
Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI

EL RETO DE LAS
ENFERMEDADES CRÓNICAS



Organización Mundial de la Salud 2005
Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI : el reto de las enfermedades crónicas.

1. Personal de salud – educación 2. Personal de salud – tendencias 3. Competencia profesional – normas 4. Educación basada en competencias – organización e administración 5. Atención al paciente 6. Enfermedad crónica 1. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 356280 0 (Clasificación NLM: W 18)

© Organización Mundial de la Salud, 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en

Diseño gráfico de Inis—www.inis.ie

Índice

Nota de agradecimiento	v
Lista de los acrónimos y abreviaturas utilizados en el presente informe . . .	vi
Declaraciones de apoyo	1
Asociación Médica Mundial	1
Consejo Internacional de Enfermeras	3
Federación Farmacéutica Internacional	5
Sociedad Europea de Neumología.	7
Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes	9
Resumen de orientación	13
Introducción y alcance	15
Determinación de las cualificaciones	16
Antecedentes	17
Necesidad de una perspectiva nueva	20
Cualificaciones básicas para la atención a enfermos crónicos	21
Cualificación básica 1: Atención centrada en el paciente	25
1.1 Anamnesis y comunicación eficaces	26
1.2 Ayuda para modificar los hábitos con repercusiones sobre la salud . . .	26
1.3 Apoyo del autotratamiento	28
1.4 Aplicación de un enfoque anticipativo	28
Cualificación básica 2: Cooperación	33
2.1 Cooperación con los enfermos	34
2.2 Cooperación con otros dispensadores	34
2.3 Cooperación con las comunidades	35
Cualificación básica 3: Mejora de la calidad	41
3.1 Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados . .	42
3.2 Aprendizaje y adaptación a los cambios	42
3.3 Puesta en práctica de los conocimientos científicos	42

Cualificación básica 4: Tecnología de la información y la comunicación	49
4.1 Diseño y uso de los historiales de los pacientes	49
4.2 Uso de la tecnología informática	50
4.3 Comunicación con los asociados	51
Cualificación básica 5: Perspectiva de salud pública	57
5.1 Prestación de atención de salud dirigida a la población	57
5.2 Enfoque basado en los sistemas	59
5.3 Consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial	59
5.4 Actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud	60
Conclusiones	65
Bibliografía	67

Nota de agradecimiento

La presente publicación se elaboró bajo la dirección general de Judith Canny (Funcionaria Técnica, Atención de Salud para Enfermos Crónicos) y JoAnne Epping-Jordan (Coordinadora, Atención de Salud para Enfermos Crónicos). La autora principal es Sheri D. Pruitt.

Los ejemplos de casos concretos son cortesía de: Alberto Barceló, Judith Canny, Joan Dzenowagis, JoAnne Epping-Jordan, Fu Dongbo, Berhane Gebru, Tesfamicael Ghebrehiwet, Wendy Hoy, Holly Ladd, Rashad Massoud, Satu Siiskonen y el grupo sobre cuidados integrados (*Task Force on Integrated Care*) de la Sociedad Europea de Neumología.

Diversos empleados de la Sede y de las Oficinas Regionales de la OMS realizaron valiosas aportaciones técnicas. Además, la OMS desea expresar su profundo agradecimiento a los numerosos planificadores de políticas, responsables de atención de salud y otros expertos que dedicaron tiempo a formular observaciones y sugerencias relativas a la presente publicación en diferentes etapas de su proceso de elaboración. En particular, la OMS desea agradecer las valiosas aportaciones de la Alianza de las Profesiones de la Salud (que engloba a la Asociación Médica Mundial (AMM), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional), la Sociedad Europea de Neumología (ERS) y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO).

La elaboración de la presente publicación contó con el apoyo administrativo de Elmira Adenova (Atención de Salud para Enfermos Crónicos). Identificaron y seleccionaron las fotografías Elmira Adenova y Aku Kwamie (Atención de Salud para Enfermos Crónicos). La empresa Inis (www.inis.ie) realizó la edición, diseño gráfico y maquetación.

La elaboración de esta publicación fue posible gracias al generoso apoyo financiero de la Sociedad Europea de Neumología.

Lista de los acrónimos y abreviaturas utilizados en el presente informe

NOC	neumopatía obstructiva crónica
ERS	European Respiratory Society (Sociedad Europea de Neumología)
FIP	International Pharmaceutical Federation (Federación Farmacéutica Internacional)
VIH/SIDA	virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida
IAPO	International Alliance of Patients' Organizations (Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes)
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions (Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas)
PAIEC	Programa de Atención Integral a Enfermos Crónicos (Integrated Care Programme for Chronic Patients)
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
IMAI	Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos)
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAL	Practical Approach to Lung Health (enfoque práctico para la salud pulmonar)
OMS	Organización Mundial de la Salud
WHPA	World Health Professions Alliance (Alianza Mundial de Profesiones de la Salud)
AMM	Asociación Médica Mundial

Declaraciones de apoyo: Asociación Médica Mundial

Para la Asociación Médica Mundial (AMM), el organismo que representa a los médicos del mundo, es un honor expresar su apoyo a este importante proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con casi nueve millones de médicos integrados entre los profesionales de la salud de todo el mundo, la ampliación de las cualificaciones básicas mencionadas en este informe ayudará a los médicos y a los demás profesionales de la salud a prestar una atención más eficaz a los enfermos crónicos.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial¹ reivindica uno de los principios fundamentales de la práctica médica: «Velaré, ante todo, por la salud de mi paciente». Por ello, nos resulta particularmente gratificante comprobar que la OMS hace hincapié en la necesidad de dar prioridad a la atención centrada en el paciente en el desarrollo de los profesionales de la salud del siglo XXI. Cabe esperar que se proporcionará así a los enfermos crónicos una participación activa —en lugar de ser receptores pasivos— en todos los aspectos del sistema de atención de salud que los atañen, incluidos el modo en que desarrollamos los centros de atención de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos y, lo más importante, la forma en que los profesionales de la salud colaboran con sus pacientes para gestionar conjuntamente, día a día, sus problemas de salud crónicos.

Otro aspecto de este informe que cabe destacar es la atención que se presta a las relaciones de cooperación. Durante demasiado tiempo, la atención a los enfermos crónicos se ha prestado de forma compartimentada, a menudo con diferencias importantes entre los planes de atención de hospitales, dispensarios y profesionales de la salud diferentes para un mismo paciente. Sólo una cooperación eficaz permitirá superar este escollo y mejorar los resultados del sistema de salud, sobre todo en la prevención de las enfermedades. Sin duda, los avances de la tecnología de la comunicación favorecerán la cooperación y la mejora de la calidad de la atención de salud. No obstante, debe evitarse poner en peligro la confidencialidad de la información sanitaria de tipo personal, que la AMM considera un derecho ético fundamental de los pacientes.

¹ *Declaración de Ginebra*. Ginebra, Asociación Médica Mundial, 1948
(<http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>, consultado el 22 de octubre de 2004).

Cabe destacar el apartado dedicado a la medición de la prestación de la atención de salud y de sus resultados, una tendencia internacional que ha influido de forma especial en la práctica médica en todo el mundo y es digna de elogio. Cuando un sistema de prestación de atención de salud no se puede cuantificar, tampoco se puede gestionar, lo que casi siempre conlleva costes innecesarios e imposibilita la prestación de una atención óptima a cada paciente. Resulta constructivo y útil que este proyecto de la OMS afirme que los conocimientos de la prestación de atención de salud no se basan solamente en estudios clínicos aleatorizados, sino también en lo que aprendemos por medio de las iniciativas de mejora de la calidad. Los ejemplos de prácticas óptimas que se incluyen en el informe propician asimismo su emulación por los profesionales de la salud en sus respectivos campos.

Es este punto, precisamente, el que la AAM percibe como una de las mayores oportunidades de este proyecto. Puesto que la OMS tiene como miembros principales ministerios de salud de todo el mundo, las lecciones que se extraigan de este proyecto se aplicarán, sobre todo, en los sectores públicos de atención de salud de los países representados en la OMS. Dado que los profesionales de la salud trabajan tanto en el sector público como en el privado, están en disposición de desempeñar un papel crucial en la puesta en práctica de las mejoras basadas en pruebas científicas derivadas de este proyecto. Con semejante colaboración entre diferentes sectores y disciplinas, es posible alcanzar un alto grado de sinergia y mejorar notablemente la eficacia.

La OMS merece aliento y felicitaciones por este proyecto. Para la AAM, será un honor participar en él a fin de mejorar la atención a los pacientes, una responsabilidad que compartimos.

Delon Human

Secretario General
Asociación Médica Mundial

Declaraciones de apoyo: Consejo Internacional de Enfermeras

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) apoya firmemente esta publicación y hace un llamamiento a las instituciones educativas y académicas, a las organizaciones de profesionales —como las asociaciones nacionales de enfermeras— y demás partes interesadas para que aprovechen sus competencias en la formación de dispensadores de atención de salud para satisfacer las necesidades de atención de salud del cada vez mayor número de enfermos crónicos.

El CIE, como federación de las asociaciones nacionales de enfermeras de 125 países, y como portavoz internacional de las enfermeras y la enfermería, se felicita por la existencia de una publicación orientada a transformar la formación de los profesionales de la atención de salud a fin de cubrir las necesidades de los enfermos crónicos. El CIE considera particularmente positivo el carácter participativo del proceso de elaboración de esta publicación.

Asimismo, este documento crea un marco propicio para demandar un nuevo tipo de relación de cooperación entre trabajadores no especializados del sector de la salud, enfermeras, farmacéuticos, dentistas, médicos y otros profesionales de la salud afines. Además, la publicación expone argumentos a favor de un cambio de modelo: del basado en la atención a enfermos agudos al basado en la atención a enfermos crónicos, dictado por la actual preponderancia de enfermedades crónicas como las siguientes: diabetes, cardiopatías, asma, cáncer, virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), depresión y discapacidades físicas. Su especial hincapié en la atención centrada en el paciente y la identificación de las cinco cualificaciones básicas necesarias para prestar este tipo de atención son acordes con las cualificaciones básicas de los profesionales de la enfermería, tanto generalista como de familia, definidas por el CIE.²

Desde hace tiempo, al CIE le preocupa que la formación tradicional en atención de salud se centre, sobre todo, en el modelo biomédico de diagnóstico y en el tratamiento de problemas de salud agudos y preste una atención menor al cuidado de la creciente población de enfermos crónicos. En los últimos años, el CIE se ha defendido activamente la transformación de los programas de

² *ICN Framework and Core Competencies for the Family Nurse*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2003.

enseñanza de enfermería para que se centren más en la continuidad asistencial, que engloba la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado de los enfermos agudos y crónicos, y los cuidados paliativos y de rehabilitación. Por ello, consideramos que este documento es oportuno y de gran interés para los profesionales de la salud.

Entre los puntos más fuertes de la publicación se halla la identificación de un nuevo modelo de formación ampliado que se basa en un conjunto de cualificaciones básicas que proporcionarían a los profesionales de la salud la preparación necesaria para atender a los enfermos crónicos. Dichas cualificaciones pueden servir de punto de partida para reformar las instituciones de formación del sector de la salud, así como los centros de enseñanza superior.

Judith Oulton

Directora General (CEO)

Consejo Internacional de Enfermeras

Declaraciones de apoyo:

Federación Farmacéutica Internacional

La Federación Farmacéutica Internacional (FIP) respalda plenamente las cualificaciones básicas descritas en este documento y tiene interés en seguir cooperando con la OMS, otros profesionales de la salud y sus pacientes, a fin de mejorar la atención a los enfermos crónicos y prevenir más eficazmente las enfermedades crónicas.

Los farmacéuticos son profesionales de la salud cuya función es ayudar a la gente a conservar una buena salud y prevenir enfermedades, al tiempo que garantizan el acceso a los medicamentos y su uso óptimo.

El tratamiento con medicamentos recetados se entiende como un proceso en el que intervienen y colaboran el paciente, el médico, el farmacéutico y otros dispensadores de atención de salud. Por lo general, los pacientes se autoadministran los medicamentos; por consiguiente, su eficacia depende de la participación activa de éstos. Para obtener efectos terapéuticos óptimos y evitar efectos secundarios no deseados durante el tratamiento, los profesionales de la salud deben proporcionar información objetiva y orientación.

Por ese motivo, los farmacéuticos han adoptado en la prestación de sus servicios profesionales un enfoque centrado en el paciente. De esta manera se garantiza la consideración tanto de la atención al paciente como de los aspectos económicos, y la existencia de un equilibrio adecuado entre ambos factores que favorezca al paciente y cree un marco apropiado para la provisión de atención farmacéutica.

El objetivo de la atención farmacéutica es mejorar la calidad de vida en términos de salud, así como lograr resultados clínicos favorables. Los farmacéuticos, mediante la prestación de atención farmacéutica, pueden evitar o detener las interacciones medicamentosas; vigilar y evitar, o reducir al mínimo, las reacciones medicamentosas adversas; controlar el costo y la eficacia de la farmacoterapia; y orientar sobre hábitos cotidianos aconsejables para potenciar los efectos terapéuticos del régimen de medicación. El concepto de atención farmacéutica reviste particular importancia para grupos especiales, tales como los ancianos y los enfermos crónicos.

La FIP ha redactado un borrador de código deontológico³ para reafirmar y

³ *FIP Statement of professional standards: Code of ethics for pharmacists*. Vancouver, Consejo de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), 1997 (<http://www.fip.org/pdf/2004codeofethics.pdf>, consultado el 22 de octubre de 2004).

declarar públicamente los principios que conforman las funciones y responsabilidades básicas de los farmacéuticos. Estos principios, basados en obligaciones y valores de carácter moral, se establecieron con el fin de habilitar a los organismos farmacéuticos nacionales para orientar a los farmacéuticos en sus relaciones con los pacientes, con otros profesionales de la salud y con la sociedad en general.

Todos los farmacéuticos en ejercicio están obligados a garantizar que todos los pacientes reciben un servicio de calidad apropiada. En 1993, la FIP compiló unas directrices internacionales sobre buenas prácticas farmacéuticas,⁴ con el objetivo de mejorar, específicamente, la calidad de los servicios farmacéuticos. Estas directrices se han implantado —o están en proceso de implantación— en todo el mundo. La OMS adoptó las directrices revisadas y el Consejo de la FIP las aprobó en 1997.

Otro requisito ético fundamental para todos los profesionales de la salud es mantener su cualificación durante toda su trayectoria profesional, en la que se enfrentarán a responsabilidades nuevas y difíciles. Los profesionales de la salud deben seguir un proceso cíclico y continuo de mejora de la calidad mediante el cual deben intentar mantener y mejorar su cualificación, tanto para el desempeño de sus obligaciones actuales como de las correspondientes a los servicios que previsiblemente prestarán en el futuro.

La colaboración eficaz entre profesionales de la salud es fundamental para prestar una atención de salud costoeficaz y de calidad. En 2000, los organismos internacionales que representan a los farmacéuticos, enfermeros y médicos de todo mundo anunciaron una alianza única e influyente: la *World Health Professions Alliance* (WHPA) o Alianza Mundial de las Profesiones de la Salud. Los organismos fundadores son la FIP, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Asociación Médica Mundial.

La WHPA cree que para atender a la población tanto en la enfermedad como en la salud son necesarios los recursos y conocimientos de profesionales de la salud con diferentes tipos de formación y aptitudes. Basándose en este principio, los profesionales de la enfermería, la farmacia y la medicina de todo el mundo están colaborando más estrechamente entre sí para aumentar la calidad de los servicios prestados a los pacientes y al público en general.

A.J.M. Hoek

Secretario General y Director General (CEO)
Federación Farmacéutica Internacional

⁴ *Standards for quality of pharmacy services*. Vancouver, Federación Farmacéutica Internacional (FIP), 1998 (http://www.fip.org/pdf/gpp97_en.pdf, consultado el 22 de octubre de 2004).

Declaraciones de apoyo:

Sociedad Europea de Neumología

Para la Sociedad Europea de Neumología (ERS) es un gran honor y un privilegio expresar su total apoyo a esta importante iniciativa de la OMS. Sin duda, este proyecto servirá de orientación para el futuro desarrollo estratégico en todo el mundo de la educación y la formación de los profesionales de la salud. Esta publicación debería considerarse un componente fundamental de una política coherente y bien planificada, dirigida por la OMS, para superar las dificultades que plantea el impacto creciente de las enfermedades crónicas.

En el siglo pasado se lograron avances notables en materia de salud y, por ende, aumentó la esperanza de vida. No obstante, la consecución de más mejoras y de una atención de salud óptima se ve obstaculizada por la ineficaz aplicación, en la práctica médica, de los conocimientos existentes. Cada vez existe una mayor conciencia de la necesidad de salvar la distancia que separa la investigación de la prestación de servicios de atención de salud. Los nuevos paradigmas en los que se basa esta iniciativa de la OMS ayudarán a superar este escollo. La ciencia básica, los descubrimientos médicos y la investigación orientada al paciente son interdependientes; no tienen por qué considerarse, necesariamente, pasos sucesivos.

Esta publicación prosigue los esfuerzos de la OMS para poner al día la capacidad de los servicios de atención de salud a fin de cubrir las necesidades de los enfermos crónicos. El peso otorgado a las enfermedades del aparato respiratorio no podría ser más oportuno, ya que los datos más recientes sitúan categóricamente las neumopatías crónicas entre las principales causas de muerte. Para enfrentarse a este hecho, es necesario comprender bien el contexto clínico y conocer perfectamente el entorno local. Para lograr la viabilidad, en primer lugar, y el éxito, después, es precisa una plena armonización de ambos factores. En este sentido, los ejemplos de casos concretos descritos en este documento constituyen un marco de referencia que resulta útil tanto a médicos como a los planificadores de políticas. Si se adopta, a gran escala, esta transformación del actual modelo de prestación de atención, aún pueden lograrse muchos avances mediante iniciativas locales para aminorar el aumento previsto en la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas.

La ERS, al igual que otras sociedades científicas, puede contribuir de manera eficaz a la transición hacia un nuevo panorama en la atención de salud, haciendo más hincapié en la atención orientada al paciente y centrándose más en los

problemas que atañen a la salud pública. Nuestro apoyo a este proyecto de la OMS es totalmente coherente con nuestros objetivos. Además, nuestra colaboración en este informe ha sido una experiencia gratificante y enriquecedora.

La ERS, fundada en 1990, es una organización internacional sin ánimo de lucro que se dedica a promover la educación y la investigación en el ámbito de la medicina respiratoria. Cuenta con miembros de más de 90 países de todo el mundo y es el principal foro en Europa de intercambio de conocimientos entre científicos y profesionales de la salud que trabajan en medicina respiratoria. La Sociedad desempeña un papel fundamental a la hora de establecer recomendaciones y directrices encaminadas a garantizar una prestación óptima de atención de salud. A través de nuestro programa de educación (*ERS School*), prestamos un apoyo firme a actividades educativas y formativas. Asimismo, la ERS es miembro fundador del *Forum of International Respiratory Societies* (FIRS), un foro creado en 2002 por las principales sociedades de neumología de todo el mundo con el objetivo de promover la educación, la investigación, la atención al paciente y la salud pública en el campo de la medicina respiratoria.

Queremos expresar nuestras más sinceras felicitaciones a la OMS por esta iniciativa. Para la ERS será todo un privilegio intensificar aún más su colaboración para conseguir este estimulante objetivo.

Walter McNicholas

Presidente

Sociedad Europea de Neumología

Declaraciones de apoyo:

Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes

La Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO) apoya con firmeza la iniciativa de la OMS de abordar los problemas de educación y formación de los profesionales de la salud. Elogia este trabajo y, en particular, la oportunidad que brinda a los pacientes (representados por las organizaciones de pacientes) para que aporten sus valiosas opiniones y experiencia, que son, según cree la Alianza, de vital importancia en todos los aspectos de la atención de salud y planificación de políticas en materia de salud.

Las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes son fundamentales para fomentar un modelo de atención de salud para enfermos crónicos centrado en los pacientes. A menudo, las enfermedades crónicas se prolongan durante muchos años e influyen en todos los aspectos de la vida de una persona. Es, por consiguiente, necesario un cambio de enfoque: del basado en las características generales de una enfermedad a uno que atiende las necesidades y expectativas personales de las personas y su forma de afrontar la enfermedad, para que puedan integrarse normalmente en la vida cotidiana.

Para lograr una relación productiva, es preciso que se involucren los profesionales de la salud, los pacientes, las familias, los cuidadores, las organizaciones de pacientes y la sociedad en general. Los pacientes, igual que los profesionales de la salud, deben contar con las aptitudes necesarias para relacionarse y cooperar. Además de la satisfacción del paciente, se obtendrán otros beneficios: se mejorarán los resultados sanitarios y se contrarrestarán algunos de los defectos de los sistemas de atención de salud, tanto en los países en desarrollo, como en los desarrollados. La comunicación y la cooperación son cruciales en estas relaciones.

La comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud debe comprender un diálogo de tipo interactivo, en el que escuchar sea tan importante como hablar. Al presentar información sobre salud, deben tenerse en cuenta los principios de la alfabetización en materia de salud. La definición de *alfabetización en materia de salud* de la IAPO comprende el grado de alfabetización de una persona, así como su nivel lingüístico, educativo y cultural y su disposición para recibir información sobre salud por medios orales, escritos o pictóricos. Un grado bajo de alfabetización en materia de salud limita la capa-

cidad de la persona para tomar decisiones informadas sobre su salud y puede hacer que el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad resulten ineficaces. Un estudio realizado en 1995 en los Estados Unidos reveló que un tercio de los pacientes angloparlantes atendidos en los hospitales no era capaz de leer ni comprender documentos básicos sobre cuestiones relativas a la salud; no obstante, en todos los países hay personas con un nivel deficiente de alfabetización en materia de salud.

La colaboración es fundamental. La colaboración entre los profesionales de la salud, y entre éstos y los pacientes, así como con la sociedad en general, ayudará a aumentar el nivel de compromiso de los pacientes, mejorar la continuidad asistencial y superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud. Los pacientes y los profesionales de la salud deben colaborar más estrechamente, siendo conscientes de la experiencia del otro (por ejemplo, un profesional de la salud es experto en cuestiones médicas, mientras que el paciente cuenta con experiencia acerca de la enfermedad y su tratamiento), y determinar conjuntamente los resultados deseados del tratamiento.

Las organizaciones de pacientes pueden cumplir una función crucial en estas colaboraciones. Debería alentarse a los profesionales de la salud y las organizaciones de pacientes a que fomenten estas relaciones. Las organizaciones de pacientes disponen de abundantes conocimientos y experiencia sobre enfermedades crónicas. Las organizaciones de pacientes cuentan con numerosas oportunidades de colaborar con los profesionales de la salud, como prestando apoyo y proporcionando información a los enfermos para favorecer su participación activa en la atención de salud que reciben, y ayudarles así a cambiar sus hábitos y proporcionarles asistencia para cuidar de sí mismos y cumplir las terapias. Pueden asesorar a los profesionales de la salud sobre las experiencias personales y las necesidades de los pacientes —que deben tenerse en cuenta en todos los aspectos de la atención de salud— en el marco de la atención basada en pruebas científicas, así como en el diseño de programas de formación de profesionales de la salud y en la evaluación de los servicios.

La formación de los profesionales de la salud es fundamental para la atención de salud centrada en los pacientes, pero también deben estudiarse los sistemas de atención de salud y las actividades externas. La educación de los pacientes, sus familias y los cuidadores es imprescindible. En la actualidad, hay muchos pacientes en todo el mundo que no tienen conocimientos suficientes para participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, aunque quieran hacerlo. Necesitan aprender a expresar sus necesidades, a buscar en diversas fuentes información sobre salud y a analizarla; asimismo, necesitan

saber más sobre los profesionales de la atención de salud, su trabajo y los tratamientos y medicamentos disponibles.

La participación de los pacientes y las organizaciones de pacientes en todos los ámbitos en los que se toman decisiones sobre atención de salud es imprescindible para fomentar en todo el mundo una atención de salud centrada en el paciente.

Jo Harkness

Directora de Asuntos de Política General y Relaciones Exteriores
Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes

Resumen de orientación

Los profesionales de la salud son uno de los factores más importantes del sistema de atención de salud. Los dispensadores de atención de salud desempeñan una función decisiva en el fomento, la creación y el mantenimiento de mejoras en la atención de salud.

El equilibrio entre los problemas de salud agudos y crónicos está cambiando rápidamente en todo el mundo y esta evolución está planteando exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud. Existe la convicción general de que para proporcionar una atención de salud eficaz a los enfermos crónicos, deben ampliarse las cualificaciones de los profesionales de la salud para contemplar estas nuevas complejidades. Esta ampliación no se contrapone a la necesidad de las cualificaciones actuales, como la práctica de una atención basada en criterios científicos y éticos, sino que subraya la creciente necesidad de nuevas cualificaciones que complementen a las existentes.

En primer lugar, los profesionales deben organizar la atención en torno al paciente; es decir, deben adoptar un enfoque centrado en el paciente. En segundo lugar, los dispensadores deben contar con las aptitudes de comunicación que faciliten su colaboración con otros. No sólo deben trabajar conjuntamente con los pacientes, sino también con otros dispensadores y deben aliarse con las comunidades para mejorar los resultados del tratamiento



de los enfermos crónicos. En tercer lugar, los profesionales deben contar con los conocimientos precisos para garantizar una mejora continua de la seguridad y la calidad de la atención de salud. En cuarto lugar, los profesionales deben contar con conocimientos que les ayuden a vigilar la evolución de los pacientes y que les permitan usar e intercambiar información por medio de la tecnología disponible. Por último, los profesionales deben contemplar la atención a los pacientes y la función del dispensador en dicha atención desde la perspectiva más amplia, teniendo en cuenta la atención dirigida a la población, los múltiples ámbitos del sistema de atención de salud y la continuidad asistencial.

Estas aptitudes y conocimientos se recogen en cinco cualificaciones básicas con las que deben contar todos los profesionales que atienden a pacientes con problemas de salud crónicos:

1. atención centrada en el paciente
2. cooperación
3. mejora de la calidad
4. tecnología de la información y la comunicación
5. perspectiva de salud pública.

En el texto principal de esta publicación se describe de forma pormenorizada cada cualificación y la descripción se complementa con ejemplos de su aplicación en diversos países.

No será posible una verdadera reforma educativa de los profesionales de la salud sin esfuerzos concertados y continuados de las instancias decisorias, los dirigentes académicos y las organizaciones de profesionales de la salud. Se trata, no obstante, de una empresa tan imprescindible como realizable.

Introducción y alcance

Este documento es un llamamiento para transformar la formación de los profesionales de la atención de salud para una mejor adecuación a las necesidades del cuidado de enfermos crónicos. Para los fines de este documento, los términos *profesionales* y *dispensadores* se refieren a trabajadores no especializados del sistema de salud, enfermeras, farmacéuticos, dentistas, médicos y profesionales de la salud afines, todos los cuales proporcionan atención directa a enfermos crónicos. Por *enfermedades crónicas* se entiende aquellos problemas de salud que requieren un tratamiento continuado durante un periodo de años o decenios, como son: diabetes, cardiopatías, asma, neumoopatía obstructiva crónica (NOC), cáncer, VIH/SIDA, depresión y discapacidades físicas (1). Existen muchas más enfermedades crónicas, pero todas tienen en común que afectan habitualmente a los aspectos social, psicológico y económico de la vida de las personas.

Cada vez se reconocen más las limitaciones de la formación tradicional en atención de salud debido a que se centra fundamentalmente en el diagnóstico y el tratamiento de problemas médicos agudos (2–4). Si bien siempre será necesario que los dispensadores de atención de salud atiendan los problemas médicos y enfermedades agudas, se reconoce cada vez más que un modelo de formación centrado en el tratamiento de los síntomas agudos es insuficiente para abordar los problemas que preocupan a un creciente número de enfermos crónicos. Una reforma de la formación permitiría ampliar la perspectiva



© WORLD BANK

desde la que se presta atención al enfermo, atendiendo al punto de vista del paciente y a la continuidad asistencial (es decir, de la prevención a los cuidados paliativos).

Un modelo de formación nuevo y ampliado, basado en un conjunto de cualificaciones básicas, proporcionaría a los profesionales de la salud una mejor preparación para el cuidado de los enfermos crónicos. Los dirigentes que reconocen la necesidad de mejorar la educación y la formación pueden tomar este conjunto básico de cualificaciones como punto de partida para la reforma, así como utilizarlas como base para la formación en atención de salud del siglo XXI. Pueden ponerse en práctica en diversos ámbitos de formación establecidos, como la educación anterior al ejercicio profesional, la formación para profesionales en ejercicio o las prácticas en el servicio.

Los dirigentes educativos y académicos actuales, las organizaciones de profesionales y otros interesados en la atención de salud están en posición de fomentar rápidas mejoras en la formación y preparación de los futuros dispensadores de atención de salud. Las cualificaciones básicas que se describen a continuación sirven de orientación para la reforma de la formación que viene siendo necesaria desde hace mucho tiempo.

Determinación de las cualificaciones

Llamamos *cualificaciones* a las aptitudes, capacidades, conocimientos, comportamientos y actitudes que son imprescindibles para lograr los resultados deseados y, por consiguiente, para el desempeño eficaz del trabajo. Las cualificaciones «contribuyen a definir mejor cualquier trabajo, señalando qué se hace y cómo» (5). Las cualificaciones que se describen aquí no son representativas de todos los conocimientos que deben poseer los dispensadores para prestar atención de salud en sus respectivas disciplinas, sino que son los pilares básicos indispensables para prestar cuidados sanitarios a enfermos crónicos que tienen ciertas características en común. Todos los profesionales de la salud deben poseer estas cualificaciones básicas, con independencia de la disciplina que practiquen.

El proceso de determinación de las cinco cualificaciones básicas comprendió el examen de documentos y el acuerdo entre expertos internacionales. Se examinaron las publicaciones acerca de la reforma de la formación de los dispensadores de atención de salud y las relativas a la atención de salud para enfermos crónicos, así como normas y cualificaciones correspondientes a disciplinas específicas publicadas por diversas organizaciones de profesionales. A lo largo del proceso, la atención se centró en identificar las cualificaciones que

abordaban las necesidades de los enfermos y de sus familias. Se elaboró un borrador en el que se identificaron y describieron las cualificaciones comunes a diversos tipos de profesionales, incluidos los médicos de familia, las enfermeras, los farmacéuticos, los dentistas y otros profesionales de la salud afines. Examinaron el borrador consejos internacionales de profesionales, dirigentes educativos, asociaciones de defensa del paciente y expertos en el cuidado de enfermos crónicos, y realizaron sugerencias con las que se elaboró una lista final de cualificaciones básicas.

Antecedentes

El mundo está experimentando un rápido aumento de los problemas crónicos de salud, hasta el punto que las enfermedades crónicas constituyen actualmente más de la mitad de la carga mundial de morbilidad (6). Anteriormente, las enfermedades infecciosas agudas eran la principal preocupación de los profesionales de la salud en todos los países. Sin embargo, durante el pasado siglo, los avances de la medicina, la técnica y la salud pública—en aspectos como vacunaciones, saneamiento, vivienda y educación—han contribuido a una disminución de la incidencia de enfermedades agudas. Estos avances han supuesto un aumento de la esperanza de vida durante este periodo.

Al haber aumentado su longevidad, las personas están expuestas durante más tiempo a los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas. Por ejemplo, el aumento de los hábitos perjudiciales debido a la



© WORLD BANK

publicidad agresiva del tabaco, el alcohol y los alimentos perjudiciales para la salud, ha incrementado la incidencia de muchas enfermedades crónicas (7). La inactividad física es un importante factor de riesgo que favorece las enfermedades crónicas, como lo es la pobreza (1), que continúa padeciendo una gran proporción de la población mundial y que está inextricablemente ligada a problemas crónicos de salud. Las políticas públicas y sociales no siempre fomentan estrategias de promoción de la salud para prevenir la aparición de problemas de salud crónicos. Es evidente que las causas de las enfermedades crónicas son complejas, y que en su aparición intervienen múltiples factores y sectores.

Aunque los problemas crónicos de salud están aumentando rápidamente a nivel mundial, la formación de los profesionales de la salud no ha experimentado, por lo general, una evolución pareja. Numerosos autores han señalado que la formación, educación y conocimientos de los profesionales de la salud de hoy

FIGURA 1. Marco sobre tratamiento innovador de las enfermedades crónicas (2).



día no son los adecuados para la atención a los enfermos crónicos (1, 2, 8–11). Además, aunque los dispensadores tratan actualmente, de forma rutinaria, a enfermos de diabetes, asma y cardiopatías, señalan que su preparación no es la necesaria para coordinar la atención y educar a los enfermos crónicos (12).

El motivo por el que los profesionales no estén adecuadamente preparados es sencillo: la atención a enfermos crónicos es diferente de la atención a enfermos con enfermedades episódicas, y la preparación de los profesionales se centra más en la atención a estos últimos. Los enfermos crónicos necesitan atención coordinada a lo largo del tiempo y centrada en sus necesidades, valores y preferencias. Necesitan adquirir conocimientos para el autotratamiento, con el fin de garantizar la prevención de complicaciones predecibles, y necesitan dispensadores que comprendan la diferencia fundamental entre las enfermedades episódicas, que se diagnostican y curan, y las enfermedades crónicas que precisan de tratamientos que pueden durar muchos años.

La reforma de la formación de los profesionales es sólo uno de los componentes de la reforma más general del sistema de atención de salud necesaria para mejorar la atención a los enfermos crónicos. Para crear un sistema de atención de salud que funcione bien, es necesario realizar reformas en múltiples ámbitos; la OMS ha elaborado un marco conceptual para abordar esta necesidad imperiosa de mejorar la atención a los enfermos crónicos (véase la Figura 1). El marco sobre Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas (ICCC) (1) es una versión ampliada y adaptada a un contexto internacional del anterior Modelo de Atención a Pacientes Crónicos elaborado por Wagner y colaboradores (13). El marco describe resumidamente los componentes necesarios para mejorar la atención a los pacientes en múltiples ámbitos del sistema de atención de salud: el medio institucional general, la comunidad y la organización de atención de salud, y el ámbito de la atención al enfermo. En la situación ideal, los enfermos y sus familias son el centro del sistema y las comunidades están conectadas con organizaciones de atención de salud; estas relaciones son óptimas cuando se desarrollan en un medio institucional que organiza los valores, principios y estrategias generales de los gobiernos que tratan de reducir la carga de las enfermedades crónicas.

El marco sobre ICCC es un punto de partida para la mejora general del sistema atención de salud. Describe los componentes esenciales necesarios para mejorar los resultados del tratamiento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, no es posible la transformación de las organizaciones de atención de salud sin la transformación de los profesionales que prestan los servicios. El presente documento se centra exclusivamente en la *reforma de la formación de los profesionales que prestan atención a enfermos crónicos*. Es evidente que

la educación y la formación no son los únicos medios para mejorar la atención a los pacientes, pero son componentes esenciales para lograrlo.

Necesidad de una perspectiva nueva

El conocido enfoque de atención de salud para enfermos crónicos derivado del tratamiento de enfermedades agudas requiere un cambio fundamental de perspectiva. Sin embargo, el cambio de la perspectiva imperante a una de planificación de la atención de salud durante años o durante toda la vida supone un reto considerable, tanto para los profesionales de la salud como para los dirigentes educativos. La magnitud del reto resulta algo menor si tenemos en cuenta que las enfermedades crónicas tienen muchas características en común. De hecho, todos los problemas de salud crónicos pueden gestionarse eficazmente mediante estrategias similares, de manera que problemas de salud aparentemente tan diferentes como las cardiopatías, la diabetes, las discapacidades y la depresión presentan muchas más similitudes que diferencias. Así como el tratamiento biomédico de una enfermedad determinada es función de sus características específicas, los componentes generales de la atención de salud para enfermedades crónicas —su organización y prestación, y las aptitudes de gestión de las enfermedades del dispensador— son esencialmente invariables: un plan de atención bien definido, autotratamiento por el enfermo, visitas de seguimiento programadas, vigilancia de los resultados y cumplimiento, y protocolos de tratamiento pormenorizados (14–20).

Sucintamente, los enfermos crónicos necesitan una atención de salud derivada de una perspectiva longitudinal centrada en la prevención (21). Los dispensadores deben prestar atención a la prevención en dos vertientes: evitar la aparición de enfermedades crónicas y, en caso de producirse, evitar las complicaciones predecibles por medio de su tratamiento y gestión óptimos. El autotratamiento y la colaboración son características fundamentales de este tipo de atención (22).

Cualificaciones básicas para la atención a enfermos crónicos

La transformación del concepto de atención al enfermo se traduce en la necesidad de que los profesionales cuenten con nuevas cualificaciones. Esta ampliación no se contrapone a la necesidad de las cualificaciones actuales, como la práctica de una atención basada en criterios científicos y éticos, sino que subraya la creciente necesidad de nuevas cualificaciones que complementen a las existentes.

En primer lugar, la atención prestada por los profesionales debe girar torno al enfermo: es decir, deben adoptar un enfoque centrado en el paciente. Se ha descrito este enfoque como uno en el que el dispensador «intenta ponerse en el lugar del enfermo y ver la enfermedad a través de sus ojos» (23). En segundo lugar, los dispensadores deben contar con las aptitudes de comunicación que faciliten su colaboración con otros. No sólo deben trabajar conjuntamente con los pacientes, sino también con otros dispensadores y deben aliarse con las comunidades para mejorar los resultados del tratamiento de los enfermos crónicos. En tercer lugar, los profesionales deben contar con los conocimientos precisos para garantizar una mejora continua de la seguridad y la calidad de la atención de salud. En cuarto lugar, los profesionales deben contar con conocimientos que les ayuden a vigilar la evolución de los pacientes, usando e



© WHO

intercambiando información por medio de la tecnología disponible. Por último, los profesionales deben contemplar la atención a los pacientes y la función del dispensador en dicha atención desde la perspectiva más amplia, teniendo en cuenta la atención dirigida a la población, los múltiples ámbitos del sistema de atención de salud y la continuidad asistencial.

¿Cómo pueden los dirigentes educativos y otros interesados asegurarse de que los profesionales adquieren conocimientos suficientes en estas nuevas cualificaciones? Puede comenzarse de forma práctica por la definición de un conjunto básico de cualificaciones y la búsqueda de un consenso en torno a las mismas. Esta publicación propone las cinco cualificaciones básicas con las que deben contar todos los profesionales que atienden a pacientes con problemas de salud crónicos, descritas en el Cuadro 1.

Mediante estas cualificaciones básicas, es posible transformar la perspectiva actual con respecto a la prestación de atención de salud a pacientes con problemas de salud crónicos y, a su vez, reformar la formación y preparación de los profesionales de la salud. Las cinco cualificaciones no reproducen ni excluyen las cualificaciones básicas ya establecidas (2, 4, 24–26), sino que, por el contrario, complementan los conocimientos y aptitudes existentes para mejorar la atención a los pacientes que padecen problemas crónicos de salud.

CUADRO 1: CUALIFICACIONES BÁSICAS DESCRITAS EN ESTA PUBLICACIÓN



1. Atención centrada en el paciente

- Anamnesis y comunicación eficaces
- Ayuda para modificar los hábitos con repercusiones sobre la salud
- Apoyo del autotratamiento
- Aplicación de un enfoque anticipativo



2. Cooperación

- Cooperación con los enfermos
- Cooperación con otros dispensadores
- Cooperación con las comunidades



3. Mejora de la calidad

- Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados
- Aprendizaje y adaptación a los cambios
- Puesta en práctica de los conocimientos científicos



4. Tecnología de la información y la comunicación

- Diseño y uso de los historiales de los pacientes
- Uso de la tecnología informática
- Comunicación con los asociados



5. Perspectiva de salud pública

- Prestación de atención de salud dirigida a la población
- Enfoque basado en los sistemas
- Consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial
- Actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud



Cualificación básica 1:

Atención centrada en el paciente

Varias especialidades de la atención de salud y organizaciones de profesionales (2, 4, 9, 27–29) recomiendan la transformación de la formación, de una centrada en el dispensador a una centrada en el paciente, una cualificación básica que podría transformar la atención de salud por sí misma si se hace hincapié en su aplicación. Al centrar la atención de salud en los pacientes, se consigue que la atención a los problemas crónicos de salud de éstos esté dirigida por sus valores, preferencias, necesidades y experiencia.

La atención de salud centrada en el paciente abarca numerosos aspectos y requiere que los profesionales de la salud dominen múltiples conocimientos. Comprende los siguientes componentes:

- determinar, dar importancia y respetar las preferencias, valores y características diferenciales de los pacientes, así como las necesidades manifestadas por éstos
- coordinar la prestación de una atención continua y oportuna
- aliviar el dolor y el sufrimiento
- escuchar y fomentar la comunicación
- educar e informar



© WORLD BANK

- compartir la toma de decisiones y la gestión de la enfermedad
- prevenir las enfermedades, discapacidades y deficiencias
- fomentar el bienestar y los hábitos saludables (2).

La atención de salud centrada en el paciente mejora los resultados: la participación activa de los pacientes aumenta su satisfacción y el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas (22, 30).

De hecho, al centrarse más en el paciente, este tipo de atención de salud fortalece la responsabilidad de los propios pacientes en la gestión de sus problemas de salud. Con este enfoque, los enfermos y sus familias se convierten en expertos en los cuidados y necesidades de éstos, así como en los principales cuidadores (22, 31). En la atención centrada en los pacientes, éstos dejan de ser receptores pasivos de la atención para convertirse en responsables activos de la toma de decisiones.

1.1 Anamnesis y comunicación eficaces

Para centrar la atención en el paciente, los profesionales deben contar con aptitudes de comunicación que les permitan obtener información desde el punto de vista del paciente, generar confianza en la confidencialidad de la relación y adaptarse al nivel de comprensión de cada paciente. Debe capacitarse a los profesionales para que se sientan cómodos preguntando a los pacientes por sus preocupaciones, sentimientos, situación social y comportamientos (32). Los dispensadores deben tener una capacitación suficiente en la práctica de la anamnesis, lo que les permitirá determinar posibles problemas y dar pie a que los pacientes expresen —sin ser juzgados— sus valores y sus preferencias en relación con la atención (11). Las cuestiones culturales y la capacidad del paciente de comprender la información sobre su salud —que se ha llamado «grado de alfabetización en materia de salud» (3)— son más fáciles de determinar durante una anamnesis en la que se crea un ambiente comprensivo y que anima a los pacientes a formular preguntas. En algunos casos, será preciso recurrir a intérpretes o a técnicas adaptadas al contexto cultural (33). En otras circunstancias, será necesario utilizar materiales didácticos con gráficos y un lenguaje sencillo (34).

1.2 Ayuda para modificar los hábitos con repercusiones sobre la salud

Para fomentar la participación activa y en pie de igualdad de los pacientes en el cuidado de su salud los profesionales de la salud deben ser capaces de

apoyar los intentos de éstos por modificar los hábitos, con el fin de mejorar su salud y la gestión de las enfermedades crónicas. Es particularmente importante ayudar a los pacientes a que modifiquen los hábitos con repercusiones sobre la salud, dado que cada vez más investigaciones acerca de los complejos factores que inciden en la salud y en las enfermedades apuntan a la importancia de los hábitos cotidianos y las decisiones de los pacientes (35). Las decisiones cotidianas (como los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de medicamentos, la vigilancia de los síntomas, etc.), en las que influyen, en mayor o menor medida, factores sociales y ambientales más generales, pueden provocar, retrasar o evitar por completo las complicaciones asociadas (36). Los profesionales deben contar con un conjunto de aptitudes que les permitan ayudar a los pacientes a cambiar sus hábitos, para mejorar su salud y su calidad de vida (3). Aunque los factores que determinan los hábitos con repercusiones sobre la salud se extienden más allá de los confines del sistema de atención de salud, los profesionales de la salud pueden influir en los hábitos de los pacientes en sus comunidades. Pueden informar a los pacientes sobre los hábitos que mejorarán su salud, evitarán enfermedades crónicas o retrasarán las complicaciones, en el caso de que ya padezcan una enfermedad crónica (11). Cada vez más estudios demuestran que los médicos de atención primaria pueden ayudar a los pacientes a modificar sus hábitos mediante diversas técnicas de eficacia comprobada (37, 38). Para aumentar el grado de motivación de los pacientes que están pensando en adquirir hábitos favorables para la salud, los dispensadores pueden utilizar estrategias de orientación por medio de la conversación, por ejemplo incitándoles a que hablen acerca de los nuevos hábitos que pueden adoptar, en lugar de dejar que expongan las razones para no cambiar (39).



© WORLD BANK

1.3 Apoyo del autotratamiento

Los enfermos crónicos necesitan contar con diversas aptitudes de autotratamiento para controlar los síntomas y reducir las complicaciones al mínimo. Los profesionales deben conocer bien estas aptitudes para poder enseñárselas a los pacientes sin vacilaciones y como parte de la atención de salud rutinaria de calidad. Es beneficioso para los pacientes disponer de un conjunto de aptitudes —conocimientos y hábitos— de autotratamiento que les permitirán reducir al mínimo las complicaciones o retrasar su aparición de modo definitivo, como son:

- aptitudes de adaptación (control de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas)
- fijación de objetivos (para hábitos específicos y moderadamente difíciles)
- autovigilancia (llevar un control de los hábitos)
- modificación del entorno (generar un contexto favorable al máximo grado de cumplimiento de los objetivos)
- autorrecompensa (consolidación de los hábitos mediante la concesión a uno mismo de recompensas inmediatas, personales y deseables)
- obtención de apoyo social (ganándose el apoyo de otros).

1.4 Aplicación de un enfoque anticipativo

Otro componente de la atención de salud centrada en el paciente es la vigilancia y coordinación de la atención a lo largo del tiempo. La atención de las enfermedades crónicas es continua y permanente y, por ende, los profesionales deben estar cualificados para celebrar consultas de seguimiento, así como de planificarlas y de asegurarse de que los pacientes las reciben. Durante las consultas de seguimiento, los profesionales pueden aplicar sus conocimientos para vigilar la respuesta de los enfermos al tratamiento y su cumplimiento de los planes de atención acordados. Pueden recompensarse los cambios de hábitos logrados por los pacientes, se les puede ayudar a resolver problemas, pueden examinarse las dificultades previstas y pueden desarrollarse relaciones sólidas y duraderas entre el enfermo y el dispensador de salud.

En resumen, según exámenes sistemáticos, la atención centrada en el paciente aumenta las tasas de cumplimiento de los planes de atención, reduce la morbilidad y mejora la calidad de vida de los enfermos (40). Un enfoque de atención de salud centrado en los pacientes puede ser particularmente importante en situaciones donde hay recursos escasos y escasean los profesionales de la salud, los medicamentos y los equipos y en las que el despilfarro de recursos es particularmente perjudicial. En último término, el resultado de la labor

de los profesionales de la salud y de los organismos de atención de salud depende de la medida en que logren tener en cuenta el punto de vista de los pacientes para lograr que éstos continúen practicando o adopten los hábitos más favorables para la salud o que retrasan las complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas.

CANADÁ:

Apoyo del autotratamiento, aplicación de un enfoque anticipativo para la NOC⁽⁴¹⁾

La neumopatía obstructiva crónica es un gran problema de salud pública. Aproximadamente el 40–50% de los enfermos de NOC dados de alta de hospitales son readmitidos durante el año siguiente y el 17% de los enfermos de NOC dados de alta en los servicios de urgencias deben ser hospitalizados. Se ha comprobado la seguridad, eficacia y contención de costos de servicios innovadores de atención a domicilio a grupos seleccionados de enfermos de NOC, pero no se han obtenido resultados concluyentes acerca de la función de los programas de gestión de casos en la mejora de la utilización de los servicios sanitarios y de la salud de los enfermos de NOC clínicamente estables.

En un estudio clínico aleatorizado multicéntrico realizado en siete hospitales urbanos en Quebec (Canadá) se comprobó que la continuidad asistencial a enfermos con NOC avanzada pero clínicamente estables, prestada mediante el autotratamiento de los enfermos con la asistencia de profesionales de la salud capacitados, puede reducir de forma significativa la utilización de los servicios de atención de salud y mejorar la salud de los pacientes.

La intervención consistió en un programa completo de educación de los enfermos administrado por profesionales de la salud capacitados en visitas semanales durante un periodo de dos meses, con un seguimiento mensual por teléfono. Se utilizó como indicador primario del resultado el número de ingresos hospitalarios durante el periodo de seguimiento de 12 meses. Como indi-

cadores secundarios se utilizaron las visitas a los servicios de urgencia y el estado de salud de los pacientes. Los enfermos de NOC habían sido hospitalizados por agravamiento de su enfermedad al menos una vez durante el año anterior. Eran personas de edad avanzada, sin educación superior, con insuficiencia respiratoria grave y enfermedades concomitantes significativas (cardiovasculares, 45%; diabetes, 22%; y gastrointestinales, 27%).

En el grupo de intervención se produjo un 40% menos de ingresos hospitalarios por agravamiento de la NOC que en el grupo de control. También se produjeron en el grupo de autotratamiento reducciones significativas de los ingresos hospitalarios debidos a otros problemas de salud, de las visitas a los servicios de urgencia y de las visitas al médico sin cita previa. Se observó asimismo un efecto beneficioso de la intervención en la calidad de vida en términos de salud y el efecto persistía a los 12 meses.

El estudio demostró que la gestión de casos fomentó la continuidad, la comunicación y la colaboración entre el enfermo, la familia y los dispensadores de atención de salud, e influyó positivamente en los resultados. Dado que se trata de un enfoque para el que no se requieren recursos altamente especializados, los profesionales pueden integrarlo fácilmente en la práctica normal de la atención a largo plazo prestada los enfermos con NOC entre moderada y grave.

(Los ejemplos de casos concretos continúan en la página siguiente. ...)

CHINA:

Apoyo del autotratamiento⁽⁴²⁾

El autotratamiento se reconoce ahora generalmente como un componente necesario del tratamiento de los enfermos crónicos. El programa comunitario de autotratamiento de enfermos crónicos (*Chronic Disease Self-Management Programme*, CDSMP) es el programa de educación de los pacientes acerca del autotratamiento con mayor aceptación del mundo, porque está diseñado para satisfacer las necesidades de pacientes con más de una enfermedad crónica y lo imparten líderes comunitarios no especializados que han recibido la formación pertinentes.

Las enfermedades no transmisibles —principalmente, cardiopatías, apoplejía, cáncer y neumopatías— ocasionaron el 81% de las defunciones en China en 1996, así como una gran parte del gasto total en atención de salud. En Shanghai, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema de

la atención primaria de salud que requiere una solución urgente. La incapacidad de los principales sistemas de atención de salud actuales para enfrentarse a las enfermedades crónicas exige la adopción inmediata de medidas políticas y de nuevos enfoques para tratar a las personas que padecen enfermedades crónicas. Entre 1999 y 2001 se desarrollaron en Shanghai un programa de autotratamiento de enfermos crónicos y un modelo de atención de ámbito local asociado a dicho programa. Un estudio aleatorizado controlado con 954 participantes demostró que el mencionado programa de Shanghai mejoró los hábitos saludables, el autotratamiento y el estado de salud de los participantes, y redujo el número de hospitalizaciones transcurridos seis meses. El programa se ha puesto en práctica, hasta ahora, en 13 comunidades y en seis distritos de Shanghai y se está reproduciendo en otras ciudades.

México:

Transformación de la orientación de la atención de salud para centrarse en los pacientes⁽⁴³⁾

La *Clínica y Hospital de Especialidades*, un pequeño hospital rural de la ciudad de Nuevo Laredo, en México, presta servicios de atención de salud basados en una filosofía de «servicio a los pacientes» como determinante de la atención de calidad. Su organigrama sitúa al enfermo y a su familia en la parte superior, con el apoyo directo del personal del hospital, cuya función es atender primero a las personas y después a sus

necesidades médicas. Los enfermos y visitantes son recibidos en la puerta del hospital, donde se les informa sin que tengan necesidad de buscar quien les atienda. Las habitaciones de los pacientes disponen de una zona independiente para los visitantes.

Los equipos de diagnóstico y administración son menos visibles en toda la clínica que en muchas

(Continúa en la página siguiente. . .)

(Procede de la página anterior)

otras instituciones de atención de salud. Hay algunas computadoras, pero los gráficos, programas y registros se realizan en su mayor parte con papel y lápiz. Las oficinas y laboratorios de los médicos disponen de todos los instrumentos necesarios para atender los problemas habituales de los pacientes. No obstante, si éstos tienen

problemas que deben investigarse más a fondo, se les envía a un especialista. En lugar de basar la atención en medios tecnológicos avanzados, ésta se centra en los pacientes y sus familias. El objetivo impulsor es «cuidar el bienestar de los pacientes, en todos los ámbitos de su vida».

OMS:

Atención integrada a las enfermedades de los adultos: anamnesis y comunicación eficaces, ayuda para la modificación de los hábitos ⁽⁴⁴⁾

La finalidad del proyecto de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI) de la OMS es proporcionar directrices simplificadas para la atención a los adolescentes y los adultos por trabajadores polifacéticos de los centros primarios de salud en situaciones con recursos escasos y una alta incidencia de VIH/SIDA.

Debido a que el tratamiento de las enfermedades crónicas (incluido el VIH/SIDA) requiere la participación activa de los pacientes, los principios generales de la atención a enfermos crónicos del IMAI (*IMAI General Principles of Chronic Care*) se centran en preparar a los trabajadores del sistema de atención de salud para que presten una atención de salud centrada en los pacientes. En concreto, las directrices y los materiales de capacitación conexos orientan a los trabajadores del sistema de atención de salud para que pregunten

a los enfermos por sus preocupaciones y preferencias, para ayudarlos a fijar objetivos y planes de tratamiento específicos, y para apoyarlos en sus esfuerzos cotidianos en relación con la prevención, el cumplimiento del régimen de medicación y el autotratamiento. Este enfoque centrado en el paciente constituye un importante cambio con respecto a la práctica clínica actual.

Los primeros resultados indican que los trabajadores del sistema primario de atención de salud comprenden y utilizan el enfoque de la atención de salud centrada en los pacientes, que forma parte integral del IMAI, conocido como enfoque de las «cinco aes»: apreciar, aconsejar, acordar, ayudar y arreglar (en inglés: *assess, advise, agree, assist* y *arrange*). Se ha proporcionado formación a médicos, enfermeras y dispensadores no especializados en Burkina Faso, Burundi, Etiopía, el Sudán y Uganda.



Cualificación básica 2:

Cooperación

En la atención de salud que se presta a enfermos crónicos se produce una compleja red de interacciones de personas y otros factores relacionados con el enfermo. Para mejorar la coordinación de la atención y los resultados sanitarios, los dispensadores necesitan contar con aptitudes de cooperación entre sus cualificaciones básicas. Estas aptitudes incluyen la capacidad de establecer una relación de colaboración con el enfermo y de complicidad con sus familia. También forman parte de la red de interacciones otros dispensadores de



© WORLD BANK

atención de salud que atienden al enfermo en momentos y ámbitos diferentes, que pertenecen a especialidades diferentes y que los atienden por enfermedades concomitantes diferentes.

Cuando los problemas de salud son crónicos, la coordinación de la atención se convierte en una prioridad. Debe organizarse y coordinarse la atención prestada en diferentes momentos, por dispensadores diferentes y en ámbitos diferentes. Además,

es beneficioso para los enfermos que los profesionales de la salud comprendan y cooperen con las comunidades en las que los enfermos viven y en las que toman cada día decisiones que afectan a su salud y al tratamiento de la enfermedad crónica. Los servicios disponibles en un solo centro no siempre permiten satisfacer las necesidades de los enfermos. Las relaciones de cooperación permiten abordar problemas que una sola entidad o trabajador del sistema de salud no puede solucionar (45).

La comunicación es el componente esencial de una cooperación exitosa, pero no basta con tener una personalidad amistosa; la comunicación comprende un conjunto de aptitudes que se pueden enseñar, aprender y retener (46). Con estas aptitudes básicas de comunicación, los profesionales estarán preparados para colaborar eficazmente con otros, ya sean pacientes, dispensadores o comunidades. Estas aptitudes comprenden la capacidad de:

- negociar
- compartir las decisiones
- solucionar los problemas de forma colectiva
- establecer objetivos
- poner medidas en práctica
- determinar los puntos fuertes y los puntos de vulnerabilidad
- aclarar las funciones y las responsabilidades
- evaluar el progreso.

A continuación se describe la aplicación de estas aptitudes generales de cooperación en las relaciones con los pacientes, con otros dispensadores y con las comunidades.

2.1 Cooperación con los enfermos

«La atención de salud se centra en las relaciones (4).» Los dispensadores necesitan disponer de aptitudes de comunicación que les permitan compartir la responsabilidad e implicar a los pacientes en la totalidad del proceso de toma de decisiones relativas a la atención de salud que se le presta. Este concepto se solapa en cierta medida con la cualificación de atención centrada en el paciente y existen, desde hace decenios, partidarios de avanzar hacia un reparto del poder y la responsabilidad entre paciente y dispensadores (47). Existen ahora pruebas empíricas a favor de una relación en pie de igualdad: existe una correlación entre el reparto de responsabilidad entre paciente y dispensador y la mejora de los desenlaces clínicos (48). Al compartir la responsabilidad con los pacientes, se crea un clima que anima a los pacientes a participar en la gestión de su enfermedad. Cuando se comparte con los pacientes la información sobre el tratamiento, los objetivos y los desenlaces previstos, éstos están dispuestos a asumir una mayor responsabilidad (49).

2.2 Cooperación con otros dispensadores

La capacidad de trabajar con otros dispensadores de atención de salud, de la misma disciplina o de disciplinas diferentes, es un importante aspecto que debe contemplarse en la reforma de la atención de salud según varias organizaciones de profesionales (2, 4, 8, 25, 27, 50, 51). Cuando los dispensadores de atención de salud colaboran entre sí, mejoran los resultados de los enfermos crónicos (13, 22, 52–57).

Para colaborar eficazmente entre sí, los dispensadores deben contar con aptitudes que fomenten la cooperación, la comunicación y la integración de la atención de salud. Para ello, los profesionales de la salud deben trabajar de un modo interdependiente y mostrar respeto, confianza, apoyo y reconocimiento mutuo del valor de las diversas disciplinas (4). Para un funcionamiento correcto del sistema, los profesionales necesitan formación en aptitudes básicas de trabajo en grupo, como la identificación de problemas, la negociación y resolución de conflictos, la elaboración de planes de futuro y la determinación de funciones y responsabilidades (2).

2.3 Cooperación con las comunidades

La creación y mantenimiento de relaciones de cooperación con las comunidades es una cualificación que recomiendan varios organismos (4, 24, 58). Cuando existen conexiones entre los organismos de atención de salud; los enfermos y sus familias, y los recursos comunitarios, mejora la atención de salud prestada a los enfermos crónicos (22). Los asociados comunitarios pueden ser entidades tan diversas como empleadores, instituciones académicas, organizaciones de ciudadanos, representantes de los medios de comunicación, organismos gubernamentales, asociaciones de defensa del paciente y organizaciones confesionales. Los profesionales de la salud deben contar con aptitudes de cooperación con los asociados que fomenten el desarrollo de vías para la derivación de los pacientes entre el ámbito de atención de salud y las



organizaciones comunitarias. También son fundamentales las aptitudes de comunicación que alimentan y mantienen estas relaciones de cooperación.

El desarrollo de la cualificación de cooperación con la comunidad ayudará a redistribuir la responsabilidad entre el sistema de atención de salud y los vecindarios y pueblos en los que los enfermos pasan la mayor parte de su tiempo. De hecho, la Comisión Pew (4) sugiere que los profesionales de la atención de salud deben «aceptar a las personas, familias y *comunidades* como asociados plenos e iguales en las decisiones relativas a la atención de salud y proporcionarles la información que necesitan para evaluar las opciones existentes y adoptar decisiones informadas». El marco sobre ICCC (véase la Figura 1) adjudica a los asociados comunitarios una importancia equivalente a la del enfermo (y su familia) y a la de los profesionales de la salud. Esta triada es el eje del modelo —de relevancia internacional— de atención de salud a enfermos crónicos del marco sobre ICCC.

AUSTRALIA:

Cooperación con otros dispensadores y comunidades ⁽⁵⁹⁾

La esperanza de vida de los aborígenes australianos es 20 años inferior a la del resto de la población de Australia. El 66% de las muertes prematuras se deben a enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y las nefropatías. Estas enfermedades comparten factores y marcadores de riesgo comunes, su diagnóstico es fácil y barato y responden a tratamientos normalizados.

El programa de apoyo social australiano sobre enfermedades crónicas (*Australian Chronic Disease Outreach Programme*) que se desarrolla en las islas Tiwi sirve de modelo de práctica óptima para otras comunidades y países. Los componentes fundamentales del programa son:

- averiguar lo que preocupa a la comunidad al fijar las prioridades;
- establecer relaciones de cooperación con equipos remotos de atención de salud (proporcionándoles formación y sistemas de información);
- realizar pruebas diagnósticas sencillas, interpretadas por los trabajadores de atención de salud (lo que permite informar y formar al paciente de forma inmediata);
- proporcionar tratamientos acordes con directrices basadas en pruebas científicas, usando regímenes de medicación secuenciales de intensidad creciente.

Resultados médicos positivos

- se mide la tensión arterial del 75% de las personas con hipertensión no reconocida anteriormente;
- se realizan análisis de hemoglobina A1C al 91% de los enfermos de diabetes;
- se ahorran de 700 000 a 3,1 millones de dólares australianos en diálisis evitadas (duración promedio del tratamiento: 2,1 años) ;
- las hospitalizaciones han disminuido.

Éxitos del programa

- El Gobierno Federal permite ahora que los trabajadores del sistema de salud pasen factura por sus servicios en nombre de su dispensario.
- El Gobierno Federal proporciona gratis a todas las comunidades los sistemas de información y comunicación utilizados para la atención primaria.
- Las comunidades de aborígenes obtienen medicamentos financiados por el Gobierno Federal.
- Se incorporan oficialmente en los protocolos de atención primaria de cada región y en las directrices nacionales exámenes sistemáticos y directrices de tratamiento.

(Los ejemplos de casos concretos continúan en la página siguiente. ...)

FINLANDIA:

Cooperación con los enfermos, con otros dispensadores y con las comunidades ⁽⁶⁰⁾

El programa de la diabetes para las farmacias es un programa complementario integrado en el Programa de desarrollo para la prevención y la atención de la diabetes (*Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma*, DEHKO), un programa nacional organizado por la Asociación finlandesa para la diabetes (*Diabetesliitto*) para enfrentarse al aumento de la diabetes de tipo 2. Las farmacias colaboran con otros dispensadores de atención de salud y asociaciones de pacientes para determinar las prácticas óptimas, que incluyen la asignación por las farmacias participantes de una persona de contacto para servir de enlace entre la farmacia y la Asociación finlandesa de farmacias (*Suomen Apteekkariliitto*). Sus tareas son las siguientes: mantener la formación interna sobre la diabetes

en las farmacias, producir un informe anual y realizar un seguimiento normalizado de ámbito local cada año. Como los enfermos de diabetes visitan las farmacias aproximadamente seis veces al año, estas visitas pueden constituir oportunidades idóneas de supervisión de la enfermedad en las que los pacientes pueden informarse sobre el uso correcto de la medicación, así como recibir orientación acerca de técnicas de autotratamiento. El Programa de la diabetes para las farmacias pretende impulsar un tratamiento más eficaz de la diabetes de tipo 2, poniendo el acento en la prevención de la enfermedad y haciendo de la diabetes una preocupación cotidiana de las farmacias.

MARRUECOS:

Cooperación con otros dispensadores para el tratamiento integrado de enfermedades del aparato respiratorio ⁽⁶¹⁾

El programa PAL (*Practical Approach to Lung Health*, enfoque práctico para la salud pulmonar) de la OMS es una estrategia coordinada para el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio que se basa en la normalización de las prácticas de atención de salud y la coordinación entre diferentes ámbitos de atención. La estrategia del programa PAL se centra principalmente en cuatro enfermedades: la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, el asma y la NOC.

Desde su concepción en 1997, el programa PAL ha elaborado directrices, protocolos de estudio,

documentos de formación y otros documentos para uso en países de ingresos bajos y medios.

Marruecos figura en un lugar prominente en la lista de los primeros países en adoptar el enfoque del programa PAL como forma de ampliar el notable éxito de su programa nacional contra la tuberculosis a otras enfermedades del sistema respiratorio. Con una buena cooperación entre los sectores público y privado, Marruecos presenta tasas de detección y tratamiento de la tuberculosis del 90%, con una prevalencia baja de

(Continúa en la página siguiente. ...)

(Procede de la página anterior)

resistencia al tratamiento farmacológico primario y multirresistencia.

Se aplicaron las directrices del programa PAL, adaptadas al contexto del país, en los centros de atención primaria y se prestó mayor atención a los síntomas respiratorios que a las enfermedades. Resultaron útiles para los médicos generalistas y enfermeras gracias a la mayor normalización de la gestión de los pacientes y a la racionalización del proceso de prescripción. Además, la aplicación de criterios claros de derivación de casos ayudó a racionalizar la asignación

de recursos a los pacientes.

En el ámbito secundario de atención de salud, la estrategia del programa PAL marroquí define vías de atención sanitaria que garantizan una continuidad asistencial adecuada, con particular atención a las neumopatías crónicas. Las directrices también incluyen indicadores para la evaluación de las derivaciones de casos. El gobierno del país ha apoyado además el desarrollo de un sistema de información para la recogida y análisis de datos.

SUDÁFRICA:

Cooperación con otros dispensadores y comunidades ⁽⁶²⁾

El *Alexandra Health Centre and University* proporciona gratuitamente atención de salud, medicamentos y formación. Los servicios incluyen una unidad de urgencias y maternidad que funciona las 24 horas, un servicio de atención a enfermos



crónicos, un dispensario de atención prenatal, ginecológica y de planificación familiar, servicios de apoyo social y dispensarios satélites, y una sala de partos y unidad de atención a pacientes ambulatorios.

Los dispensadores y los pacientes se enfrentan de forma cotidiana a situaciones de pobreza y violencia en esta comunidad, y los servicios de

apoyo están en constante desarrollo. La colaboración destinada a abordar los graves problemas de la comunidad ha dado lugar a servicios de comidas a domicilio (*meals on wheels*), programas para niños maltratados y programas de salud del

hombre y de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. Aunque para los dispensadores la colaboración es una necesidad, la amplia colaboración con la comunidad ha proporcionado un modelo de prestación de servicios de salud integrados que se ha mantenido durante siete decenios.

Las enfermeras y enfermeras ayudante de

(Continúa en la página siguiente. ...)

(Procede de la página anterior)

medicina proporcionan la mayoría de los exámenes y evaluaciones a más de mil pacientes al día. La colaboración con médicos y estudiantes de medicina permite ofrecer servicios de consulta, apoyo y derivación de casos. También se colabora con farmacéuticos y estudiantes de farmacia, fisioterapeutas, ergoterapeutas, asistentes sociales y voluntarios.

El desarrollo de alianzas, la colaboración y el trabajo en equipo son la base de la atención proporcionada en el centro. La confianza es el componente fundamental de la práctica médica

de calidad prestada de forma continuada por medio de la colaboración.

Resultados positivos

- intercambio de experiencia y conocimientos para la mejora de la prestación de atención de salud
- reparto equilibrado de la responsabilidad entre los asociados y atención más uniforme
- ampliación de los servicios de atención de salud prestados a la población.



Cualificación básica 3:

Mejora de la calidad

La mejora de la calidad es una cualificación recomendada por varias organizaciones de profesionales de la salud (2, 4, 25, 27, 50, 58, 63). Es un concepto amplio, pero la mejora continua de la calidad se refiere a un enfoque y una actitud relativa a la atención de salud que es esencial en el contexto de las enfermedades crónicas. En general, para mejorar la calidad los profesionales de la salud deben tener objetivos claros, para saber qué cambios podrían producir mejoras y cómo evaluar sus esfuerzos (64). Además, deben poner en práctica los resultados de los trabajos, propios o de otros, orientados a la mejora.

La seguridad de los pacientes y la eficiencia en la prestación de los servicios son parte integral de la cualificación de mejora de la calidad. Se han documentado abundantemente los errores, el despilfarro y las ineficiencias de la atención de salud (11). Sin embargo, cada vez más publicaciones describen la eficacia de los métodos de mejora de la calidad para atenuar la gravedad de los errores, reducir el despilfarro, aumentar la eficiencia y reducir al mínimo los retrasos en el diagnóstico y tratamiento (65–67). Los dispensadores de atención de salud deben contar con las siguientes aptitudes para garantizar la mejora de la calidad.



© WORLD BANK

3.1 Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados

Para llevar a la práctica la mejora de la calidad en su trabajo, los trabajadores necesitan contar con diversas aptitudes específicas. Deben ser capaces de diseñar y poner a prueba medidas destinadas a mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia. También deben ser capaces de medir la calidad en términos de la estructura, el proceso y los resultados de la atención de salud. Para la mejora de la calidad se necesita asimismo saber cómo evaluar las prácticas actuales y cómo compararlas con prácticas nuevas que podrían mejorar los resultados. Los trabajadores deben ser capaces de detectar los errores de la atención de salud y aplicar principios básicos de seguridad en el diseño, como la normalización y la simplificación de los procesos para reducir los peligros (11, 50, 68).

3.2 Aprendizaje y adaptación a los cambios

La mejora continua de la calidad requiere, además de las aptitudes básicas de medición descritas, un componente de actitud. La capacidad de aceptar los cambios y esforzarse continuamente por mejorar la atención a los pacientes puede ser un aspecto igualmente importante de esta cualificación básica. Es evidente que, dada la rápida evolución de los conocimientos científicos, la técnica, las características demográficas de la población y los sistemas de atención de salud, el dominio de los conocimientos sobre atención de salud actuales no preparará a los trabajadores de forma adecuada para enfrentarse a los problemas cambiantes de la atención de salud del futuro.

Los profesionales de la salud no sólo deben ser capaces de aceptar los cambios y gestionarlos, sino que también deben estar preparados para adoptarlos y aprovecharlos. El éxito de los sistemas de atención de salud depende de que dispongan de trabajadores flexibles, innovadores y con capacidad de adaptación (4, 8, 69). Todos los trabajadores deben tener estas cualificaciones, o se arriesgan a perder autonomía e influencia.

3.3 Puesta en práctica de los conocimientos científicos

El concepto de evidencia no se limita a los estudios clínicos aleatorizados. Esta cualificación incluye la capacidad de integrar en la práctica de la atención de salud todas las fuentes de conocimiento y pruebas científicas. Los estudios clínicos aleatorizados son parte de esta evidencia, pero también deben incluirse la experiencia de los facultativos y las circunstancias del paciente (2), así como los resultados de las labores de mejora de la calidad. Los trabajadores del sistema de atención de salud deberían comprender el valor y los motivos de la

puesta en práctica de los conocimientos científicos. Deben tener aptitudes para formular preguntas, saber dónde y cómo encontrar respuestas pertinentes e integrar esta información en la atención al paciente.

México:

Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados, aprendizaje y adaptación a los cambios ⁽⁷⁰⁾

Según indicó el sistema de seguimiento de la calidad de la atención de salud de México, en 2000 sólo se controlaba adecuadamente la glucemia del 34% de los enfermos de diabetes que recibían atención. En consecuencia, en 2001 se añadió la diabetes a las prioridades sanitarias, así como una iniciativa de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y la Secretaría de Salud de México (oficinas del programa «Actuemos contra la diabetes» de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y la Subsecretaría de Calidad e Innovación). El Proyecto VIDA: Iniciativa Veracruz para la concientización sobre la diabetes es la fase piloto de esta iniciativa y se está aplicando en cinco centros de atención primaria.

Se prevé ampliar la iniciativa a otras partes del país, como parte de una campaña mucho más amplia de mejora de los servicios llamada «Cruzada Nacional por la Calidad».

Se realizó una evaluación de la tecnología sanitaria para determinar las deficiencias de las prácticas actuales de atención de salud para enfermos crónicos en relación con los conocimientos acerca de las prácticas óptimas, según el Modelo de Atención a Pacientes Crónicos, y para determinar las prioridades para un conjunto de cambios destinados a mejorar la calidad. Los objetivos del proyecto son:

- mejorar la capacidad y los conocimientos de los dispensadores acerca de la atención a los enfermos de diabetes
- crear asociaciones de defensa de los pacientes
- mejorar el control de la glucemia
- evitar las complicaciones derivadas de la diabetes.



Resultados del proyecto piloto:

- organización de visitas médicas colectivas para asociaciones de diabéticos
- uso de promotores de salud no especializados para realizar labores educativas sobre la diabetes
- capacitación en el trabajo acerca de la gestión de la diabetes a los dispensadores de atención primaria.

(Los ejemplos de casos concretos continúan en la página siguiente. ...)

OMÁN:

Medición de la prestación de atención de salud y de los resultados, aprendizaje y adaptación a los cambios ^(71,72)

Omán es un país relativamente pequeño, desierto en un 92% y con una población de 2,5 millones. En 1970, tenía tasas altas de morbilidad y mortalidad, y eran frecuentes los casos de enfermedades transmisibles e infecciosas graves; la esperanza media de vida era de 49 años. El sistema de atención de salud comprendía dos pequeños hospitales y nueve dispensarios.

Entre 1970 y 2000, Omán transformó su sistema de atención de salud con vistas a mejorar su calidad y se comprometió a proporcionar a sus ciudadanos y a los residentes en el país una atención de salud de calidad. Se pudieron en marcha las siguientes estrategias:

- El Ministerio de Salud evaluó las necesidades de profesionales de la salud, así como la disponibilidad y necesidades de formación del personal.
- Se analizaron las políticas y se realizaron recomendaciones para adaptarlas al apoyo de las iniciativas en materia de salud.

- Se emprendieron investigaciones, se elaboraron planes y se evaluaron las recomendaciones.

Resultados positivos

- En 2001, el sistema de salud de Omán ocupó el primer lugar entre los 191 Estados Miembros de la OMS en cuanto a eficiencia y el octavo lugar en cuanto a rendimiento general del sistema de salud.
- En 2002, contaba con 48 hospitales y 128 centros de salud.
- Se desarrolló un sistema descentralizado de atención primaria de salud.
- Se coordinaron programas de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, de tratamiento, de seguridad, y de recogida, evaluación y notificación de información, y se estableció una colaboración intersectorial.

POLONIA, LOS PAÍSES BAJOS Y LOS ESTADOS UNIDOS:

Puesta en práctica de los conocimientos científicos sobre NOC ^(73,74)

En el informe de la Iniciativa mundial de lucha contra la neumopatía obstructiva crónica (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD*) se afirma que, debido a su uso generalizado y su reproducibilidad, la espirometría es la prueba preferible para determinar la insuficiencia respiratoria. La realización de una prueba de

espirometría es una forma fácil y barata de detectar una NOC en una fase presintomática, dando ocasión a los profesionales de la salud y a los enfermos a que impidan el progreso ulterior de la enfermedad.

(Continúa en la página siguiente...)

(Procede de la página anterior)

No obstante, no se practican habitualmente pruebas de espirometría en el ámbito de la atención primaria, a pesar de que la mayoría de los espirómetros comerciales llevan incorporado un programa informático de control de la calidad que comprueba si la prueba se ha realizado correctamente.

Varias experiencias ilustran las ventajas de adoptar una estrategia de examen sistemático de NOC mediante espirometría:

- En Polonia, un programa de prevención realizado desde 2001 comprendía la realización de pruebas de espirometría en centros ambulatorios. El 25% de los 11 000 pacientes examinados con antecedentes de consumo de tabaco presentaron un grado de insuficiencia respiratoria indicativo de una fase temprana de NOC. Estos pacientes se incorporaron a un programa de abandono del consumo de tabaco, y un año más tarde sólo el 50% presentaba insuficiencia respiratoria. La tasa de abandono del consumo de tabaco era significativamente mayor en los pacientes que presentaron inicial-

mente resultados espirométricos anormales, con insuficiencia respiratoria moderada o grave.

- En un programa piloto en los Países Bajos, se realizó una prueba espirométrica a 651 fumadores en dos centros de medicina general semirurales. Los investigadores notificaron la identificación de un caso nuevo de NOC por semana, si se examinaba al menos a un fumador adulto al día.
- Un programa de detección de casos de NOC en el estado de Vermont, en los Estados Unidos, determinó que la participación de trabajadores de la salud en talleres de una hora podría bastar para modificar determinadas prácticas médicas y aumentar el uso de la espirometría para el diagnóstico y la realización de exámenes sistemáticos periódicos.

La elaboración de un plan de acción integral en todo el mundo para lograr el uso generalizado de la espirometría forzada de alta calidad en la atención primaria es una prioridad clara para mejorar la gestión de la salud de los pacientes.

FEDERACIÓN DE RUSIA:

Aprendizaje y adaptación a los cambios, puesta en práctica de los conocimientos científicos ⁽⁷⁵⁾

Muchos de los residentes de Tula, una ciudad industrial de la Federación de Rusia, recibían anteriormente atención de salud en dispensarios ubicados en las fábricas. Algunas fábricas cerraron, dejando a los pacientes sin acceso a servicios de atención de salud. Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en la región de Tula y constituyen el 55% de las causas de mortalidad de adultos. Se calcula

que la prevalencia de la hipertensión, considerado un factor contribuidor primario de esta tasa de mortalidad, es de un 27%.

Para enfrentarse a este problema, el Proyecto mundial de garantía de la calidad (*Global Quality Assurance Project*) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, junto con

(Continúa en la página siguiente. ...)

(Procede de la página anterior)

el Instituto central de investigaciones en salud pública del Ministerio de Salud ruso y la Autoridad de salud de la región de Tula (*Tula oblast*), emprendieron en 1998 un programa de mejora de la atención a los pacientes con hipertensión, dirigido por el Comité de salud de la Comisión conjunta ruso-estadounidense de cooperación económica y tecnológica (*Joint Commission for Economic and Technological Cooperation*). Cinco centros de atención de salud, cada uno con un equipo multidisciplinar responsable de todas las funciones médicas, participaron en la toma de decisiones y la planificación del proyecto, cuyos objetivos fueron los siguientes:

- elaboración de directrices basadas en pruebas científicas para la atención a pacientes con hipertensión en el ámbito de la atención primaria
- modificación de la prestación de atención a pacientes con hipertensión con arreglo a las nuevas directrices
- fomento de hábitos saludables para evitar las complicaciones de la hipertensión

- modificación de la asignación de los recursos financieros y del personal para facilitar la prestación de estos servicios.

Resultados positivos

- multiplicación por siete del número de pacientes atendidos en el sistema de atención primaria
- 70% de éxitos en el control de la hipertensión
- reducción en un 85% del número de ingresos por hipertensión
- ahorro neto del 23% en los costos totales de la atención a pacientes con hipertensión.

Este proyecto de mejora de la calidad se extendió durante la Fase II (2000–2002) a los 289 consultorios de medicina general de la región de Tula, que daban servicio a la totalidad de la población, y la Fase III (ampliación a todo el país) se puso en marcha en diciembre de 2002.



© RASHAD MASSOUD



Cualificación básica 4:

Tecnología de la información y la comunicación

En virtud de esta cualificación básica, los profesionales deberán tener las aptitudes necesarias para usar las tecnologías de la información y la comunicación en apoyo de la atención a los pacientes. Los sistemas de información—desde los registros en papel escritos a lápiz a complejas bases de datos electrónicas—son fundamentales para organizar y controlar las res-

puestas de los pacientes a los tratamientos y los resultados. Los sistemas de comunicación permiten el intercambio, de forma puntual, de información sobre los pacientes con otros dispensadores, que pueden pertenecer a otros ámbitos. Varias organizaciones de profesionales han recomendado que los profesionales de la salud sean capaces de utilizar los sistemas de información y comunicación para mejorar la atención a los pacientes (2, 4, 39, 76).



© WORLD BANK

4.1 Diseño y uso de los historiales de los pacientes

La tecnología de la información juega un papel cada vez más importante en el ámbito de la atención de salud. Por ejemplo, algunos sistemas de atención de salud disponen de historiales de pacientes electrónicos que señalan los planes de atención y proporcionan a los profesionales información actualizada, les recuerdan las actividades de apoyo social en curso y les ayudan a vigilar las respuestas de los pacientes a los tratamientos. No obstante, los sistemas de información y los historiales de los pacientes no tienen por qué ser caros. Un sistema de información sobre los enfermos crónicos puede ser tan sencillo como un registro en fichas de papel con anotaciones a lápiz de datos de interés acerca de la atención prestada. Los sistemas de información sencillos,

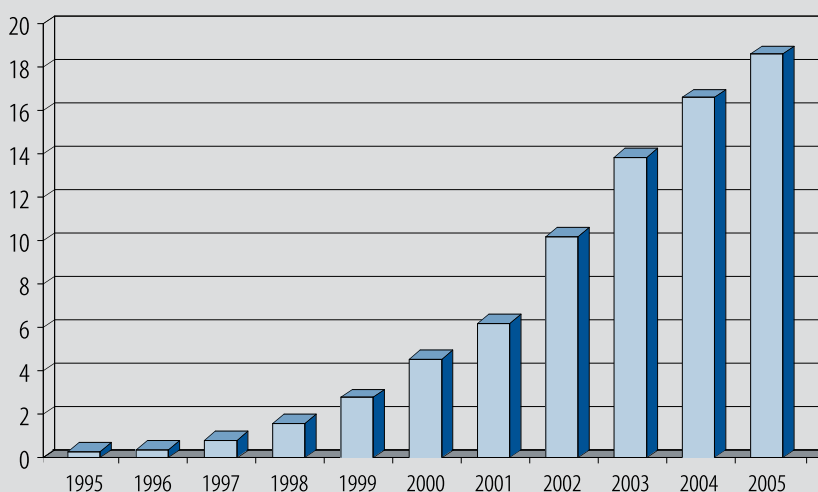
si se diseñan adecuadamente, pueden cumplir las mismas funciones básicas que los sistemas más avanzados, controlando la incidencia y la prevalencia de enfermedades en la población a la que atiende el centro médico, controlando los tratamientos y los resultados de cada paciente, y recordando los planes de atención a los dispensadores.

Esta cualificación básica se fundamenta en el uso de sistemas de información para mejorar la atención de los enfermos crónicos, con independencia de si los recursos son escasos o abundantes, o de la disponibilidad de tecnología avanzada.

4.2 Uso de la tecnología informática

El uso de la informática en la atención de salud está extendido, incluso en los sistemas de atención de salud con menos recursos (77). La llamada «brecha digital» se está cerrando, conforme aumenta el acceso de los países en desarrollo a las computadoras de mano o PDA (*personal digital assistants*), las comunicaciones por satélite (en lugar de las líneas terrestres) y las redes internacionales de proveedores de servicios de telecomunicación (véase la Figura 2). Por medio de estos avances, puede compartirse información y datos acerca de la atención de salud, los conocimientos de especialistas escasos pueden aprovecharse de forma común y puede integrarse la atención a los pacientes.

FIGURA 2. Evolución prevista del número de usuarios de Internet en África, 1995–2005



Fuente: International Telecommunications Union, 1º de abril de 2004, <http://www.itu.int/ITU-D/afr/statistics/projections.htm>.



Para el aprovechamiento óptimo de la tecnología disponible, los profesionales de la salud deben contar con ciertas aptitudes básicas, recomendadas como habilidades necesarias (2):

- uso de programas de tratamiento de textos y de análisis de datos
- búsqueda de información en Internet y en bases de datos internas
- obtención y gestión de datos
- conocimiento de los sistemas de seguridad de datos relativos al uso de la información de los pacientes.

Además, estas aptitudes básicas pueden utilizarse para mejorar los conocimientos de los profesionales, dado que les permite participar en actividades de enseñanza y formación a distancia, por Internet, para profesionales en ejercicio. Conforme aumente la disponibilidad de la tecnología informática en los países en desarrollo, estas cualificaciones serán cada vez más fundamentales para los dispensadores.

4.3 Comunicación con los asociados

La tecnología de la comunicación ha puesto a disposición de los profesionales de la salud diversas formas de comunicarse con los pacientes, con otros dispensadores y con sus asociados comunitarios. Por ejemplo, el uso de teléfonos móviles ha aumentado de forma tan drástica que la tasa de contratación de nuevos dispositivos móviles en África es el doble que la de las líneas telefónicas

fijas (78). La posibilidad de usar la tecnología de envío de mensajes de texto por teléfono móvil para recordar a los pacientes sus citas, la necesidad de reponer medicamentos, o para comunicarles los resultados de sus análisis, está virtualmente sin explotar. Además, el uso de Internet en el mundo está creciendo a un ritmo tal que ya hay más de 605 millones de usuarios en todo el mundo (78). Esto sugiere que cada vez más profesionales pueden comunicarse con asociados por correo electrónico y elaborar sitios web para los enfermos crónicos a los que atienden. Los avances en las tecnologías de la comunicación no dejan obsoletas a los medios de comunicación más tradicionales; los profesionales pueden continuar intercambiando información general sobre la salud con sus pacientes y asociados comunitarios utilizando los medios disponibles, como la televisión y los periódicos.

EJEMPLOS DE CASOS CONCRETOS : TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

CANADÁ: comunicación con los asociados ⁽⁷⁹⁾

En una región rural remota de la costa atlántica del Canadá, se ha ejecutado y evaluado recientemente un programa de enseñanza a distancia, conocido como *telehealth*, para la atención de salud a enfermos mentales. Especialistas en salud mental residentes en zonas urbanas proporcionaron formación y apoyo mediante videoconferencia por satélite y por Internet, así como materiales didácticos impresos y de video a diversos dispensadores de salud rurales y comunitarios. Participaron profesionales residentes en zonas rurales de diversas especialidades, como la medicina de familia, la enfermería, la fisioterapia, la orientación escolar y la enseñanza.

Se realizaron 12 videoconferencias por satélite durante un periodo de 14 meses. Los temas específicos se eligieron a tenor de una encuesta de referencia sobre las necesidades, aunque el contenido se adaptó a las necesidades locales. Por

ejemplo, tras un número de fallecimientos en la comunidad mayor del habitual, se elaboraron dos conferencias sobre el modo de enfrentarse a la muerte y al dolor por la muerte de seres queridos. Otras materias fueron la depresión, los abusos sexuales y las formas de sobrellevar el estrés y el agotamiento.

La evaluación indicó que los participantes adquirieron nuevos conocimientos y aptitudes como resultado del programa. Aumentó también su conocimiento de las funciones y capacidades de otros profesionales, así como sus contactos con especialistas de diversas disciplinas. Estos resultados sugieren que la tecnología empleada en el programa *telehealth* puede utilizarse para proporcionar formación y fomentar la colaboración interdisciplinar en ámbitos rurales.

(Los ejemplos de casos concretos continúan en la página siguiente. ...)

INDIA:

diseño y uso de los historiales de los pacientes, uso de la tecnología informática ⁽⁸⁰⁾

La tecnología de la información y la comunicación se ha introducido y adoptado diversas formas en la India. Se describen aquí tres ejemplos ilustrativos.

En 2001, un panel de médicos de Nueva Delhi diseñó un sitio web interactivo destinado a la población general, para proporcionar a los enfermos crónicos un lugar en el que pudieran aprender acerca de sus enfermedades y al que pudieran enviar sus preguntas. Según el director de contenidos del sitio web, reciben aproximadamente 65 a 100 preguntas al día de todas las regiones de India y de los países vecinos.

El proyecto *Health Information Network India* (red india de información sobre la salud) fue iniciado por una alianza amplia de unos 40 miembros, entre los que se contaban organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, expertos técnicos, organismos del gobierno nacional y de los gobiernos estatales, centros de investigación y servicios de salud, y entidades del sector privado, para abordar el problema de la escasez de información

en materias relativas a la salud. El proyecto se ensayó en centros de salud primarios y comunitarios en los estados de Karnataka y Orissa, y apoyó los programas de lucha contra la tuberculosis y el tabaquismo de centros de investigación en Mumbai, Chennai, Bangalore y Nueva Delhi. Se renovaron las computadoras, se establecieron redes y conexiones a Internet, y se introdujeron la posibilidad de enviar faxes por Internet, el uso de computadoras de mano y la realización de consultas por correo electrónico.

Tanto el gobierno como el sector privado han invertido en proyectos de telemedicina con ayuda del organismo indio de investigaciones espaciales (*Indian Space Research Organization*), que diseñó un satélite de fabricación india únicamente para dicho propósito. Como resultado de estas inversiones, unos 20 dispensarios se han conectado a la red, que permite la realización de consultas de los pacientes, la transmisión en directo de operaciones quirúrgicas y la realización de actividades de capacitación.

En la foto: el sistema de registro de la oficina antes y después



© ANDREW PLEASANT



© ANDREW PLEASANT

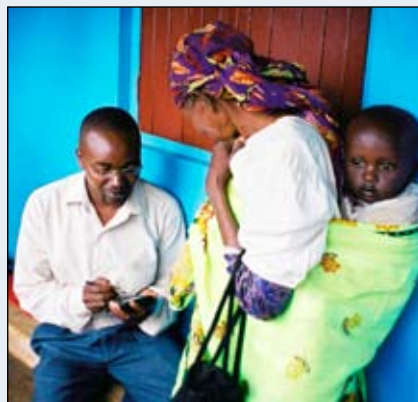
(Los ejemplos de casos concretos continúan en la página siguiente. . .)

UGANDA:

Comunicación con los asociados ⁽⁸¹⁾

El estado de salud de la población de Uganda es de los más deficientes de todo el mundo, debido a diversos factores sociales, económicos, medioambientales y de infraestructuras. El Ministerio de Salud dispone de recursos financieros y humanos limitados para abordar las numerosas necesidades de la atención de salud y es plenamente consciente de la necesidad de reducir al mínimo el uso ineficaz de los recursos. La red ugandesa de información sobre la salud (*Uganda Health Information Network*) se creó como parte del plan estratégico para el sector de la salud (*Health Sector Strategic Plan*) para el periodo 2000/1–2004/5 con el fin de facilitar la prestación de un conjunto básico de servicios de atención de salud y de información nacional sobre la salud.

Para el año 2005, los dispensadores e investigadores de 214 subdistritos, 56 distritos y los hospitales de referencia se comunicarán con instituciones de ámbito nacional por medio de computadoras de mano conectadas a una red de telefonía celular. La red se está probando en los



distritos de Mbale y Rakai para facilitar la recogida de datos, compartir información acerca de nuevas investigaciones, transmitir materiales didácticos para profesionales de la salud en ejercicio y difundir directrices sobre tratamientos. La ejecución inicial determinará los requisitos de apoyo y formación, el costo de su operación y mantenimiento, y el establecimiento de protocolos para el funcionamiento óptimo del sistema.

EE. UU.:

Uso de la tecnología informática, comunicación con los asociados ⁽⁸²⁾

Se reconoce generalmente que sólo una ínfima parte de las posibilidades actuales de la tecnología de la información y la comunicación se está utilizando para prestar un apoyo eficaz al sistema de atención de salud, según ponen de manifiesto las investigaciones realizadas por el *Department of Veterans Affairs Medical Centre* en Boston (Estados Unidos). Este centro médico diseñó y puso en funcionamiento, utilizando las líneas

telefónicas existentes, un sistema completamente automático para vigilar, educar y aconsejar a los enfermos de NOC por medio de encuentros en sus hogares, programados de forma automática.

Estos sistemas, conocidos como «atención gestionada por teléfono» (*telephone-linked care*), realizan preguntas similares a las que se harían en una consulta médica convencional, pero el

(Continúa en la página siguiente. ...)

(Procede de la página anterior)

paciente responde pulsando las teclas del teléfono. La información aportada por el paciente induce una respuesta que se transmite al paciente. Los sistemas de atención gestionada por teléfono se han utilizado para la gestión de enfermedades y discapacidades crónicas, para mejorar las medidas educativas y para prestar apoyo a los cuidadores. Son aceptados con agrado tanto por los enfermos como por los dispensadores de atención de salud, quienes los

consideran fáciles de usar y útiles.

El objetivo de la experiencia de Boston era detectar signos de deterioro en el paciente lo antes posible, con el fin de mejorar sus aptitudes para el autotratamiento y aumentar el grado de cumplimiento de los tratamientos. Con este sistema no se pretendía sustituir a la atención de salud convencional, sino complementarla.



Cualificación básica 5:

Perspectiva de salud pública

Esta cualificación básica puede resultar difícil para algunos profesionales de la salud, ya que puede resultarles complicado conciliar el concepto abstracto de «salud pública» con las presiones y responsabilidades cotidianas de la atención a las apremiantes necesidades y preocupaciones de los pacientes. No obstante, la mejora del entendimiento entre los expertos en salud pública y los profesionales de la salud —que tradicionalmente se enfrentan a los problemas de salud desde perspectivas diferentes— proporcionará resultados beneficiosos para todos. Sin embargo, debe percibirse para ello la salud pública como una responsabilidad de todos (83) y los profesionales de la salud deben participar en todas las actividades de prevención de enfermedades y de defensa y promoción de la salud que sean de interés para la población a la que atienden.



© WHO

5.1 Prestación de atención de salud dirigida a la población

Se ha definido la salud pública como «la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud por medio del afán organizado de la sociedad» (84). En este sentido, la adopción por los profesionales de una perspectiva de salud pública, los lleva a centrarse en la planificación de la atención dirigida a grupos de población, en lugar de a cada uno de los pacientes. En este contexto, la expresión *grupos de población* se refiere al conjunto de pacientes asociados con un determinado dispensador, dispensario o sistema de atención de salud. Esta es una de las diferencias entre la atención dirigida a la población y la atención tradicional a pacientes individuales (85). Un enfoque demográfico no excluye las necesidades individuales, pero añade una dimensión adicional, ya que las personas se benefician de la información

elaborada para los grupos de población a los que pertenecen (86). También se da más importancia a consideraciones de costoeficacia, de modo que se concede prioridad a los pacientes con una determinada enfermedad crónica, para centrar las medidas en las personas que tienen más posibilidades de aprovecharlas (87). La adopción de una perspectiva demográfica en relación con la atención de salud ayuda a los profesionales a equilibrar el valor y la calidad de la atención con sus costos.

Para proporcionar atención de salud dirigida a la población, los profesionales deben contar con aptitudes que les permitan evaluar las necesidades sanitarias de las poblaciones a las que atienden. Asimismo, necesitan contar con aptitudes que les permitan ejecutar y evaluar medidas basadas en criterios científicos dirigidas a la población, con el fin de reducir el riesgo o retrasar las complicaciones en grupos de población determinados. Entre las aptitudes necesarias para la gestión de grupos demográficos de pacientes se incluyen estrategias innovadoras de administración de cuidados a pacientes con necesidades similares. Por ejemplo, las visitas realizadas mediante «citas de grupo» o «consultas en grupo», en las que se atiende a varios pacientes a la vez, pueden ser eficientes y eficaces. Se registra una gran satisfacción de los participantes con la atención recibida, un mayor cumplimiento de las actividades de prevención y un menor uso de los servicios de atención de salud, en comparación con los pacientes que no participan en consultas médicas en grupo (88). Pueden realizarse visitas de seguimiento de grupos de población específicos con formatos innovadores que no tienen por qué ser cara a cara; cuando sea posible, el seguimiento del estado de los pacientes puede realizarse satisfactoriamente mediante llamadas telefónicas (89, 90). Por último, los profesionales necesitan aptitudes que les permitan medir los resultados del *conjunto* de los pacientes, evitando así caer en la trampa de centrarse exclusivamente en los pacientes individuales presentes en el centro de salud.

En la prestación de atención de salud dirigida a la población, los profesionales de la salud también deben ser capaces de salir de los ámbitos formales de la atención de salud para trabajar con y para las comunidades o las poblaciones correspondientes. Esto incluye la incorporación de miembros de la comunidad como socios activos para la promoción de la salud, y el fomento —de forma directa e indirecta— de la prevención de enfermedades y la reducción del riesgo (91). Normalmente, los dispensadores de atención de salud son percibidos en sus comunidades como modelos de conducta confiables y, como tales, pueden influir en actitudes y hábitos relacionados con la salud, como los hábitos alimenticios, el ejercicio físico y el consumo de tabaco.

5.2 Enfoque basado en los sistemas

El enfoque basado en los sistemas está estrechamente relacionado con una perspectiva de salud pública, y es especialmente importante para la atención de salud (92). Así como los modos convencionales de análisis aíslan partes cada vez menores del sistema objeto de análisis, el análisis de los sistemas tiene en cuenta un gran número de interacciones. Se obtienen así, en ocasiones, conclusiones sorprendentemente diferentes de las generadas mediante modos de análisis convencionales, sobre todo cuando los sistemas estudiados son dinámicos, complejos o presentan un gran número de interacciones con otras fuentes, como ocurre en el caso de un sistema de atención de salud típico (93).

Se ha afirmado que la atención de salud se compone de una serie de sistemas que, a su vez, forman parte de otros sistemas más amplios (94). En este sentido, el sistema de atención de salud puede dividirse en múltiples niveles: nivel micro, o nivel del paciente; nivel meso, o nivel de la organización de atención de salud y la comunidad; y nivel macro, o nivel de las políticas. Los profesionales deben ser, como mínimo, conscientes de la existencia de estos niveles, deben comprender las relaciones de unos niveles con otros y, a ser posible, deben favorecer activamente las políticas que benefician al sistema de atención de salud (4). Un dominio más avanzado de esta cualificación conlleva aumentar la concienciación para dirigir la innovación y el cambio en los sistemas de atención de salud (92).

5.3 Consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial

Una perspectiva de salud pública hace hincapié en una continuidad asistencial completa, desde la prevención clínica a los cuidados paliativos. Así, atiende a las necesidades de la población, que necesita medidas diferentes en momentos diferentes. La necesidad primera, y seguramente la más importante, de la población son los servicios preventivos, para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas. Cada interacción de atención de salud es una oportunidad de prevención y la mayoría de las enfermedades crónicas son evitables. Cuando un paciente enferma, necesita tratamientos basados en criterios científicos y apoyo para el autotratamiento, con el fin de prevenir las complicaciones y la discapacidad. Los enfermos crónicos pueden llegar a necesitar cuidados paliativos y, en último término, cuidados terminales. Si los profesionales de la salud conciben la atención de salud desde la perspectiva de una continuidad asistencial completa, pueden prestar cuidados de forma más eficaz y satisfacer mejor las necesidades de los enfermos crónicos, así como las del grupo de población más amplio del que son responsables.

5.4 Actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud

En los países en desarrollo, las enfermedades crónicas se presentan principalmente en el nivel de la atención primaria de salud y deben gestionarse principalmente en este ámbito. No obstante, para ser eficaz, en todos los ámbitos, la atención primaria de salud debe ejercerse en proximidad a la comunidad a la que atiende (95) y mantener una coordinación estrecha con los servicios especializados o terciarios, así como derivar los enfermos a estos servicios en caso necesario.

Para trabajar en un sistema con predominio de la atención primaria de salud, los profesionales deben ser capaces de actuar eficazmente como equipo médico, y deben contar con buenas aptitudes de comunicación para garantizar la continuidad asistencial a los pacientes. Esta cualificación se ve, por consiguiente, reforzada por otras cualificaciones básicas, como la *cooperación*.

No hay una sola forma de organizar los sistemas con predominio de la atención primaria de salud, sino que las características específicas de cada país o comunidad deben determinar la aplicación práctica de los principios de la atención primaria. No obstante, para la transformación de los sistemas de salud en sistemas con predominio de la atención primaria de salud los profesionales — de todos los países— deben incorporar sus principios básicos (96):

- acceso universal a la atención de salud acorde con las necesidades
- compromiso con la igualdad en materia de salud como parte de la justicia social
- participación de la comunidad en la definición y aplicación de las prioridades en materia de salud
- enfoques intersectoriales de la salud.

AUSTRALIA:

Enfoque basado en los sistemas, consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial ^(97,98)

La colaboración intersectorial es esencial para la promoción de la salud porque la salud está condicionada en cierta medida por factores sociales, políticos, físicos y económicos que están fuera del ámbito de influencia biomédico. Además, «la salud no es un objetivo que pueda alcanzar el sector de la salud por sí mismo» (97). A pesar de que los profesionales de la salud reconocen generalmente el valor de esta estrategia como componente importante de la promoción de la salud, se plantea el reto de lograr que otros sectores reconozcan y aprecien el efecto de sus productos y servicios en la salud de una población.

Para abordar este reto, el *Centre for Public Health* (centro para la salud pública) de la *University of*

New South Wales, Sydney (Australia), elaboró un curso universitario como parte del programa académico general orientado a estudiantes de múltiples disciplinas diferentes de la salud. Los objetivos del curso son favorecer el conocimiento de la continuidad asistencial, la comprensión de los factores personales determinantes de la salud y las cuestiones globales que afectan a la salud, y el reconocimiento de la posible contribución que pueden ejercer, mediante la interacción, diversas profesiones en la salud de los demás en el conjunto de la comunidad. Es un avance para el fomento de la capacidad de las organizaciones de colaborar en diversos sectores por medio de la enseñanza a los futuros profesionales.

CUBA:

Prestación de atención de salud dirigida a la población, consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial y actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud ⁽⁹⁹⁾

En 1984, el Gobierno de Cuba introdujo un programa de médicos de familia con la intención de mejorar el acceso a la atención de salud de la población. Cada médico de familia es responsable de la salud general de toda la población en una zona definida de dimensiones reducidas. Estos médicos prestan servicios preventivos, de salud materna y curativos a niños y adultos, y vigilan la salud de los enfermos crónicos. Viven en las

comunidades a las que atienden, con frecuencia en el mismo bloque de viviendas que sus pacientes; a menudo, su consulta está ubicada en el edificio en el que viven.

Además de las consultas médicas, los médicos de familia cubanos desempeñan una función activa de promoción de la salud en sus comunidades.

(Continúa en la página siguiente. . .)

(Procede de la página anterior)

Aconsejan y orientan de manera informal a los miembros de la comunidad y gestionan grupos de prevención y autotratamiento. Sirven también de ejemplo positivo para los hábitos cotidianos de sus pacientes.

Los médicos de familia colaboran estrechamente con las enfermeras en las comunidades de las que son responsables. Colaboran también con los médicos especialistas, los empleados de los servicios de educación para la salud y los asistentes sociales de los hospitales para coordinar la atención de salud tanto a sus pacientes individuales como a la población de la que son responsables.



NUEVA ZELANDIA:

Prestación de atención de salud dirigida a la población y actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud ^(100,101)

La estrategia de atención primaria de salud de Nueva Zelanda (*New Zealand Primary Health Care Strategy*), puesta en marcha en 2001, proporciona una orientación clara para los servicios de atención primaria de salud en el país. Describe el modo en que un nuevo enfoque en la atención primaria de salud mejorará la salud de la población, por medio de:

- un mayor acento en la salud de la población, la promoción de la salud y los cuidados preventivos
- la participación de la comunidad
- la participación de diversos tipos de profesionales y fomento de enfoques multidisciplinarios de toma de decisiones
- la mejora de la accesibilidad, asequibilidad y pertinencia de los servicios

- la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial
- la prestación y financiación de servicios acordes con las necesidades de la población (en lugar del pago de honorarios por la atención prestada a los enfermos).

El Ministerio de Salud está trabajando con el sector de la salud para ejecutar la estrategia progresivamente a lo largo de los próximos años.

El consejo de salud del distrito de Counties Manukau (*Counties Manukau District Health Board*) también adoptó un modelo de gestión de la atención a enfermos crónicos en 2001. Los componentes clave del modelo son la atención prioritaria a pacientes de alto riesgo, la

(Continúa en la página siguiente. . .)

(Procede de la página anterior)

organización de medidas costoeficaces en un sistema de atención y el uso de un sistema automático de señales y recordatorios que impulsan a la adopción de medidas. Un análisis económico

de la inversión sugirió un ahorro potencial de 277 a 980 dólares de Nueva Zelandia (NZ\$) por persona y año.

ESPAÑA:

Enfoque basado en los sistemas, consideración de todos los aspectos de la continuidad asistencial y actuación en sistemas con predominio de la atención primaria de salud ^(102, 103)

En 2000, se concibió el Programa de atención integral a enfermos crónicos (PAIEC) como componente clave del proceso de reestructuración del *Hospital Clínic*, uno de los hospitales terciarios de Barcelona (España). Se elaboró en respuesta a los retos que plantea para el sistema europeo de atención de salud el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas y de los costos de la atención de salud. Esta situación es particularmente problemática en España, donde las previsiones demográficas indican que la proporción de personas de 65 años o más aumentará del 17%, en 2000, al 20%, en 2020. Debido a que esta situación es aún más problemática en la región de Barcelona, la consejería de sanidad del gobierno autónomo catalán ha apoyado este programa desde el comienzo de su ejecución.

El objetivo del proyecto es desarrollar un sistema abierto con un modelo de atención centrado en el paciente. Las dos fuerzas motrices de este proceso en curso son: refuerzo de la colaboración entre los diferentes ámbitos de atención por medio de programas comunes y fomento de la excelencia en investigación biomédica en la región.

El PAIEC se diseñó como unidad funcional de atención a enfermos crónicos con actividades en los diferentes departamentos médicos del hospital. Una de las funciones fundamentales de la unidad es fomentar la creación de puentes entre el hospital y los servicios de atención primaria por medio de una continuidad asistencial basada en una plataforma de información en la web. Las actividades básicas del PAIEC son:

- validación de servicios innovadores de atención de salud a domicilio
- apoyo de interacciones entre profesionales de la atención de salud de diferentes ámbitos del sistema (por ejemplo, atención primaria, hospitales generales, residencias)
- mayor accesibilidad de grupos de pacientes objetivo.

Hasta el final de 2003, el PAIEC se desarrolló como un conjunto de programas piloto de atención médica para enfermedades específicas, dirigidos esencialmente a los enfermos con neumopatías crónicas, desde los que presentaban riesgo de NOC o estaban en las etapas iniciales de la enfermedad, hasta los que habían alcanzado la

(Continúa en la página siguiente. . .)

(Procede de la página anterior)

etapa final. Las ventajas más destacadas del programa durante su periodo de ejecución han sido el desarrollo de:

- instrumentos de telemedicina o de colaboración para apoyar el uso generalizado de la espirometría en el ámbito de la atención primaria
- servicios innovadores prestados a domicilio, para evitar la hospitalización
- ensayos de hospitalización en el domicilio

- estrategias para la fase terminal de la enfermedad.

El PAIEC se consolidará durante el año 2004, ampliando los servicios a otras zonas de la región y añadiendo las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades geriátricas y el VIH/SIDA. Los resultados beneficiosos del PAIEC han sido la potenciación de los dispensadores del ámbito primario de atención de salud y el efecto positivo en el autotratamiento y la calidad de vida en términos de salud de los pacientes.

Conclusiones



La transición de la atención a problemas de salud agudos a la atención a los problemas crónicos genera un conjunto de exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud. Además de las aptitudes precisas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones agudas, los profesionales de hoy en día necesitan un conjunto básico de cualificaciones para mejorar la atención de salud a los enfermos crónicos. Los profesionales del siglo XXI deben dar prioridad a la gestión de los problemas de los enfermos frente a la curación de las enfermedades y a la atención a largo plazo frente a la atención episódica.

Este documento describe un conjunto básico de cualificaciones para mejorar la atención a los enfermos crónicos:

- La esencia de este tipo de atención es centrarse en el paciente. Esto supone un cambio con respecto a la práctica tradicional, centrada en el dispensador, y exige que los profesionales desarrollen aptitudes de comunicación que, al percibir la salud desde la perspectiva del paciente, potencian su responsabilidad y le motivan y educan en el autotratamiento de los problemas de salud.
- La práctica de una atención aislada ya no es adecuada para lograr resultados positivos en el tratamiento de los problemas crónicos; los profesionales deben ser capaces de crear y mantener relaciones de cooperación con todas las partes involucradas: los enfermos y sus familias, otros dispensadores y la comunidad.

- Los profesionales necesitan aptitudes que garanticen una mejora continua de la calidad en términos de la seguridad del enfermo y la eficiencia en la prestación de los servicios.
- La capacidad de utilizar la tecnología de la información y la comunicación disponible es esencial para prestar atención a los enfermos con problemas de duración prolongada y que afectan a diferentes dispensadores y ámbitos de atención.
- Por último, los profesionales deben ser capaces de percibir la atención de salud desde una perspectiva amplia, de salud pública, lo que les permitirá comprender cómo se integra su responsabilidad y obligación de rendir cuentas en el marco del conjunto del sistema de atención de salud.

Los profesionales de la salud están entre los factores más importantes que afectan a la calidad y eficacia del sistema de atención de salud. Son decisivos para estimular, ejecutar y mantener las transformaciones necesarias para mejorar la atención a los enfermos crónicos. En consecuencia, es esencial reformar la formación de estos profesionales. La mejora de su preparación y formación requerirá el compromiso de una alianza de base amplia. No será posible una verdadera reforma educativa sin esfuerzos concertados y continuados de las instancias decisorias, los dirigentes académicos y las organizaciones de profesionales de la salud.

Bibliografía

1. *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. Institute of Medicine. *Health professions education: A bridge to quality*. Washington DC, The National Academies Press, 2003.
3. Institute of Medicine. *Improving medical education: Enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula*. Washington DC, The National Academies Press, 2004.
4. O'Neil EH and the Pew Health Professions Commission. *Creating health professional practice for a new century*. San Francisco, Pew Health Professions Commission, 1998.
5. *Definition of competency*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2002.
6. *World Health Report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
7. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (Technical Report 916).
8. *Human resources and national health systems: Shaping the agenda for action*. Geneva, World Health Organization, 2002.
9. *Making medical practice and education more relevant to peoples' needs: The contribution of the family doctor*. Geneva, World Health Organization, 1994.
10. Griner P. The workforce for health: Response. In: Institute of Medicine. *2020 Vision: Health in the 21st Century*. Washington DC, National Academies Press, 1996:102–107.
11. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC, National Academies Press, 2001.
12. *Physician concerns: Caring for people with chronic conditions*. Baltimore, Partnership for Solutions, 2002 (<http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/2002/physiciancern.pdf>, accessed 22 October 2004).
13. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7:55–66.
14. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped care for chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 2000, 172:133–137.
15. American College of Rheumatology Guidelines. *Arthritis and Rheumatism*, 1996, 39:713–722.
16. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). *Depression in primary care. Vol. 2 Treatment of major depression*. Rockville, MD, Public Health Service, 1993 (Publication 93–0551).

17. AHCPR. *Heart failure: Evaluation and care of patients with left ventricular systolic dysfunction (Clinical Practice Guideline No. 11)*. Rockville, Public Health Service, 1994.
18. *National Asthma Education Program Guidelines*. Bethesda, National Asthma Education Program, Office of Prevention, Education, and Control, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, 1991 (Publication 91-3042).
19. American Diabetes Association. American Diabetes Association guidelines. *Diabetes Care*, 1999, 22:S32-S41.
20. Steering Committee and Membership of the Advisory Council to Improve Outcomes Nationwide in Health Failure. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. *American Journal of Cardiology*, 1999, 83:1A-31A.
21. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909-1914.
22. Von Korff M et al. Collaborative management of chronic illness: Essential elements. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127:1097-1102.
23. McWhinney I. The need for transformed clinical method. In: M. Stewart, D Roter, eds. *Communicating with medical patients*. London, Sage, 1989.
24. *The European definition of general practice/family medicine*. Barcelona, World Organization of Family Doctors (WONCA), 2002.
25. *American College of Graduate Medical Education General Competencies*. Chicago, American College of Graduate Medical Education, 1999. (<http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>, accessed 22 October 2004).
26. *FIP Statement of professional standards. Code of ethics for pharmacists*. The Hague, International Pharmaceutical Federation (FIP), 1997.
27. *ICN framework of competencies for the generalist nurse*. Geneva, International Council of Nurses, 2003.
28. *FIP Statement of professional standards. Pharmaceutical care*. International Pharmaceutical Federation (FIP), 1998.
29. *Declaration of Lisbon on the rights of the patient*. Ferney-Voltaire, World Medical Association, 1995. (<http://www.wma.net/e/policy/l4.htm>, accessed 22 October 2004).
30. Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. *Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 88:415-425.
31. Lorig K. Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*, 1993, Fall:11-14.
32. Goldberg RJ, Novack DH. Psychosocial review of systems. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:261-269.
33. Kundahl K. Cultural diversity: An evolving challenge to physician-patient communication. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:94.

34. *Eradicating low health literacy: The first public health movement of the 21st century*. New York, Pfizer Partnership for Clear Health Communication, 2003, (<http://www.aameda.org/MemberServices/Exec/Articles/sum03/EradicatingLowHealthcareLiteracy.pdf>, accessed 22 October 2004).
35. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:2207–2212.
36. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2469–2475.
37. Beresford SA et al. A dietary intervention in primary care practice: The eating pattern study. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:6610–6616.
38. Nawaz H, Adams ML, Katz DL. Physician-patient interactions regarding diet, exercise and smoking. *Preventive Medicine*, 2000, 31:652–657.
39. Miller WR, Rollnick S, eds. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*, 2nd ed. New York, Guilford, 2002.
40. Mead N, Bower P. Patient centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1087–1110.
41. Borbeau J et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine* 2003, 163:585–590.
42. Fu D et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:174–82.
43. Sorenson WB et al. A visit to a Mexican specialty hospital: The patient as leader? *Hospital Topics: Research and Perspectives on Health Care*, Vol. 78, no. 1 Winter 2000, 10–13.
44. *The Integrated Management of Adolescent and Adult Illness Modules*. Geneva, World Health Organization, 2004. (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/>, accessed 22 October 2004).
45. *The working partnership (Book 1). The value of partnerships*. London, National Health Service, Health Development Agency, 2000.
46. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement (Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education). *Academic Medicine*, 2001, 76:390–393.
47. Szasz T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 1956, 97:585–592.
48. Kaplan S, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 1989, 27:s110–s127.

49. Grol R et al. Disease-centred versus patient-centred attitudes: Comparison of general practitioners in Belgium, Britain, and The Netherlands. *Family Practice*, 1990, 7:100–103.
50. Halpern R et al. A synthesis of nine major reports on physicians' competencies for the emerging practice environment. *Academic Medicine*, 2001, 76:606–615.
51. Bush J. Recommendations for the future of family medicine. *Family Practice Management*, 2004, 11:34–38.
52. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569–57.2
53. Wagner EH, Austin, BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996, 74:511–544.
54. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1998, 1:2–4.
55. Calkins E et al., eds. *New ways to care for older people*. New York, Springer, 1998.
56. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership as a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 2000, 320, 525–527.
57. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan S et al. If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population based approach to chronic illness. *Annals of Behavioural Medicine*, 1999, 21:159–170.
58. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:S3–S32.
59. Hoy WE et al, Reducing premature death and renal failure in Australian Aborigines: A community-based cardiovascular and renal programme. *Medical Journal of Australia*, 172:473–478, 2000.
60. *The Diabetes Programme for Pharmacies*. Tampere, The Association of Finnish Pharmacies and the Finnish Diabetes Association, 2001.
61. *Report of the First International Review Meeting. Practical Approach to Lung health strategy, Rabat, 4–6 September 2002*. World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.324). (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_TB_2003.324.pdf, accessed 22 October 2004).
62. *Collaborative Practice in the 21st Century.*, Geneva, International Council of Nurses, 2004.
63. *Declaration with guidelines for continuous quality improvement in health care*. Ferney-Voltaire, World Medical Association, 1997.
64. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 1996, 312:619–622.

65. Holman WL et al. Alabama coronary artery bypass grafting project: Results of a state-wide quality improvement initiative. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:3003–3010.
66. Kiefe CI et al. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2871–2879.
67. O'Connor GT et al. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. The Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:841–846.
68. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: The doctor's role—II. *British Medical Journal*, 1992, 304:304–308.
69. Mutha S, Norman G, O'Neil E. Medical Practice 2002: How we get there. *Western Journal of Medicine*, 2000, 172:274–277.
70. *Veracruz initiative for diabetes awareness (VIDA Project)*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2004. (<http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/dia-vida-veracruz.htm>, accessed 19 October 2004).
71. *Report of the consultative meeting on primary health care policy review in the Eastern Mediterranean Region, Muscat, Oman, 28–30 January 2002*. Muscat, Sultanate of Oman Ministry of Health, 2002.
72. *Annual Health Report 2000 A.D. 1420–1421 A.H.* Muscat, Directorate General of Planning, Sultanate of Oman Ministry of Health, 2001.
73. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Workshop*. Ghent, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2001.
74. Enright PL, Kaminsky DA. Strategies for screening for chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Care*, 2003, 48:1194–1201.
75. Berwick DM. Lessons from developing nations on improving health care. *British Medical Journal*, 2004, 328:1124–1129.
76. Forsstrom J, Rigby M. TEAC-Health: Research-based recommendations for European certification of health telematics services. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2000, 77:288–292.
77. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
78. *Africa telecom projections, 1995–2005*. International Telecommunication Union, April, 2004. (<http://www.itu.int/ITU-D/afr/statistics/projections.htm>, accessed 27 October 2004).
79. Cornish PA et al. Rural interdisciplinary mental health team building via satellite: a demonstration project. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*. 2003, 9:63–71.

80. Mudur G. The great technological divide. *British Medical Journal*, 2004, 328:788.
81. *Uganda Health Information Network*. Watertown, Satellife, 2004. (<http://pda.healthnet.org/index.php>, accessed 22 October 2004).
82. Young M et al. A Telephone-linked computer system for COPD care. *Chest*, 2001, 119:1565–1575.
83. *Public health management*. Geneva, World Health Organization, 2002.
84. Acheson D. *Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London, HMSO, 1988.
85. Rivo ML. It's time to start practicing population-based health care. *Family Practice Management*, 1998, 5:37–46.
86. Boland P, ed. *Redesigning Health Care Delivery*. Boland Health Care, Berkeley, 1996, 159–163.
87. Zeich R. Patient identification as a key to population health management. *New Medicine*, 1998, 2:109–116.
88. Beck A et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1997, 45:543–549.
89. Wasson J et al. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:1828–1829.
90. Maisiak R, Austin J, Heck L. Health outcomes of two telephone interventions for patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1996, 19:1391–1399.
91. el Ansari W et al. New skills for a new age: leading the introduction of public health concepts in healthcare curricula. *Public Health*, 2003, 117:77–87.
92. *National Public Health Leadership Institute (PHLI) programme model, 2004*. Chapel Hill, National Public Health Leadership Institute, 2004. (<http://www.phli.org/aboutPHLI/index.htm>, accessed 19 October 2004).
93. Aronson D, *Overview of Systems Thinking. 1996–8*. (http://www.thinking.net/Systems_Thinking/OverviewSTarticle.pdf, accessed 19 October 2004).
94. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 2001, 323:625–628.
95. *From Alma-Ata to the year 2000: Reflections at the midpoint*. Geneva, World Health Organization, 1988.
96. *World Health Report 2003. Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003.
97. Declaration of Alma-Ata. In: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.
98. Furber WE, Ritchie JE. Spreading the word: Teaching health promotion to students from disciplines other than health. *Education for Health*, 2000, 13:329–336.

99. Warman A. Living the revolution: Cuban health workers. *Journal of Clinical Nursing*, 2001, 10:311–9.
100. *Primary health care strategy*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001. (<http://www.moh.govt.nz/primaryhealthcare>, accessed 22 October 2004).
101. Wellingham J et al. The development and implementation of the Chronic Care Management Programme in Counties Manukau. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116:U327.
102. Hernandez C et al. CHRONIC project: Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *European Respiratory Journal*. 2003, 21:58–67.
103. Roca J et al. Home management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. In: NM Siafakas, NR Anthonisen, D Georgopoulos, eds. *Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (part VII chapter 1)*. In the series Lung Biology in Health and Disease (Claude Lenfant, ed),, New York, Marcel Dekker Inc, 2002.