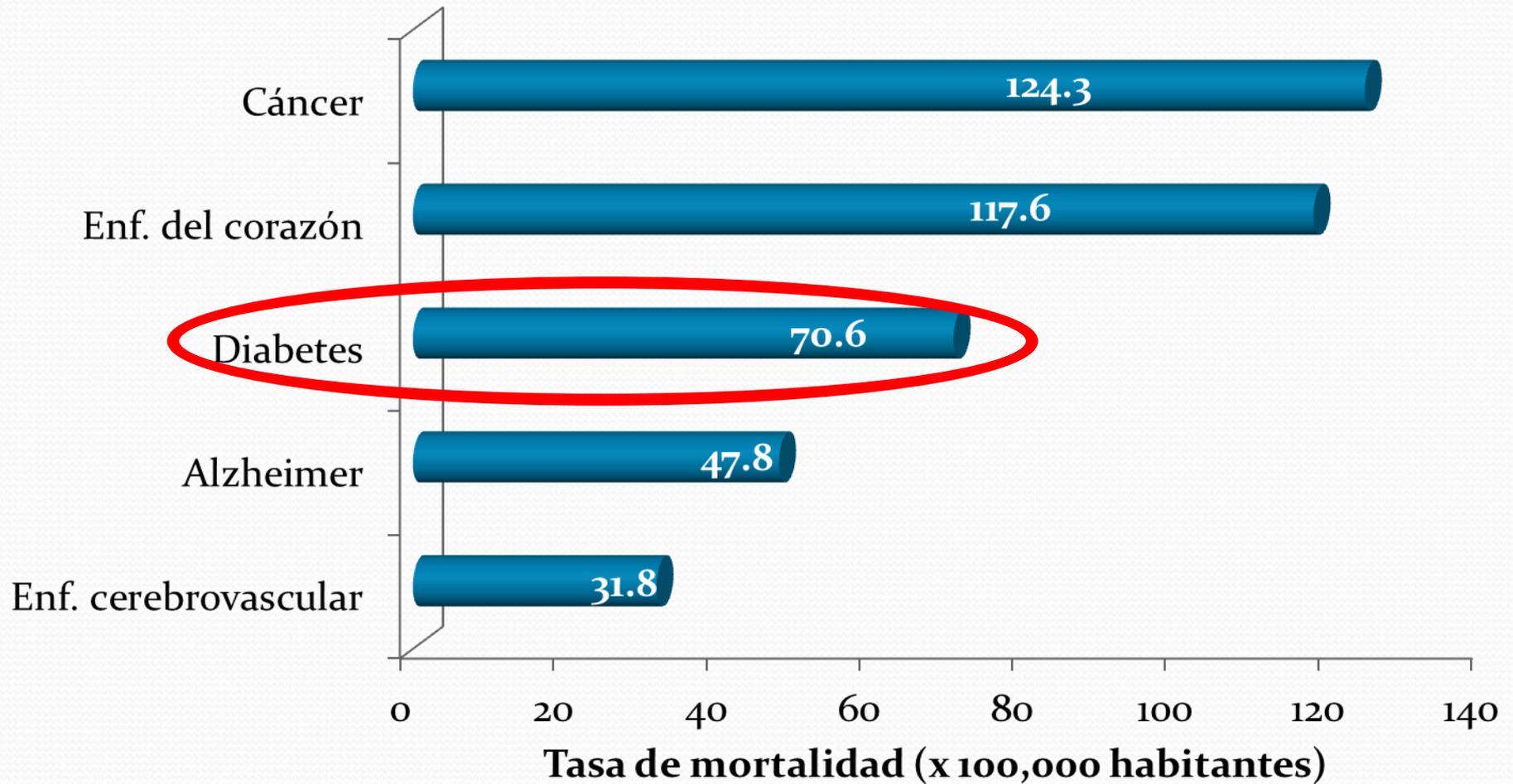
Puerto Rico Health Home Service Program



Puerto Rico Health Home Service Program

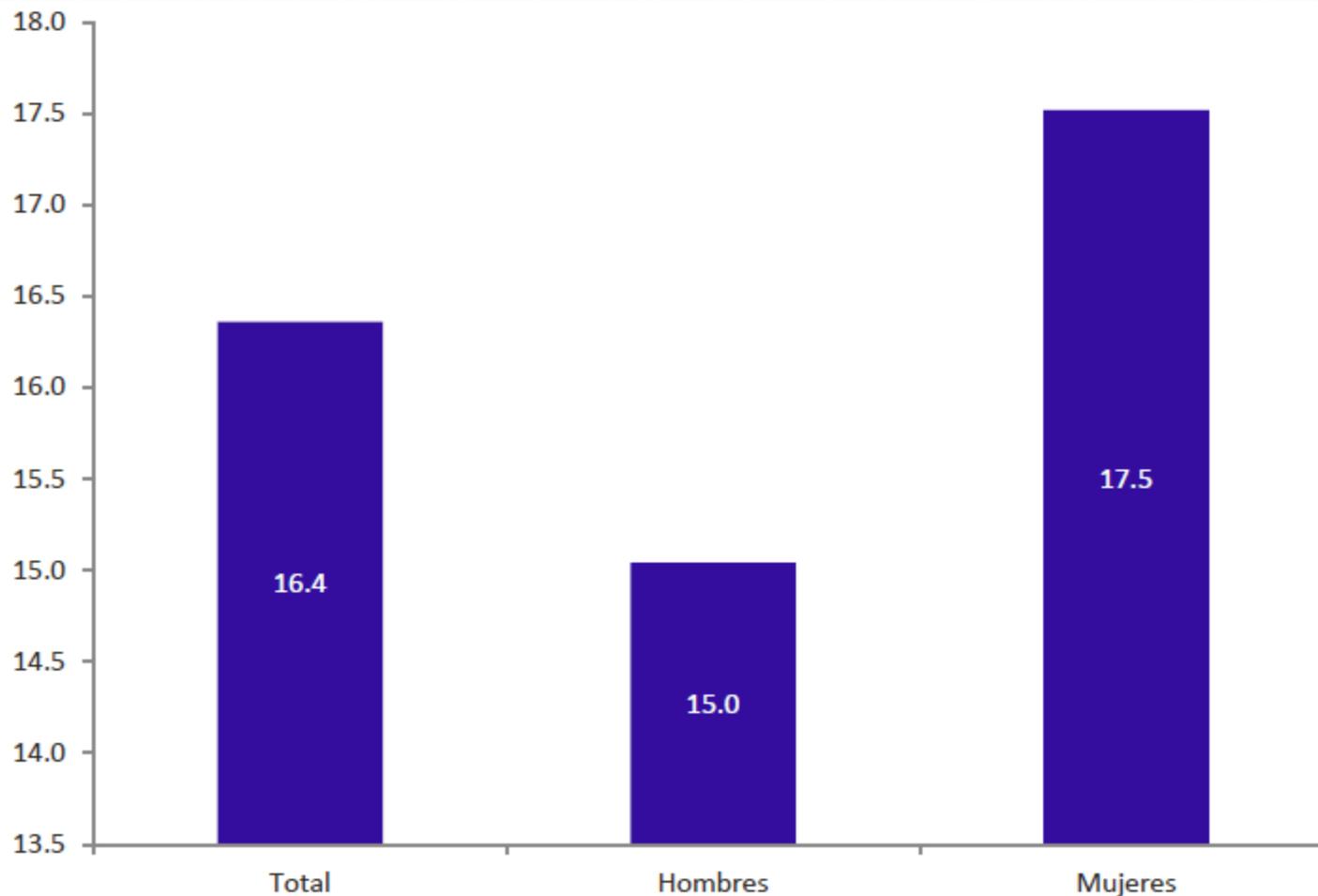
- Condiciones Mentales
- Abuso de Sustancias
- Asma
- **Diabetes**
- Enfermedades del Corazón
- Sobrepeso y obesidad

PRIMERAS CINCO CAUSAS DE MUERTE EN PUERTO RICO, 2012*



*Datos Preliminares. Fuente: Departamento de Salud & Instituto de Estadística de Puerto Rico. (2014). Informe de Enfermedades Crónicas de Puerto Rico, 2012.

Prevalencia de Diabetes por Sexo, Puerto Rico, 2012



Experiencia: Taller Reclutamiento IPAs y Evaluación Inicial



Presentación MCC
ACIC
PACIC
Cuestionario de Estructura



Experiencia: Taller Reclutamiento IPAs y Evaluación Inicial

- ACIC

Centros de Salud

- IPA 126
- IPA 132
- IPA 135
- Migrant Health Center

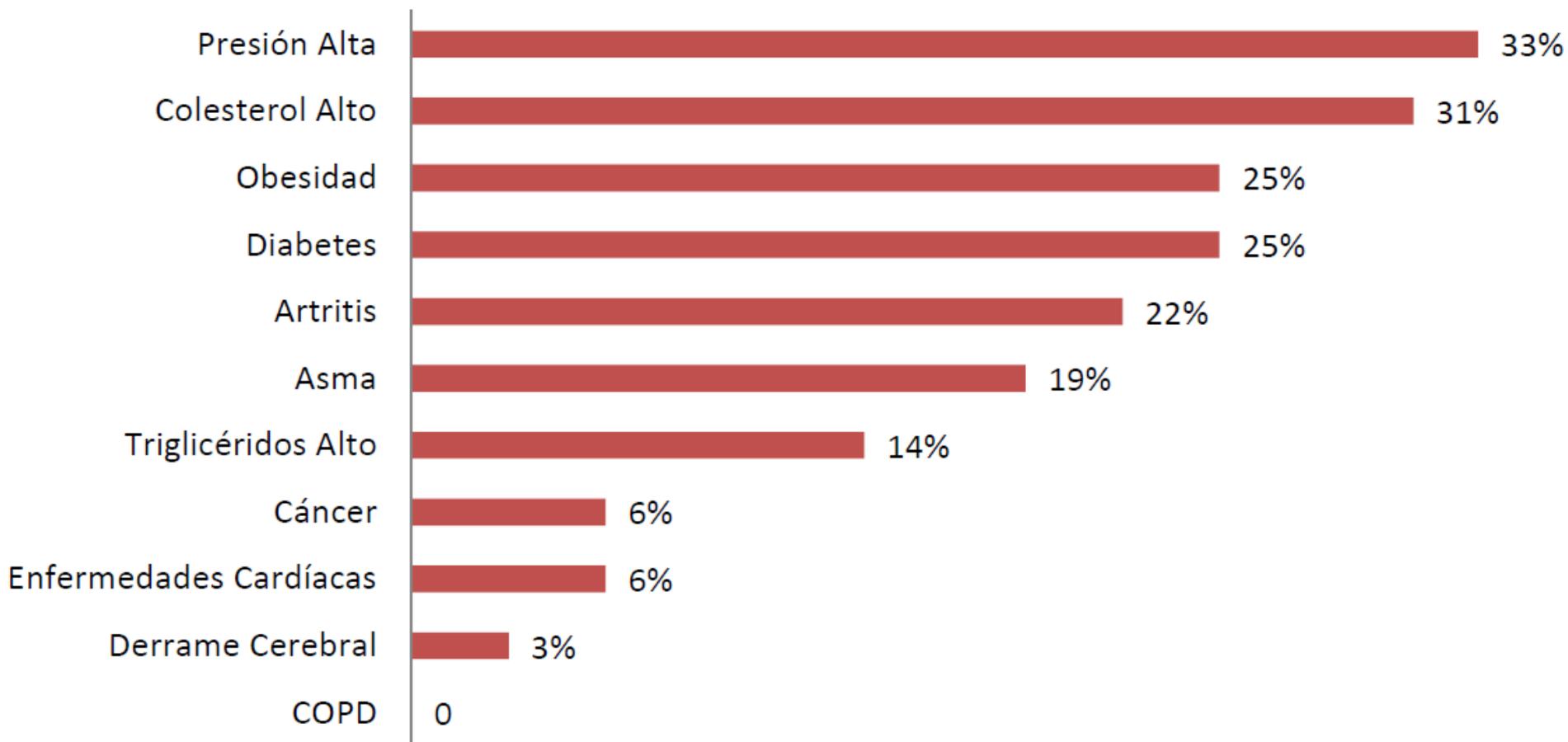
Experiencia: Taller Reclutamiento IPAs y Evaluación Inicial

- IPA 126- Mejorar las siguientes áreas: **el apoyo a la toma de decisiones**, la organización del sistema de provisión de servicios sanitarios y el componente de integración del modelo de cuidado crónico.
- IPA 132- Los siguientes componentes presentan la necesidad de ser mejorados: **apoyo a la toma de decisiones**, **apoyo al automanejo** y el sistema de información clínica.
- IPA 135- los siguientes componentes fueron identificados como áreas a mejorar: vínculos con la comunidad y el **apoyo al automanejo** de la enfermedad.
- MHC- Aunque los componentes fueron evaluados de manera excelente, se podría mejorar **el apoyo a la toma de decisiones**.

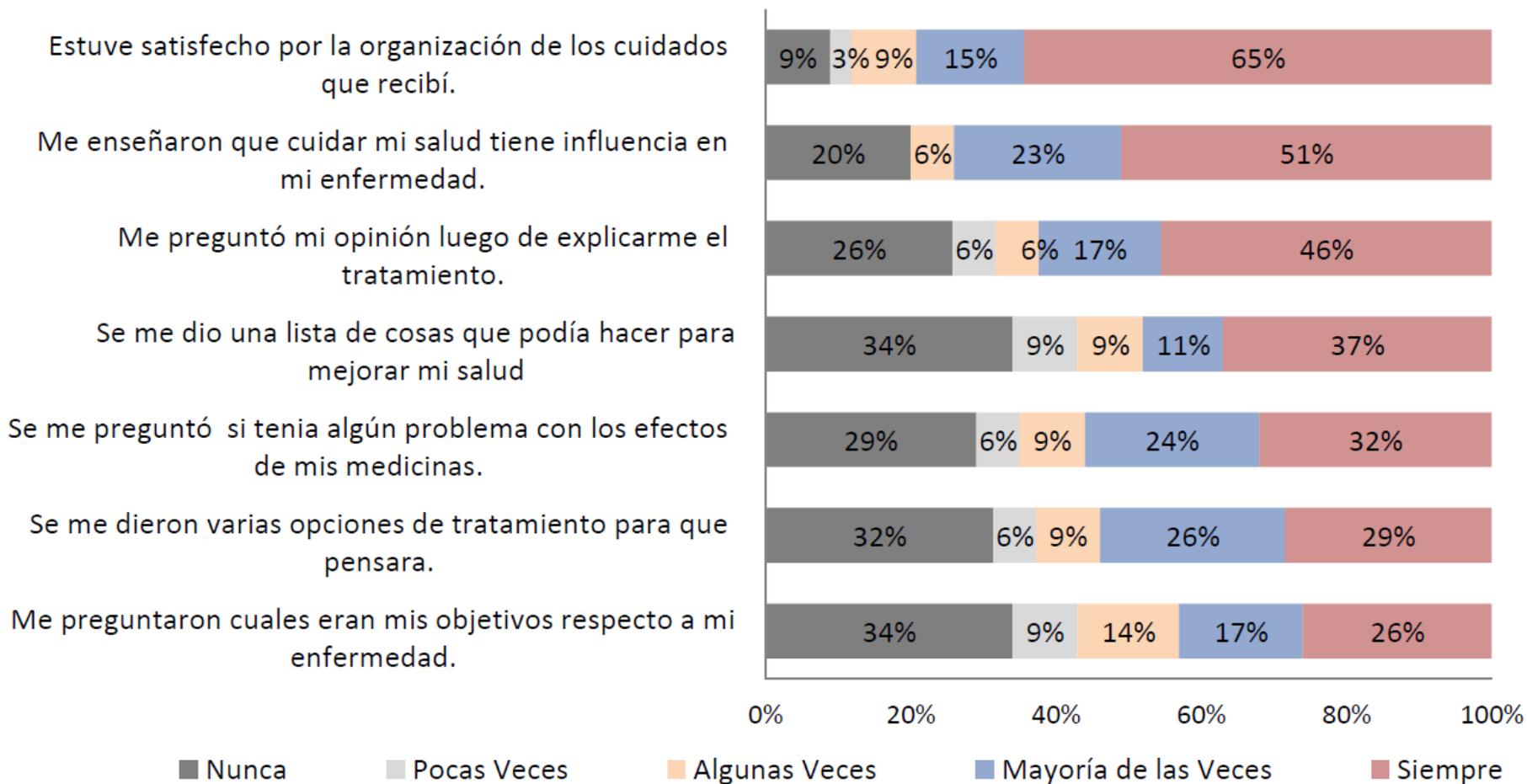
Experiencia: Taller Reclutamiento IPAs y Evaluación Inicial

- PACIC
 - 36 pacientes
 - 81% mujeres
 - Promedio de edad 50 años (21 – 70 años)
 - Promedio de comorbilidades = 3

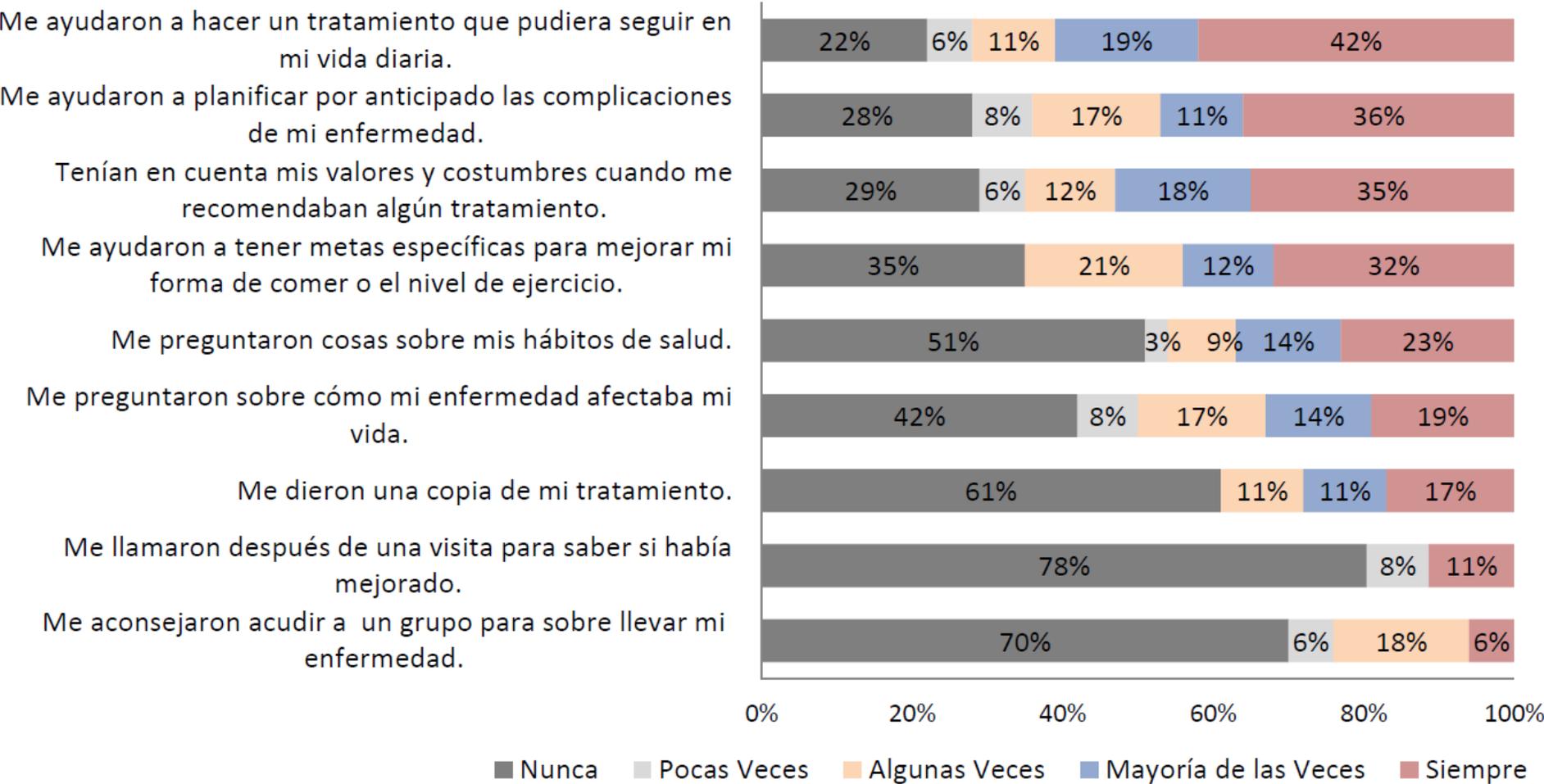
Gráfica 2. Prevalencia de Enfermedades Crónicas



Gráfica 3. Evaluación de la Asistencia Sanitaria



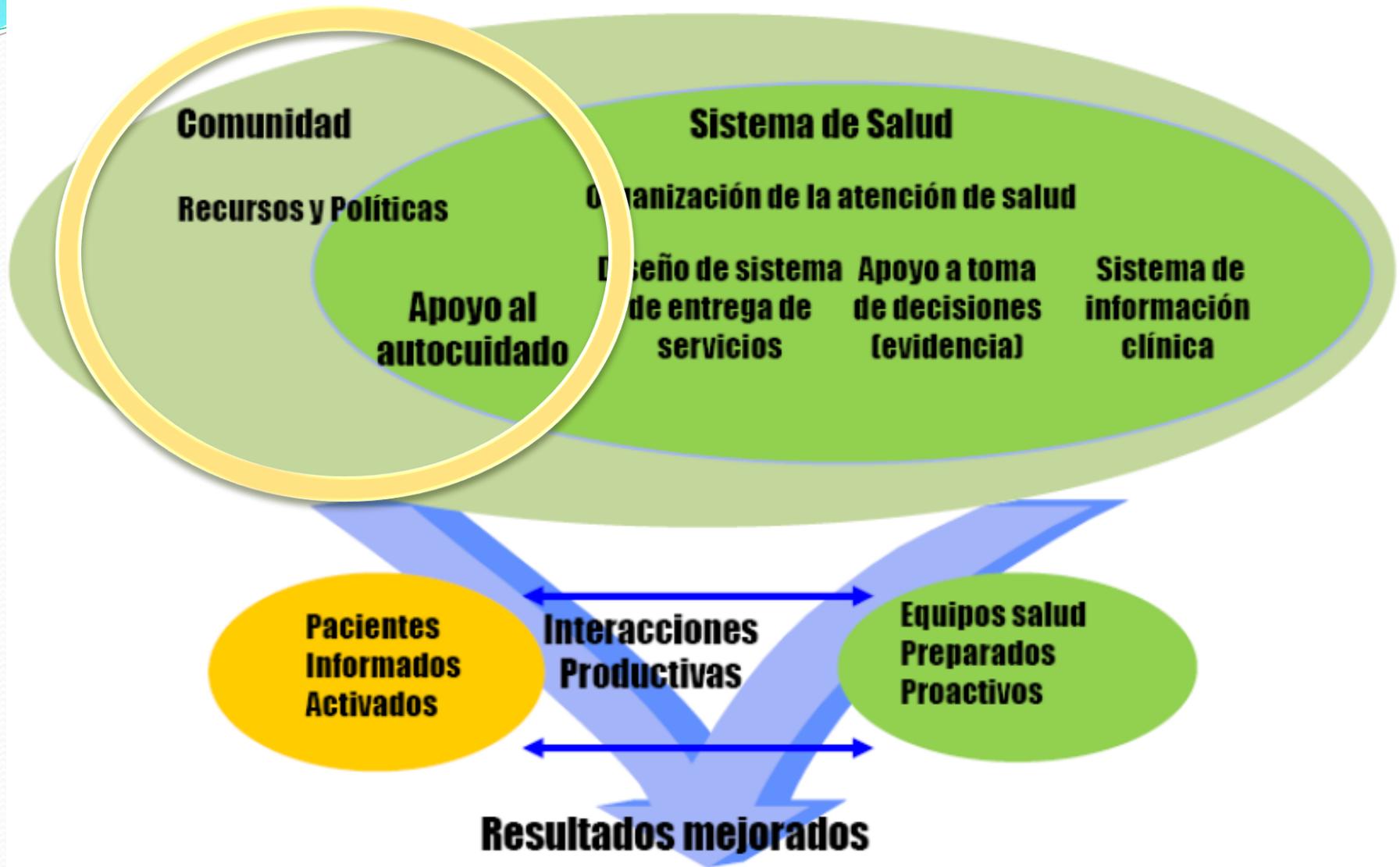
Gráfica 4. Evaluación de la Asistencia Sanitaria



Experiencia: Curso del Modelo de Cuidado Crónico



Modelo de atención de crónicos



Fuente: Wagner EH. Effective Clinical Practice.1998;1:2-4.

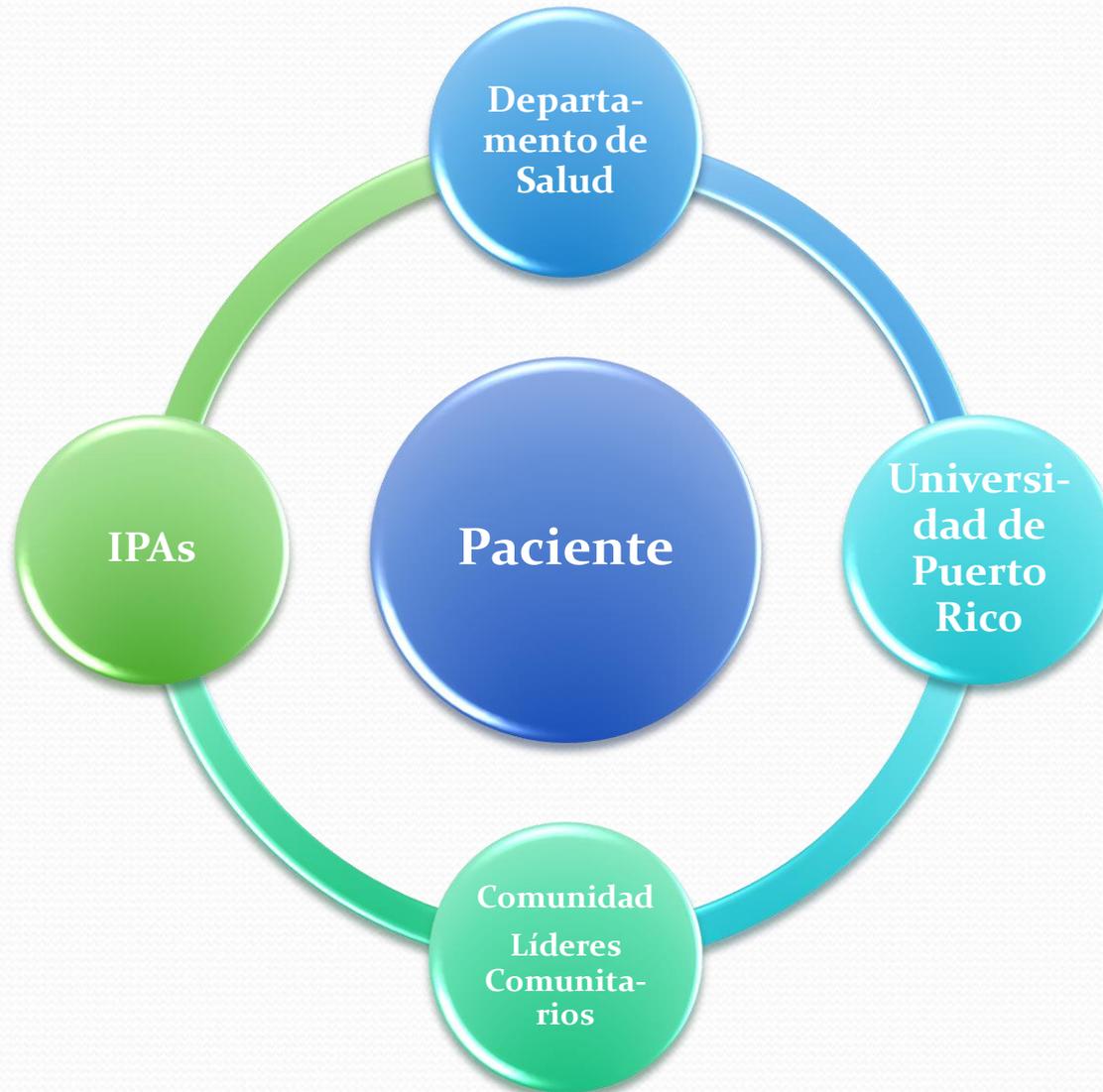
Objetivos o metas

- Meta
 - Mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones relacionadas a la diabetes mediante el apoyo al automanejo de la diabetes y la creación de vínculos con los recursos comunitarios existentes
- Objetivo específico
 - Aumentar el porcentaje de adultos con diabetes que participan en programas de automanejo en los IPAs de los municipios de la Región Noroeste en un 10% para diciembre 2015.

Indicadores

- Cantidad de programas de automanejo de diabetes en la comunidad
- Porcentaje de pacientes con diabetes de cada IPA que participan activamente en los programas de automanejo
- Cantidad de IPAs refiriendo pacientes a los programas de automanejo de diabetes
- Porcentaje de pacientes participando en los programas que aumentan su conocimiento sobre el automanejo de la diabetes

Experiencia: Actores



Pasos siguientes:

- Plan de trabajo en colaboración con los proveedores y los recursos comunitarios
- Creación de equipo de apoyo en Región
 - Coordinador
 - Asesor/a en nutrición y dietética
 - Capacitador/a físico
 - Psicólogo/a
 - Promotores de salud
- Adiestramiento a promotores de la salud en la comunidad

Pasos siguientes:

- Identificación y creación de alianzas con recursos comunitarios existentes
- Sistema de referido y contra-referidos
 - Servicios en la comunidad ↔ Proveedores de servicios
- Sesiones de aprendizaje
 - Ciclos ORCA
- Evaluación y monitoreo

Conclusiones:

- **La salud pública no puede continuar siendo invisible.**
- **La creación de Alianzas entre diversas organizaciones es indispensable para llenar vacíos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas.**

Referencias:

Plan de acción de enfermedades crónicas de Puerto Rico
2014-2020

<http://www.salud.gov.pr/Publicaciones/Documents/Plan%20de%20Accion%20de%20Enfermedades%20Cronicas%20Espa%20%20l.pdf>



Gracias

jesirizarry@salud.gov.pr