


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:10-1-117372](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117372)

Copyright: 

Conferenc Abstract

Implementation experiences of a mexican model of comprehensive care for major chronic diseases / Experiencias de implementación de un modelo mexicano de atención integral de las principales enfermedades crónicas

Virginia Molina Cuevas, Mexico

Gabriela Ortíz Solís, Mexico

Henry Pérez Reyes, Mexico

Jesús Felipe González Roldan, Mexico

Correspondence to: **Virginia Molina Cuevas**, Mexico, E-mail: vmolina.cuevas@gmail.com

Abstract

As part of the actions implemented by the Mexican government, to address chronic diseases most prevalent in the country, since 2008 the Ministry of Health launched the Medical Specialty Units Chronic Disease (UNEMES EC), which under Model "Prevention Clinic" provides care to patients referred to the first level and reagents for the treatment of diabetes mellitus, hypertension, overweight or obesity, metabolic syndrome and dyslipidemia.

In this model converge several components: the medical-pharmacological care focused on disease control, prevention and early detection of complications, an education process for users and involving a multidisciplinary team composed of medical specialists, registered nurses, nutrition, psychology and social work and administrative staff; trained specifically for patient care and involve your family. Moreover, within primary care actions performed early detection, providing interventions to the population in risk detected. The extension component of good practice to the primary care level, provides training and advice to staff referral units.

To implement the model in the 100 units in operation, were trained for multidisciplinary team, to publicize the operational model, define processes, responsibilities and made use of electronic medical record HAD doc care for these diseases. Through an exploratory qualitative study for five years consulting and continuous monitoring by various media was given, supervisory visits were conducted, with a charter application of structured, weighted and interviews with team members and executives program.

Development in the implementation of the model.

Results: The results show that there is a correlation between the proposed theoretical model and operating model, with good clinical integration within the team resulting in comprehensive, multidisciplinary care to patients and their families is given, highlighting satisfaction users.

The findings to identify difficulties at various levels for the insertion and articulation of this model in the continuum of care. At the national level, although this protocolized the care of these patients in the UNEMES EC, there is a lack of regulations on the articulation of these units with primary and secondary, to allow proper transit of chronic patient care, according to their clinical need. Statewide, the difficulties are related on the one hand mechanisms job instability personnel serving in these units, and on the other, monitoring mechanisms and oriented to meeting targets assessment, rather than an integrated factor analysis approach that contribute to non-compliance with them and the dilution of responsibilities. At the national level, a lack of knowledge, adoption of the model and dilution of responsibilities, leading to greater disruption at this level and operational fragmentation was detected.

Conclusion: As a result of these structural difficulties, UNEMES EC should make additional efforts to achieve care coverage, trigger actions model and achieve its objective of contributing to slow the trend of major chronic diseases.

Conference abstract Spanish

Como parte de las acciones que implemento el Estado Mexicano, para atender las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el país, a partir del año 2008 la Secretaría de Salud puso en marcha las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC), que bajo el Modelo de “Prevención Clínica” otorga atención a pacientes referidos del primer nivel y reactivos al tratamiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso u obesidad, síndrome metabólico y dislipidemias.

En este modelo confluyen varios componentes: la atención médico-farmacológica enfocada al control del padecimiento, la prevención y detección oportuna de complicaciones, un proceso educativo para los usuarios y, la participación de un equipo multidisciplinario integrado por médicos especialistas, licenciados en enfermería, nutrición, psicología y trabajo social y personal administrativo; entrenado ex profeso para atender al paciente e involucrar a su familia. Además, dentro de sus acciones de atención primaria realiza detección oportuna, otorgando intervenciones a la población en riesgo detectada. El componente de extensión de buenas prácticas hacia el primer nivel de atención, brinda capacitación y asesoría al personal de unidades de referencia.

Para la implementación del modelo en las 100 unidades funcionando, para se capacitó al equipo multidisciplinario, para dar a conocer el modelo operativo, definir los procesos, responsabilidades y uso del expediente clínico electrónico hecho had doc para la atención de estas enfermedades. A través de un estudio exploratorio de carácter cualitativo, por cinco años se dio asesoría y monitoreo continuo por diferentes medios de comunicación, se realizaron visitas de supervisión, con aplicación de una cédula estructurada, ponderada y con entrevistas con los integrantes del equipo y directivos del programa.

Desarrollo en la implementación del modelo.

Resultados: Los resultados muestran que existe una concordancia entre el modelo teórico planteado y el modelo operativo, con buena integración clínica al interior del equipo que se traduce en atención integral y multidisciplinaria que se otorga a los pacientes y sus familias, resaltando la satisfacción de los usuarios.

Los hallazgos permiten identificar dificultades en diversos niveles para la inserción y articulación de este modelo en el continuo de atención. En el nivel nacional, si bien esta protocolizado la atención de estos pacientes en las UNEMEs EC, se carece de normatividad sobre la articulación de estas unidades con las de atención primaria y secundaria, que permita el tránsito adecuado del paciente crónico, según su necesidad clínica.

A nivel estatal, las dificultades están relacionadas por un lado con mecanismos de inestabilidad laboral del personal que atiende en estas unidades, y por otro, a mecanismos de seguimiento y evaluación orientada al cumplimiento de metas, más que a un enfoque integrado de análisis de factores que contribuyen al no cumplimiento de las mismas y a la dilución de responsabilidades.

En el nivel jurisdiccional se detectó una falta de conocimiento, adopción del modelo y dilución de responsabilidades, lo que genera a ese nivel mayor desarticulación y fragmentación operativa.

Conclusión: Como consecuencia de estas dificultades estructurales, las UNEMEs EC deberán realizar esfuerzos adicionales para lograr la cobertura de atención, disparador de las acciones del modelo y lograr su objetivo de contribuir a desacelerar la tendencia de las principales enfermedades crónicas.

Keywords

chronic diseases; mexican model / enfermedades crónicas; modelo mexicano

PowerPoint presentation

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