


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117307](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117307)

Copyright: 

Conference Abstract

Program in Health Management and Integration of Chronic Disease / Programa de Gestión e Integración en Salud de Enfermedades Crónicas

Juan Javier Diaz, Servicios de Salud de Yucatán, México

Correspondence to: **Juan Javier Diaz**, Servicios de Salud de Yucatán, México, E-mail: centrodiabetesmerida@gmail.com

Abstract

Introduction: In Spain, hospital Augustine O'Horan second level is the point where the highest percentage of referred patients from the Yucatan Peninsula. In 2013, according to statistics department of the hospital file income from major chronic diseases were diabetes mellitus (DM): 1030 patients; Chronic Kidney Disease (CKD) patients 967; 187 hypertension; 76 cirrhosis patients and COPD (chronic obstructive pulmonary disease) 76 patients.

A supersaturation of secondary care by increasing demand, further reference from the primary care level delay in granting the query. Moreover reentry chronic patients lack the continuity of care for patients discharged from specialty services in secondary and tertiary care.

Rationale: Our health care system lacks a system of care network, fragmentation is also prevailing throughout the system and there are no clinical pathways and care networks focused on it, either disease management module and a strategy for continuity of care and effective home care.

You need to integrate health programs based on models of chronic care through strategies focused on patient care, training and education for self-care through multidisciplinary case management groups achieve the integration of different levels health system aimed at preventing the fragmentation of the system. Strengthening the primary care level to allow better management of resources, reorganizing the internal system and resolving power of the unit so as to avoid over saturation of the second level of care.

Objective: Develop a program to strengthen primary care based on integrated models forming a multidisciplinary case management attention to the integration of attention networks that allow the granting of quality customer service with a people-centered vision module.

Model Description: Through the chronic care model of Wagner, PRISMA, Keiser-Permanente and model continuity of chronic care, was held to integrate a module of clinical care, entitled: OFFICE OF INTEGRATED MANAGEMENT OF DISEASES CHRONIC (CAINEC) within the primary care unit of Merida, Yucatan (Merida Health Center). Which works for clinical care and management module as patients. And laboratory management projects.

Population: All people who come to the health center of Merida mainly risk groups and individual cases with major noncommunicable (non-neoplastic) chronic diseases

Stakeholders: Managing Director and coordinators of each department, family, patients

Areas involved: general management, administrative direction, quality department, social work, popular insurance manager, operating of medicine, nursing, nutrition and psychology.

Conclusions and lessons learned, contingencies: The project was set up to 6 months during which the internal reorganization of the unit was achieved, clinical pathways were created that did not exist. He attended the 100% of the population with chronic diseases that general practices related to the second level (Diabetes, COPD, cirrhosis, etc). They were attended to 460 patients, of whom only 20% were referred to secondary hospital for care and initiated a protocol according to individual needs. Decreasing inadequate patient referral. All in coordination with social work, which makes the direct link. We reduced the specialist care from an average of 1-2 months to less than 48 hrs.

We found that a key point is the authorities in health's interest and vision of innovation that they have, as we had to open the Poarte project director and other managers was excellent. It was shown that small actions can lead to significant changes.

The main obstacle encountered was at the level of state and federal budget was cut in the area of health. Which did not allow us, for the moment, to give continuity to the project. But we are waiting for the new budget item to restart work.

Conference abstract Spanish

Introducción: En nuestro medio, el hospital de segundo nivel Agustín O'Horan es el punto donde es referido el mayor porcentaje de pacientes procedentes de la península de Yucatán. En el 2013, según estadísticas del departamento de Archivo de este hospital los ingresos de las principales enfermedades crónicas fueron: diabetes mellitus (DM): 1030 pacientes; Enfermedad renal crónica (ERC) 967 pacientes; hipertensión arterial 187; cirrosis 76 pacientes y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) 76 pacientes.

Se muestra una sobresaturación del segundo nivel de atención por aumento de la demanda, mayor referencia desde el primer nivel de atención con retraso en otorgar la consulta. Por otra parte el reingreso de pacientes crónicos por falta en la continuidad de la atención de pacientes egresados de los servicios de especialidad en segundo y tercer nivel de atención.

Justificación: Nuestro sistema de salud carece de un sistema de red de atención, la fragmentación es imperante a lo largo del sistema y no existen vías clínicas ni redes asistenciales enfocada a ello, tampoco módulo de gestión de enfermedades ni una estrategia para la continuidad de la atención ni atención domiciliaria efectiva.

Es necesario integrar programas de salud basados en modelos de cuidados crónicos a través de estrategias de atención centradas en el paciente, capacitación y educación para el autocuidado de la salud por medio de grupos multidisciplinarios de gestión de casos que logren la integración de los diferentes niveles del sistema de salud dirigidas a evitar la fragmentación del sistema. Reforzando el primer nivel de atención para permitir una mejor gestión de los recursos, reorganización del sistema interno y poder resolutivo de la unidad de tal forma que se evite la sobre saturación del segundo nivel de atención.

Objetivo general: Desarrollar un programa para reforzar el primer nivel de atención en base a modelos integrados formando un módulo atención multidisciplinario de gestión de casos para la integración de redes atención que permita otorgar una calidad de atención al usuario con una visión centrada en la persona.

Descripción del modelo: A través del modelo de cuidados crónicos de Wagner, PRISMA, Keiser-Permanente y Modelo de continuidad de cuidados crónicos, se llevo a cabo la integración de un módulo de atención clínica, denominado: CONSULTORIO DE ATENCION INTEGRADA DE ENFERMEDADES CRONICA (CAINEC), dentro en la unidad de atención primaria de Mérida, Yucatán (Centro de Salud de Mérida). El cual funcionaría para la atención clínica y como módulo de gestión de pacientes. Así como laboratorio de proyectos de gestión.

Poblacion: Toda la población que acude al centro de salud de Mérida principalmente grupos de riesgo y casos individuales con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (no neoplásicas)

Actores implicados: Director general y coordinadores de cada departamento, familiares, pacientes

Areas implicadas: direccion general, direccion administrativa, departamento de calidad, trabajo social, gestor de seguro popular, operativos de medicina, enfermeria, nutrición y psicología.

Conclusiones y lecciones aprendidas, contingencias: El proyecto se estableció a 6 meses durante los cuales se logró la reorganización interna de la unidad, se crearon vías clínicas que no existían. Se atendió al 100% de la población con enfermedades crónicas que los consultorios de medicina general referían a segundo nivel (Diabetes, EPOC, Cirrosis, etc). Se atendieron a 460 pacientes de los cuales, sólo el 20% fue referido al hospital de segundo nivel para su atención y con un protocolo iniciado de acuerdo a las necesidades individuales. Disminuyendo la referencia inadecuada de pacientes. Todo en coordinación con trabajo social, el cual realiza el enlace directo. Logramos reducir la atención por especialista de un promedio de 1 a 2 meses a menos de 48 hrs.

Encontramos que un punto fundamental es el interés de las autoridades en salud y la visión de innovación que ellas tengan, ya que la apertura que tuvimos para el proyecto por parte del director y otros directivos fue excelente. Se demostró que pequeñas acciones pueden llevar a cambios significativos.

El principal obstáculo encontrado fue a nivel del presupuesto estatal y federal que fue recortado en el ámbito de salud. Lo cual, no nos permitio, por el momento, dale continuidad al proyecto. Pero estamos en espera de la nueva partida presupuestal para reiniciar labores

Keywords

primary health care; comprehensive care; chronic diseases; management / atención primaria en salud; atención integrada; enfermedades crónicas; gestión

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>