

Estudio Cualitativo sobre el Modelo de Atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible y a la Multimorbilidad en Uruguay- Resultados

Proyecto

Mejora de la gestión de los servicios de salud para personas con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina - Brasil, Colombia y Uruguay

Febrero de 2023



Ministerio
de Salud
Pública

Banco Mundial

Autores

Jorge Gosis
Pablo Arbeloa
Luis Pérez
Oscar López
Soledad Bonapelch
Daniela Romero

Dirección

Jorge Gosis
Daniela Romero
Práctica de Salud, Nutrición y Población HNP LAC - Banco Mundial

Colaboradores

Regina Guzmán
Rosario Berterreche
Gustavo Gagliano
Ana Kuschnir

Agradecimientos

El equipo de trabajo agradece a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Uruguay de las áreas mencionadas que han actuado como contraparte, permitiendo la realización de las tareas previstas en la Asistencia Técnica, en particular de la Dirección General de la Salud (DIGESA), la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la Coordinación General de Programas y el Programa de Enfermedades Crónicas. El equipo también desea agradecer la cooperación de integrantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCS) y de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en la provisión de información analizada y en las entrevistas realizadas en las fases previas del estudio.



Uruguay 2023



El estudio fue financiado con recursos de Access Accelerated

Contenido

1. Objetivos	4
2. Metodología	5
3. Principales resultados vinculados al modelo de atención a la ECNT	9
4. Principales resultados en el modelo de atención a las enfermedades seleccionadas 16	
4.1. Diabetes	16
4.2. Hipertensión arterial.....	19
4.3. Enfermedad cardiovascular, incluida insuficiencia cardiaca congestiva	23
4.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	26
4.5. Enfermedad neurodegenerativa.....	30
5. Interpretación de resultados. Grados de desarrollo del modelo de atención a la ECNT.....	34
5.1. Metodología.....	34
6. Conclusiones y propuesta de desarrollo de un modelo de atención a la ECNT.	43
ANEXO 1.- MODELO DE CUESTIONARIO	46
ANEXO 2.- Resultados por efectores. Estudio sobre la atención a la ECNT	49
ANEXO 3. Informe Integral por efector	56

1. Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos:

1. Realizar un diagnóstico sobre el nivel de desarrollo de la atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) en Uruguay y los condicionantes que más influyen en su despliegue e implantación.
2. Analizar la percepción de los gerentes de las instituciones asistenciales del problema de la multimorbilidad por ECNT y de la asignación que realiza de los recursos de que dispone para conformar un dispositivo focalizado específicamente en la resolución de esa problemática.
3. Contrastar las características del modelo de atención a la ECNT de Uruguay con las de las iniciativas más importantes implantadas internacionalmente para identificar puntos fuertes y áreas posibles de mejora adaptados a la realidad de Uruguay.
4. Sentar las bases para proponer un plan de mejora acomodado al nivel de partida de cada Centro, que permita posicionar a Uruguay como un país avanzado en el manejo de la ECNT.

2. Metodología

Esta fase es un estudio descriptivo y exploratorio realizado a partir de un abordaje metodológico cualitativo. El estudio utiliza datos primarios obtenidos a partir de la realización de una entrevista semiestructurada a Directores Técnicos o Gerentes Operativos de prestadores integrales tanto públicos como privados del SNIS concedores de los problemas del día a día de los pacientes. En algunos casos fue realizada a técnicos de su Departamento. Éstas fueron llevadas a cabo durante el mes de julio de 2022 con base en un cuestionario de desarrollo propio elaborado por el equipo del Banco Mundial y revisado y validado por el equipo del MSP.

Los Centros fueron seleccionados por el MSP considerando criterios de tipo de cobertura de salud y ubicación geográfica. En total participaron 28 de 29 Instituciones seleccionadas.

El grado de cobertura poblacional potencialmente alcanzado por el estudio se sintetiza en el siguiente cuadro:

Región	Total población objetivo FONASA (a)	Población abarcada IAMCs	Población abarcada ASSE	Total población abarcada (b)	Porcentaje estimado de población abarcada en el estudio (b/a)
Montevideo/ Canelones	1.462.456	753.341	421.502	1.174.843	80,33
Resto Interior	1.536.365	401.419	716.019	1.117.438	73,00
Total	2.998.821	1.154.760	1.137.521	2.292.281	76,44

FONASA: Fondo Nacional de Salud. ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.
IAMCs: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

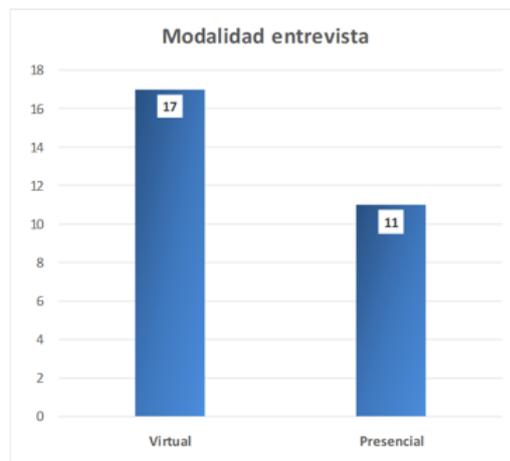
Cabe señalar que se ha considerado Montevideo y Canelones como una unidad, dado su carácter de conurbación, toda vez que ambas conforman un continuo urbano en el que hay muy baja diferenciación en cuanto a la prestación de servicios, más allá de la que pudiera expresar el despliegue de los establecimientos que integran cada una de las respectivas redes de prestadores de ASSE o de cada IAMC.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas de forma presencial o virtual de acuerdo con la accesibilidad del Centro y a su cercanía a otros efectores.

Fueron realizada por tres consultores expertos seleccionados en colaboración con el MSP y contratados como entrevistadores por el Banco Mundial.

A continuación, se presenta el listado de las instituciones o centros entrevistados, la distribución de entrevistas realizadas según tipo de modalidad.

Instituciones entrevistadas	
ASSE	IAMCs
Regional Sur	
Hospital Pasteur	SMI - Servicio Médico Integral, Sociedad de Producción Sanitaria
Hospital Maciel	CASMU -Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay- IAMPP
	COMECA- Corporación medica de Canelones
	Asociación Española
	MUCAM - Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica
Regional Oeste	
Hospital de Colonia	CAMEC- FEPREMI, Colonia
RAP de Colonia	
Regional Este	
Hospital de Maldonado	AMDM- La Asistencial Médica de Maldonado
RAP de Maldonado	CRAME-Sanatorio Mautone
Hospital de Rocha	CO.ME.RO., Colectivo Médico Rochense
RAP de Rocha	
Regional Norte	
Hospital de Salto	CAM (SMQS)- Centro Medico de Salto
RAP de Salto	
Hospital de Paysandú	COMEPA-Coorporacion Medica de Paysandu
RAP de Paysandú	
Hospital Tacuarembó	COMTA -Corporacion Medica de Tacuarembó
RAP de Tacuarembó	
Hospital de Rivera	
RAP de Rivera	



Alcance y contenidos del estudio

El objeto del estudio se centra en las ECNT de alta prevalencia y con un curso clínico con altas chance de empeoramiento por la presencia de exacerbaciones y/o recaídas, en las que un modelo de atención basado en actividades preventivas y en la anticipación, podrían conseguir estabilizar la evolución de la enfermedad y/o atrasar las complicaciones y el deterioro clínico. Y como

consecuencia de todo ello, mejorar la calidad de vida de los enfermos y de su familia y reducir las internaciones y la polifarmacia con claras ganancias en eficiencia del sistema de salud.

Es por ello por lo que, para este trabajo, el foco de atención se centra en las siguientes cinco ECNT:

- Enfermedad cardiovascular, incluida insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hipertensión arterial (HTA).
- Diabetes.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Enfermedad neurológica degenerativa.

No se consideraron en este trabajo dos de las dolencias crónicas de alto impacto por las justificaciones siguientes:

- Tratamiento activo del cáncer, por ser una enfermedad que requiere recursos muy intensivos y especializados en un corto periodo de tiempo con una estrategia muy específica y personalizada.
- Trastorno mental severo, por ser una enfermedad de muy largo recorrido que aparece de forma temprana, y que en general, no se correlaciona ni interfiere con otras dolencias crónicas, salvo en la fase tardía de su evolución clínica.

Para el diseño del cuestionario se consideraron los siguientes documentos:

- Experiencias internacionales en la atención a la ECNT. Es un documento de elaboración propia (se adjunta) que especifica los elementos más importantes que forman parte del modelo de atención en diversos países y entre ellos, EEUU, Australia, Canadá, Reino Unido y otros países de Europa.
- Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario HEALTHCARE TASK DIFFICULTY (HCTD) AMONG OLDER-ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. 2021
- Encuesta nacional de pacientes crónicos. Sociedad Española de Medicina Interna. 2014.

El alcance del cuestionario comprendió dos apartados diferenciados:

- (i) una parte inicial focalizada en la existencia de diversos elementos característicos necesarios para facilitar la asistencia a la ECNT y
- (ii) una segunda parte, de exploración del modelo de atención para cada una de las 5 enfermedades seleccionadas.

Los aspectos tratados en el apartado orientado a facilitar la atención a la ECNT (modelo de atención) fueron los siguientes:

- Sistemas para identificar pacientes afectados por ECNTs y multimorbilidad y los elementos que contribuyen a la gravedad y complejidad de estas.

- Realización periódica de una evaluación integral del paciente y de los elementos de vulnerabilidad que pueden contribuir a un manejo más deficiente de la enfermedad.
- Gestión de la polifarmacia: existencia de mecanismos para conciliar la medicación y reforzar la adherencia a los tratamientos.
- Coordinación con áreas sociales para resolver los problemas de los pacientes.
- Grado de desarrollo tecnológico para facilitar la atención a la ECNT: historia clínica electrónica, receta electrónica y sistemas de teleasistencia y tele monitorización.

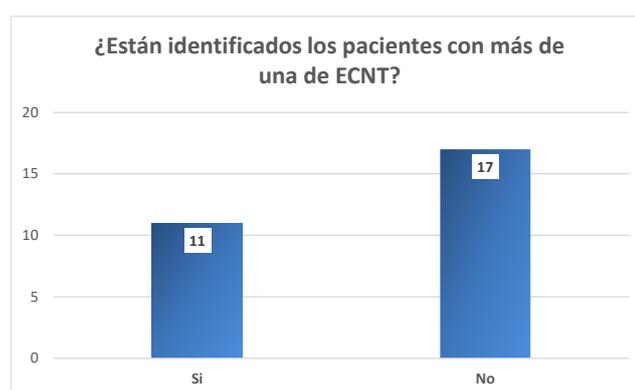
En lo referente al cuestionario de aplicación del modelo de atención sobre las cinco enfermedades seleccionadas, este abarco las siguientes áreas:

- Alcance poblacional.
- Distribución de roles y responsabilidades entre primer y segundo nivel de atención.
- Existencia de un equipo multidisciplinario para la asistencia a la enfermedad.
- Sistemas para la resolución de los problemas del día a día que plantean los pacientes.
- Existencia de protocolos y guías clínicas para el manejo de la enfermedad y para la resolución de los casos clínicos complejos.
- Sistemas para el autocuidado e implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, incluida la adherencia al tratamiento.
- Sistema para la evaluación de resultados de las políticas y acciones implantadas.

3. Principales resultados vinculados al modelo de atención a la ECNT

A efectos de poder enunciar los resultados y su análisis sin revelar la identidad de la entidad entrevistada, se anonimizaron los resultados asociando a cada institución un código numérico. El detalle de los códigos queda sólo en poder de la contraparte formal del presente estudio.

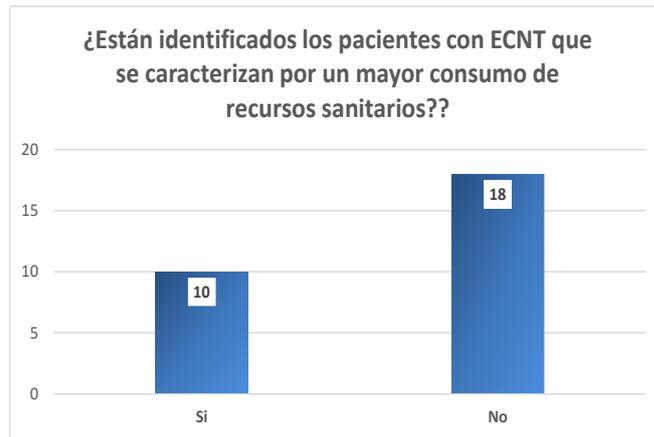
El 39,2% de los Centros identifican los pacientes afectados por una ECNT, fundamentalmente en base a dos bases de datos: la de HCE (Historia Clínica Electrónica) y la de los registros del consumo de farmacia. Las enfermedades con un mayor control son la diabetes y la HTA. Complementariamente se utilizan otras informaciones adicionales para analizar el impacto de la ECNT como la reinternaciones o el número de atenciones en emergencias, pero en general son muy poco monitorizados. La baja identificación sistemática de pacientes con ECNT conlleva riesgos sistémicos asociados al nivel de calidad de atención y a los mayores costos de los diagnósticos tardíos por consulta espontánea.



Combinaciones mas frecuentes	Nº	%
HTA + DM	9	64,3%
HTA + DM+Obesidad	2	14,3%
DM con IR	1	7,1%
DM con enfermedad vascular	1	7,1%
HTA con IR	1	7,1%
Total	14	100,0%

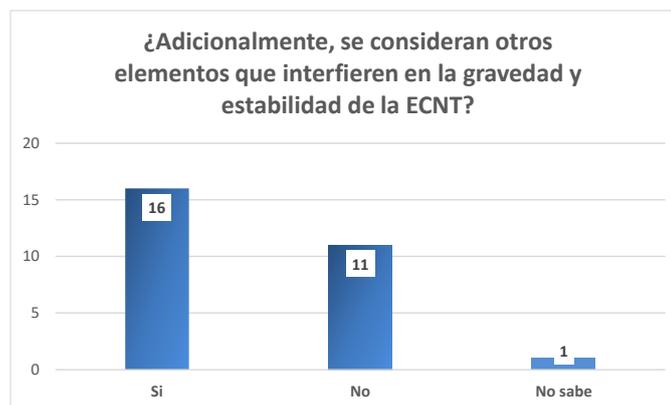
Cómo se identifican	Nº	%
HCE	7	63,6%
Registro de Farmacia	1	9,1%
Registro de Policlínica	1	9,1%
Por metas asistenciales	1	9,1%
Esta registrado no evaluado.	1	9,1%
Total	11	100,0%

HCE: Historia Clínica Electrónica



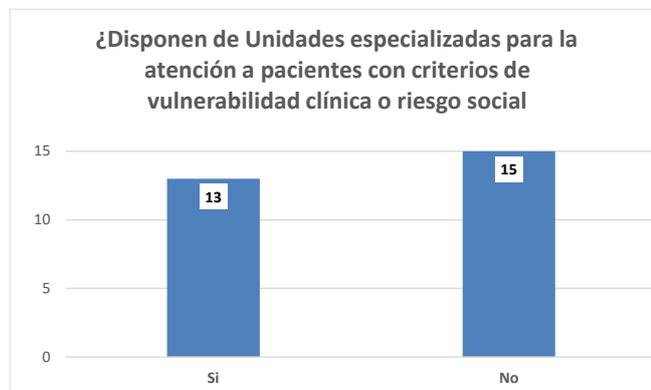
Sistemas utilizados	Nº	%
Polifarmacia	9	75,0%
Consumo de recursos	1	8,3%
Ingresos por EPOC o Cardiovascular u otras condiciones crónicas	2	16,7%
Total	12	100

Complementariamente, un 57,1% de los Centros incorporan elementos adicionales a la propia carga de enfermedad que agravan y/o complejizan el manejo de la enfermedad, siendo los principales criterios los de la vulnerabilidad social y/o discapacidad.



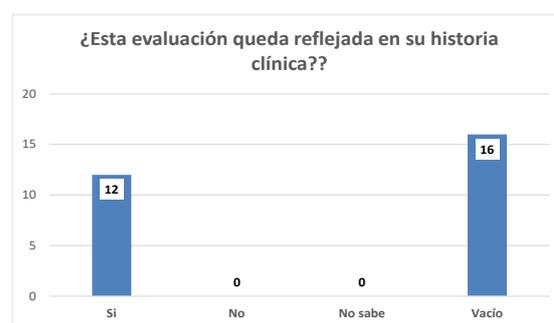
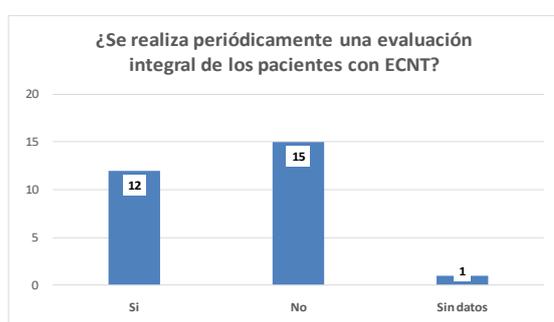
Elementos utilizados	Nº	%
Vulnerabilidad social	7	25,0%
Discapacidad , incluido programa SADANA	3	10,7%
Datos registrados en la HCE	1	3,6%
A criterio del médico	3	10,7%
Grupos de ayuda	1	3,6%
Comorbilidades	2	7,1%
Sin definir	1	3,6%

Si bien la mayoría de los Centros entrevistados no cuenta con Unidades Especializadas de atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o social (54%), los que si lo tienen, en su mayoría corresponden a Unidades Especiales de Vulnerabilidad Social.



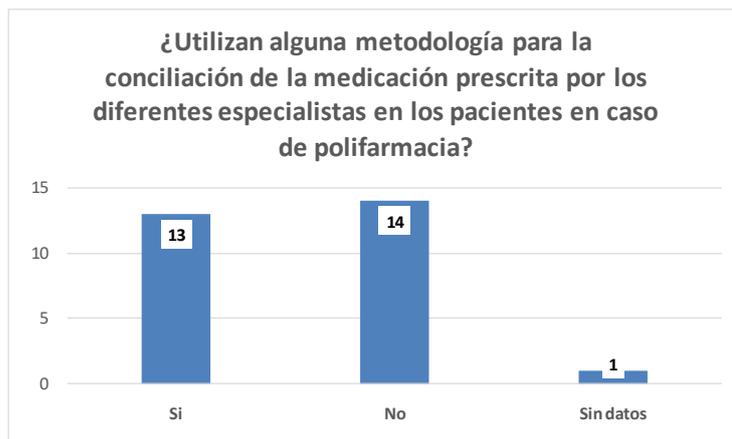
Unidades especializadas	N ^a	%
Vulnerabilidad social	7	53,8%
SADANA (discapacidad adulto mayor)	3	23,1%
Mas de 8 medicamentos	1	7,7%
Atención domicilio	1	7,7%
Grupos ODH	1	7,7%
Total	13	100,0%

Un 42,9 % de los Centros declaran que se realizan evaluaciones integrales periódicas de los pacientes crónicos, pero estas están condicionadas al criterio clínico y su registro en la HCE no está sistematizado. Esta situación podría afectar no solo la calidad de atención, sino también la seguridad asistencial de los pacientes ya identificados.



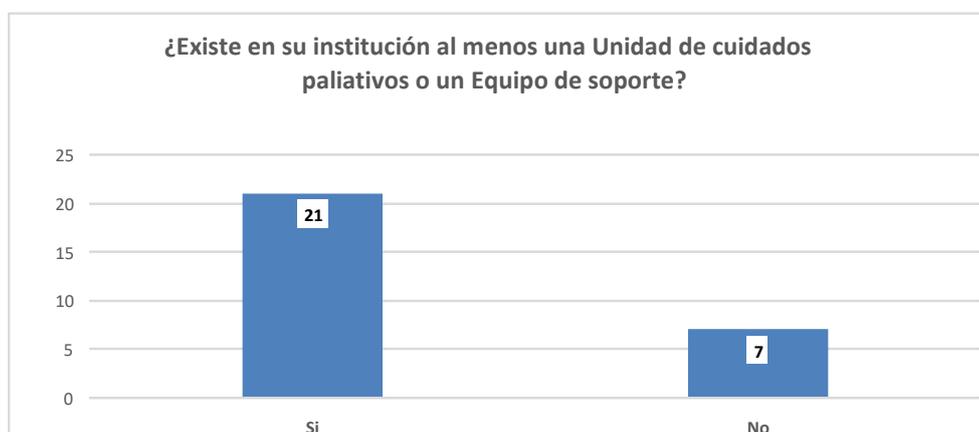
Criterios utilizados	Nº	%
Criterio clínico	6	50,0%
Criterio clínico y social	2	16,7%
Pruebas complementarias	1	8,3%
No hay criterio definido	3	25,0%
Total	12	100,0%

El 46,4% de los efectores declaran que se realizan actividades de análisis de incompatibilidades entre medicamentos y/o de conciliación de medicación, fundamentalmente a través de los sistemas de alerta del aprovisionamiento de medicamentos. En general, estas iniciativas no están sistematizadas y tienen un registro incompleto en la HCE y en la receta electrónica. La falta de extensión de esta práctica, así como su falta de sistematización y registro podría generar riesgos en la seguridad de los pacientes asistidos polimedicados, vinculados a interacciones medicamentosas no deseadas.



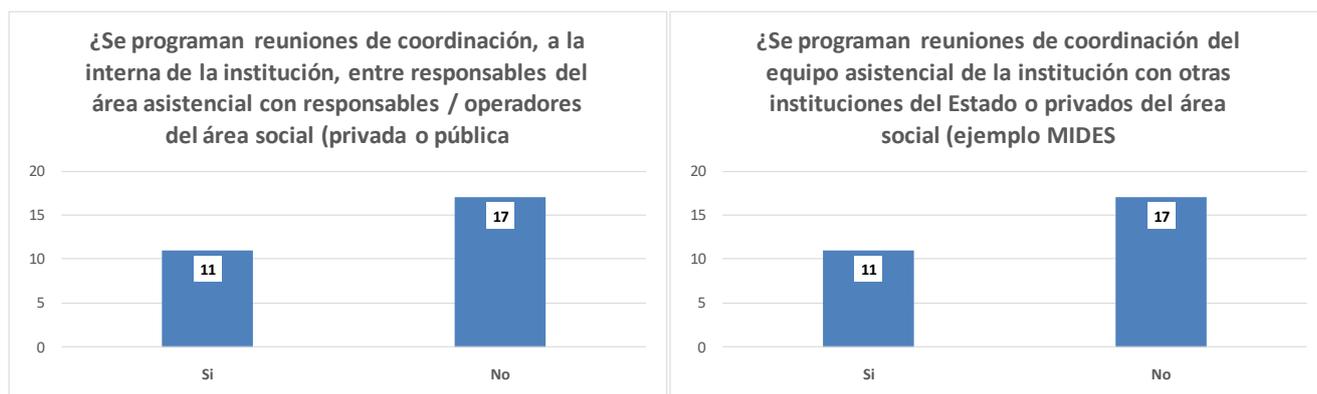
Crterios utilizados	Nº	%
sistemas de alerta de interacciones de medicamentos	5	38,5%
Polifarmacia	7	53,8%
Planilla pacientes crónicos	1	7,7%
Total	13	100,0%

El 75% de los Centros tienen Unidades de Cuidados Paliativos con mayor o menor grado de desarrollo. La mitad de ellos disponen de un equipo multidisciplinar completo formado por médicos, enfermería, psicólogo y trabajador social.

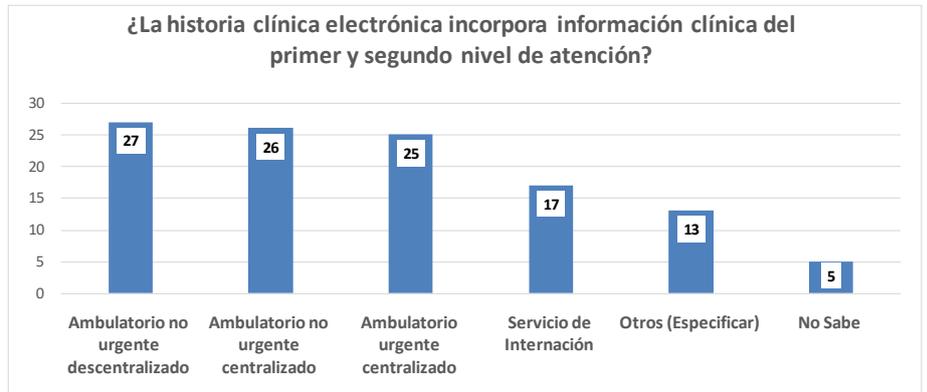


Equipode Paliativos	N ^a	%
Médicos enfermería, psicólogos y trabajador social	9	32,1%
Médicos y enfermería	10	35,7%
Medico	2	7,1%
Total	21	75,0%
Atención a niños	4	14,3%

El 39,3% de las Instituciones tienen reuniones de coordinación entre el área clínica y el área social para resolver los problemas de vulnerabilidad y discapacidad de los pacientes. Sin embargo, los sistemas de referencia y contra referencia son informales

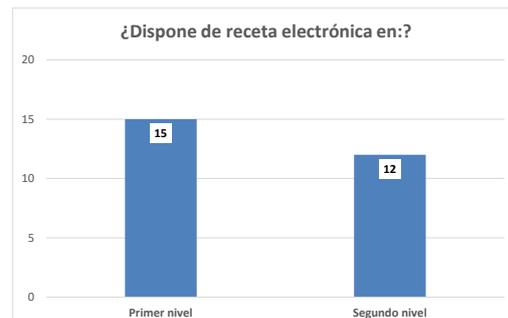
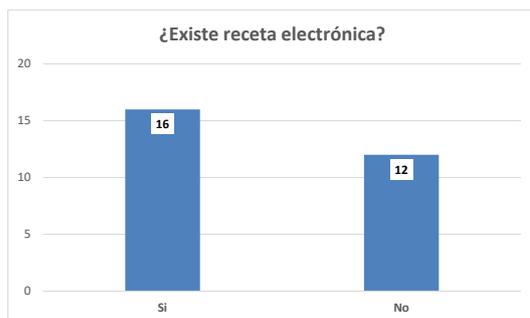


Existe un amplio despliegue de la HCE alcanzando al 100% de los Centros, aunque en muchos casos no está extendido a todos los servicios, quedando fuera de este logro las unidades de internación el 25% de los casos.

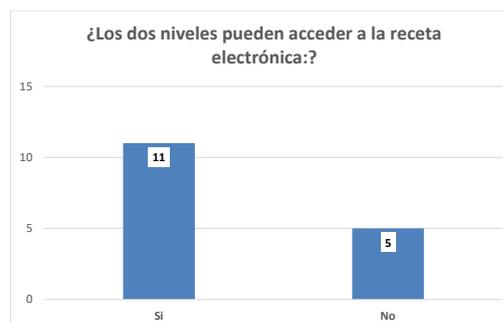


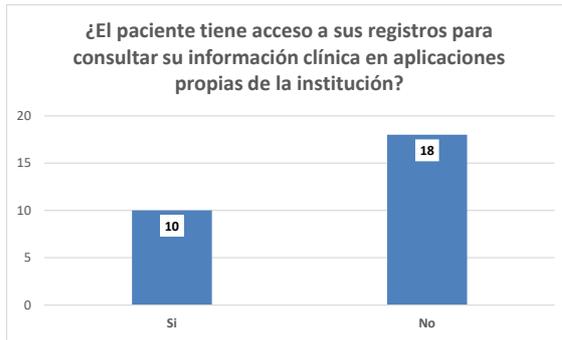
Servicios en los que está implantada	Nº	%
Todos	18	64,3%
Menos internación o internación parcial	7	25,0%
Policlínica	3	10,7%
Total	28	100,0%

La receta electrónica está presente en el 57,1% de los centros. Aunque la tecnología permite esta oportunidad, pocos centros facilitan el acceso a sus datos clínicos por parte de los pacientes, limitando de esta forma su implicación en el manejo de su enfermedad.



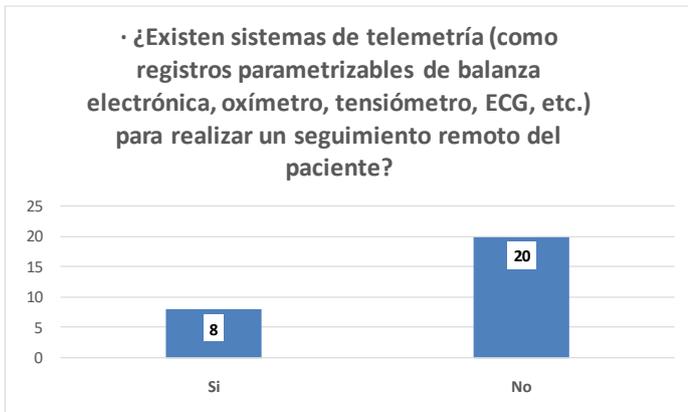
Alcance del despliegue	
100%	9
50%	2





Acceso a datos clínicos por el paciente	Nº	%
Web y App	5	50,0%
Desarrollo propio	2	20,0%
A solicitud del pacientes se le hace copia en papel de HC	1	10,0%
HCE ASSE	1	10,0%
Acceso parcial actualmente pero con desarrollo progresivo a toda la HCE	1	10,0%
Total	10	100,0%

En general, los sistemas de monitorización a distancia y/o de seguimiento no presencial del paciente están muy poco desarrollados más allá de la consulta telefónica o de dotar a algunos pacientes de oxímetros o monitoreo a distancia de ECG. El uso sistemático de estos sistemas podría contribuir a incrementar tanto la calidad de atención del paciente y como su seguridad (percepción de cuidado continuo; registro automatizado de los controles; posibilidad de parametrización de alarmas; identificación de eventos no percibidos por el paciente o la familia, entre otros efectos positivos sobre la calidad de atención y la seguridad del paciente).



Sistemas implantados	Nº	%
Oxímetro	4	50,0%
ECG	3	37,5%
En proceso de ingreso	1	12,5%
Total	8	100,0%

4. Principales resultados en el modelo de atención a las enfermedades seleccionadas

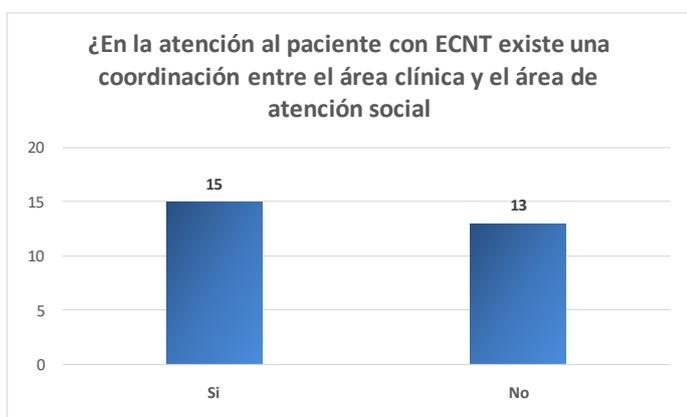
4.1. Diabetes

Hallazgos

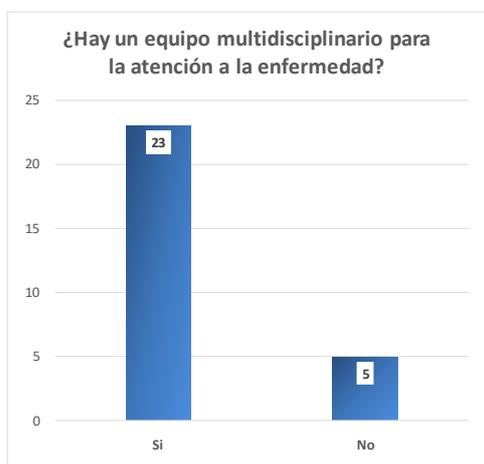
- La Diabetes es diagnosticada por el médico general (MG) en la mayoría de los casos. El sistema de seguimiento y evaluación posterior es más diverso. En el 32,1% el seguimiento es asumido por la Unidad de Diabetes, el diabetólogo o el endocrinólogo. En el 25% de los casos el MG asume los casos sencillos y la Unidad de Diabetes los casos complejos. En el 17,9% de los casos es el MG el que asume la responsabilidad sobre el paciente.
- El 82,1% de los efectores disponen de equipos multidisciplinares para la atención a la diabetes formando parte del mismo el diabetólogo, nutricionista enfermería y podólogo, y en menor medida, psicólogo y trabajador social.
- En general (67,8%), están definidas las responsabilidades entre el primer y el segundo nivel de atención, funcionando de una forma ágil y resolutiva los mecanismos de coordinación. Incluso en el 50% de los casos se pueden evaluar multidisciplinariamente los casos clínicos más complejos.
- Sin embargo, solo el 39,3 % disponen de un protocolo escrito que regule y armonice estos elementos de coordinación.
- El 86,7% de los centros desarrollan iniciativas para el autocuidado y la delegación de cuidados en el paciente, aunque en muchos casos estas actividades están poco sistematizadas y las realiza el médico en la propia consulta de seguimiento. Estos datos permiten sospechar que no se aprovechan todas las oportunidades de involucrar al paciente en el manejo de su enfermedad.
- En general, la evaluación de la adherencia al tratamiento no se gestiona activamente y se limita a los registros de polifarmacia y en casos de vulnerabilidad social.
- A pesar de que el 67,9% de los centros declaran realizar una evaluación periódica integral de los pacientes, esta no se realiza de forma sistemática y no queda reflejada de una forma clara en la HCE.
- 53,6% de los centros disponen de una coordinación del área clínica con el área social.
- El seguimiento a distancia de pacientes, presente en la mitad de los Centros, se limita a consultas telefónicas.
- El 17,9% de los Centros declaran evaluar los resultados en los pacientes, la mayoría de los casos a través de la monitorización de la hemoglobina glicosilada.

Niveles de responsabilidad Diagnóstico	Nº	%
MG	23	82,1%
PNA	3	10,7%
El médico que atiende al paciente	2	7,1%
Total	28	100,0%

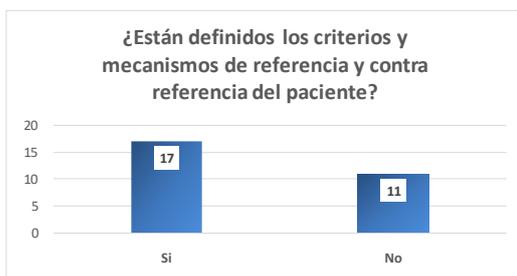
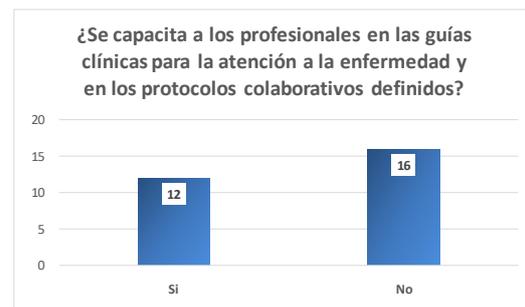
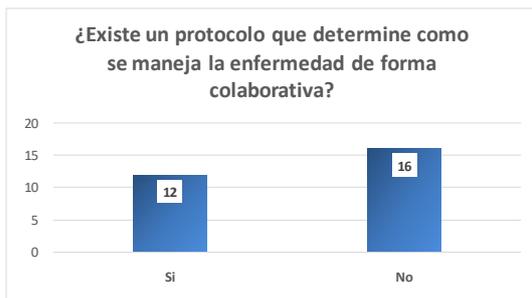
Niveles de responsabilidad Seguimiento	Nº	%
MG casos sencillos con apoyo de Unidad de diabetes para casos complejos	7	25,0%
Diabetólogo/endocrinólogo	6	21,4%
Indistintamente MG, diabetólogo, internista	7	25,0%
Médico General	5	17,9%
Unidad de Diabetes	3	10,7%
Total	28	100,0%



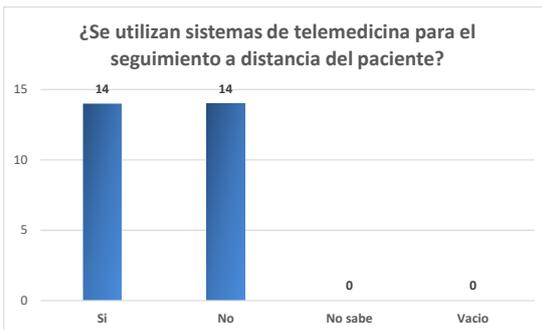
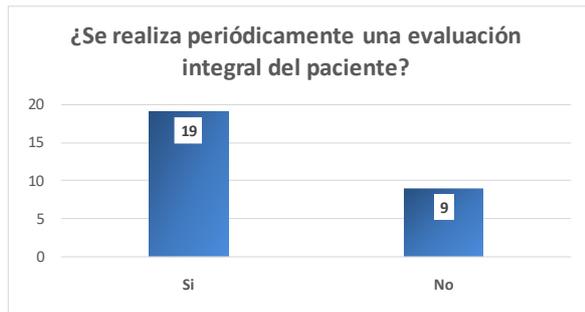
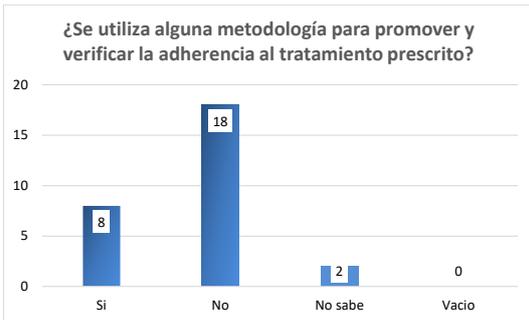
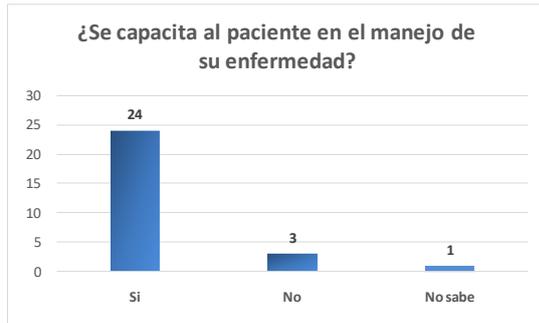
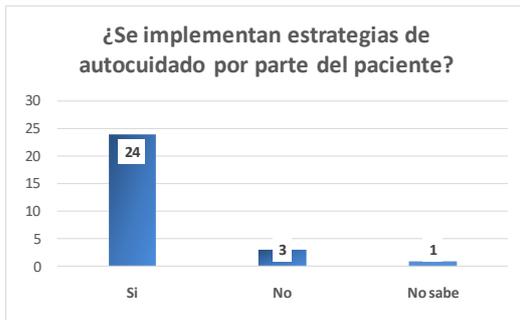
Niveles en los que esta implantada esta coordinación.	Nº	%
Primer nivel	13	46,43%
Segundo nivel	12	42,86%
Total	15	53,57%



Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Endocrino o Diabetólogo	22	95,7%
Nutricionista	15	65,2%
Enfermería	11	47,8%
Psicólogo	6	26,1%
Trabajador social	6	26,1%
Podólogo	11	47,8%
Odontólogo	1	4,3%
Cardiologo	5	21,7%
C. Vascular	4	17,4%
Traumatólogo	1	4,3%
Oftalmólogo	1	4,3%
Nefrólogo	3	13,0%
Fisioterapeuta	1	4,3%



Como surge el acuerdo de referencia	Nº	%
Consenso no escrito	11	64,7%
Documento escrito	5	29,4%
Sin datos	1	5,9%
Total	17	100,0%



4.2. Hipertensión arterial

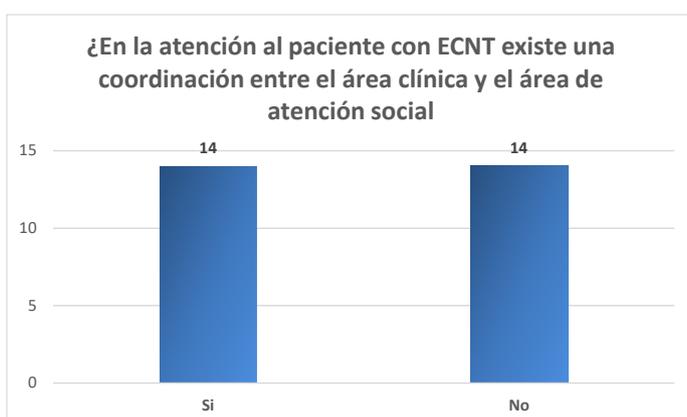
Hallazgos

- El médico general es el primer eslabón en el diagnóstico de la enfermedad en la práctica totalidad de los servicios. El seguimiento y control de la enfermedad es asumido por cardiología o unidades especializadas en casi en el 50% de los Centros.

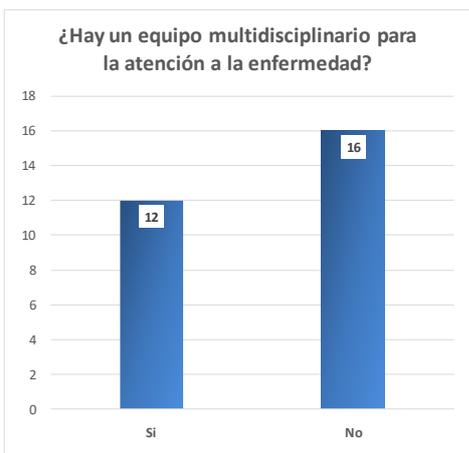
- El 42,9 % de las unidades disponen de equipo multidisciplinar para la atención a la enfermedad constituido por cardiólogo o internista, enfermería y nutricionista.
- 67,9% tienen definidos los roles entre los dos niveles asistenciales con un funcionamiento adecuado. En el 46,4% disponen de protocolo que regula esta coordinación. Sin embargo, solo el 10,7% tienen un documento escrito que establece los criterios clínicos para la referencia y contra referencia de los pacientes.
- 78,6% de los efectores declaran que promueven el autocuidado de los pacientes, aunque estas actividades están directamente vinculadas con la consulta periódica de seguimiento de la enfermedad, sin actividades específicas de formación del paciente en su manejo.
- La revisión de la medicación y de la polifarmacia y la verificación de la adherencia al tratamiento están poco extendidas (28,6%) y en menor medida responde a una sistemática consolidada. De la misma forma, y a pesar de que el 64,3% declaran que realizan una revisión integral periódica de los pacientes, estas actividades recaen en las actividades habituales de seguimiento sin un registro específico en la HCE.
- Los sistemas de evaluación de resultados en la atención a la enfermedad están sin desarrollar.

Niveles de responsabilidad Diagnóstico	Nº	%
MG	25	89,3%
PNA	1	3,6%
El médico que atiende al pacientes	2	7,1%
Total	28	100

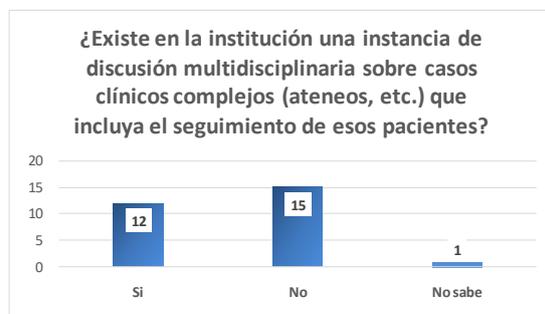
Niveles de responsabilidad Seguimiento	Nº	%
MG	4	14,3%
MG casos sencillos con apoyo de cardiología para casos complejos	4	14,3%
Cardiologo	7	25,0%
Programa de salud CV	5	17,9%
PNA	3	10,7%
Idem CV	5	17,9%
Total	28	100,0%

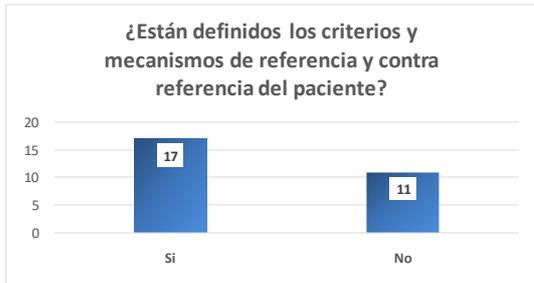
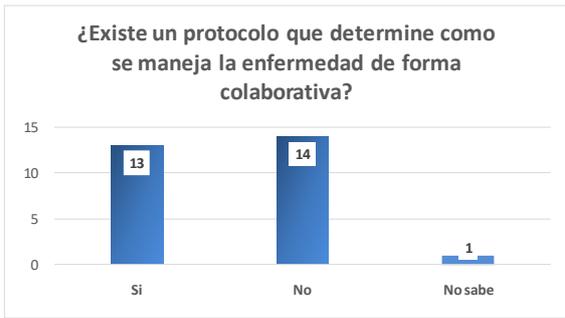


Niveles en los que esta implantada esta coordinación.	Nº	%
Primer nivel	10	71,4%
Segundo nivel	13	92,9%
Total	14	100%

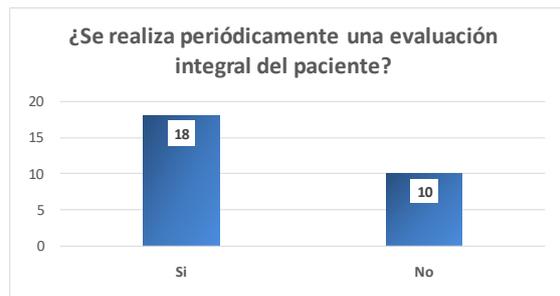
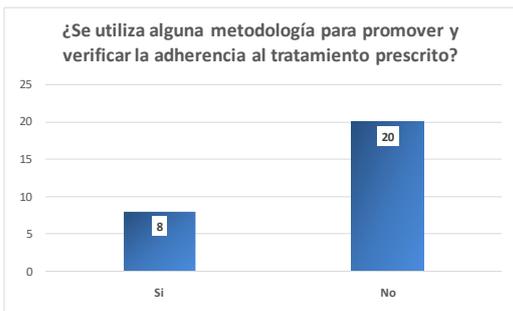
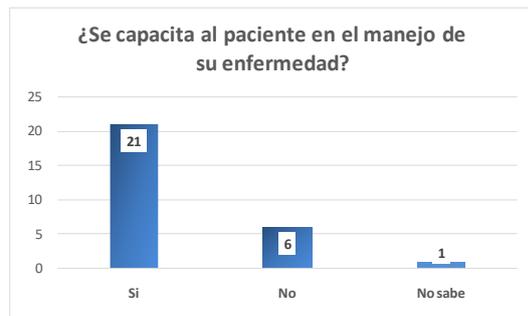


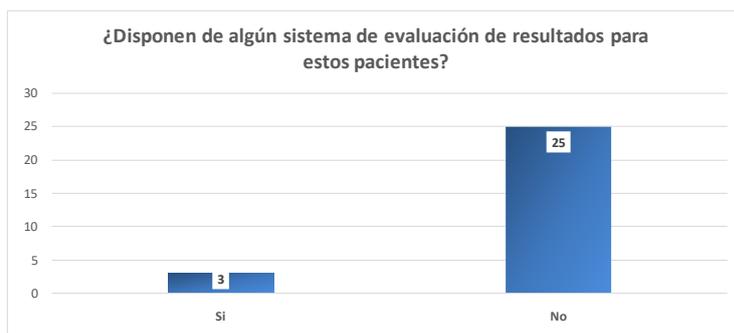
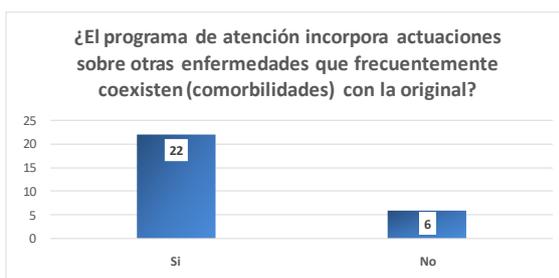
Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Médico General o internista	3	27,3%
Cardiólogo	5	45,5%
Enfermería	3	27,3%
Nutricionista	4	36,4%
Trabajador social	1	9,1%
Idem CV	4	36,4%
Centro Cardiovascular	1	9,1%





Como surge el acuerdo de referencia	Nº	%
Consenso no escrito	16	57,1%
Documento escrito	3	10,7%
Ni sabe	1	3,6%
Sin datos	8	28,6%
Total	28	100,0%





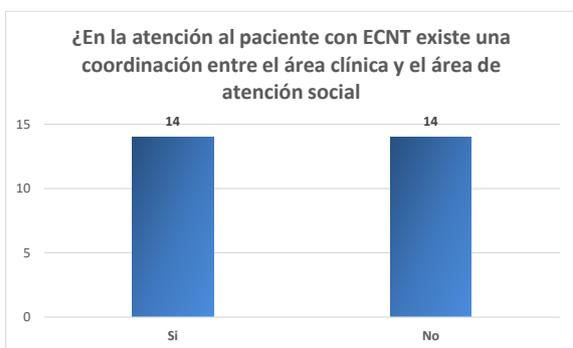
4.3. Enfermedad cardiovascular, incluida insuficiencia cardiaca congestiva

Hallazgos

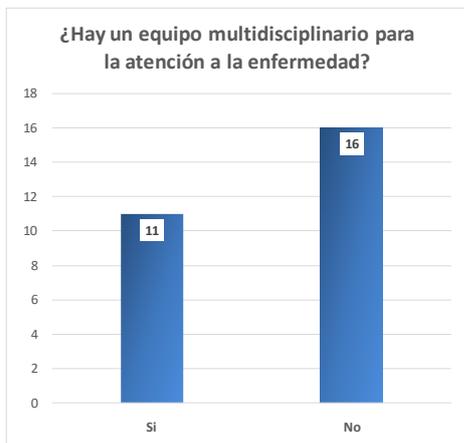
- La ECV sigue el mismo patrón que la diabetes e HTA. El médico general protagoniza el diagnóstico de la enfermedad. El seguimiento es realizado entre el médico general y el cardiólogo.
- 39,3% de los centros disponen de equipo multidisciplinar, habitualmente constituido por cardiólogo, enfermería y nutricionista.
- 57,2% de los centros tienen definidas las responsabilidades entre el primer y segundo nivel de atención con un funcionamiento operativo resolutivo. Sin embargo, solo el 17,7% tienen documentado los criterios de referencia y contra referencia del paciente.
- El 78,6% de los centros declaran que se promueve el autocuidado por parte del paciente, pero estas actividades están en gran medida relacionadas con las actividades habituales de seguimiento en la consulta.
- 50% de los efectores señalan que se realiza periódicamente una evaluación integral de los pacientes, pero su registro no está sistematizado.
- Los sistemas de seguimiento a distancia están muy poco extendidos, salvo la atención telefónica ocasional.
- No se evalúan de forma sistemática los resultados del programa de atención a la ECV.

Niveles de responsabilidad Diagnóstico	Nº	%
MG	21	75,0%
PNA	1	3,6%
RPA	3	10,7%
Cardiólogo	1	3,6%
Policlínica	2	7,1%
Total	28	100,0%

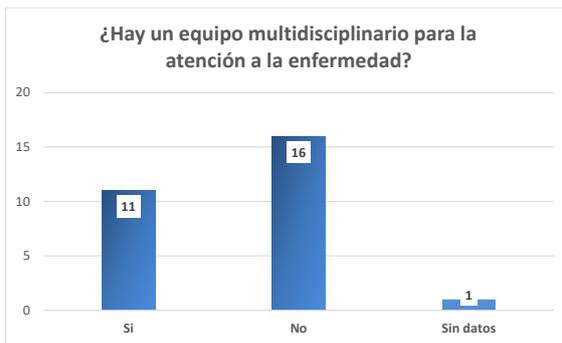
Niveles de responsabilidad Seguimiento	Nº	%
MG	6	21,4%
MG casos sencillos con apoyo de cardiología para casos complejos	10	35,7%
Cardiologo	11	39,3%
Equipo	1	3,6%
Total	28	100,0%



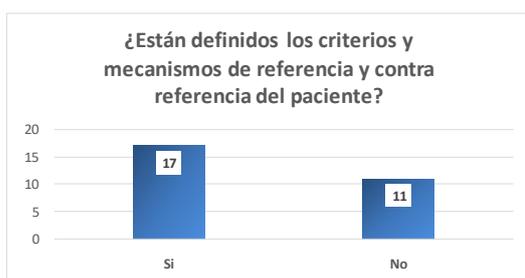
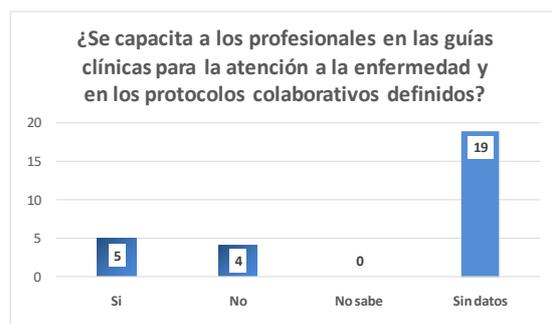
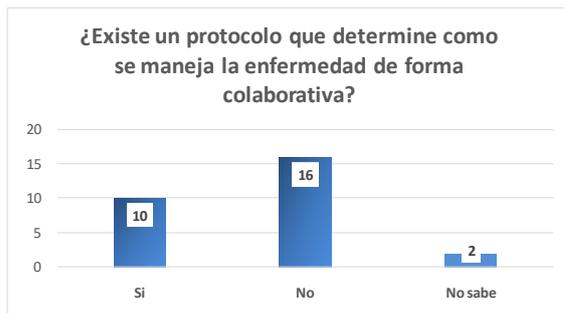
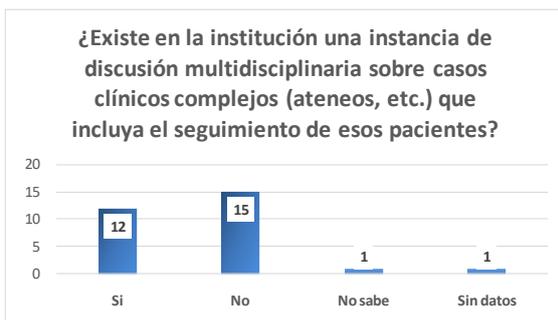
Niveles en los que esta implantada esta coordinación.	Nº	%
Primer nivel	11	78,6%
Segundo nivel	13	92,9%
Total	14	100%



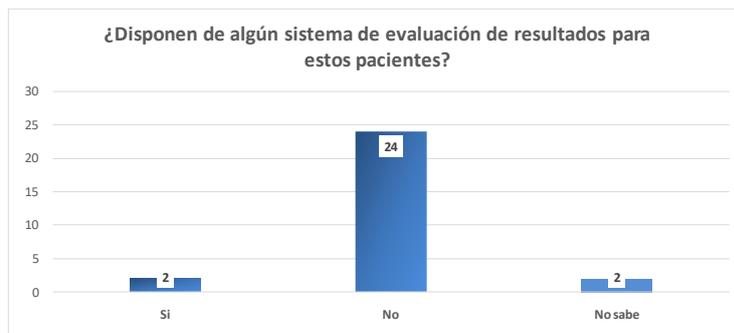
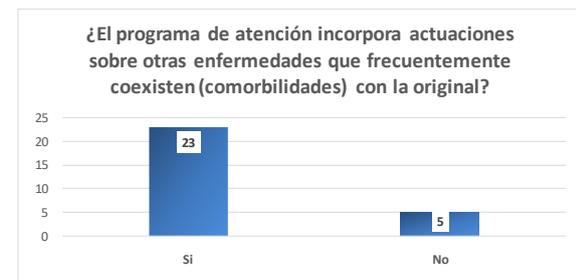
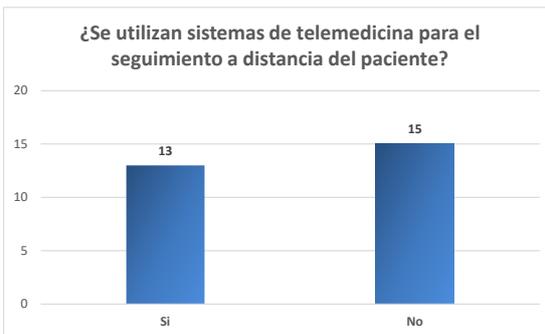
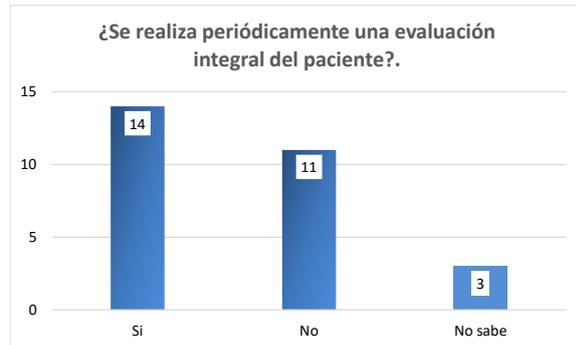
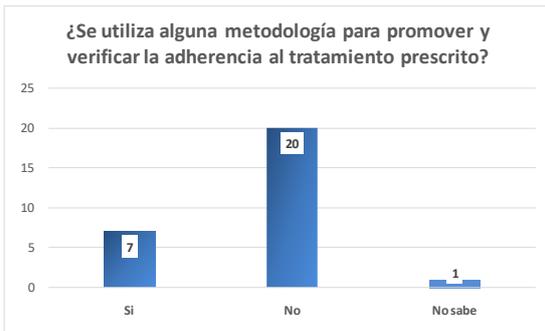
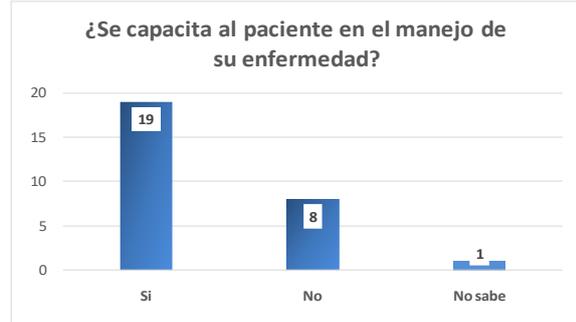
Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Médico General o internista	1	9,1%
Cardiólogo	7	63,6%
Enfermería	4	36,4%
Nutricionista	6	54,5%
Trabajador social	2	18,2%
Rehabilitacion Centro Rehabilitación Cardiovascular	1	9,1%



Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Médico General o internista	1	9,1%
Cardiólogo	7	63,6%
Enfermería	4	36,4%
Nutricionista	6	54,5%
Trabajador social	2	18,2%
Rehabilitación	1	9,1%
Centro Rehabilitación Cardiovascular	1	9,1%



Como surge el acuerdo de referencia	Nº	%
Consenso no escrito	11	64,7%
Documento escrito	5	29,4%
Sin datos	1	5,9%
Total	17	100,0%



4.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

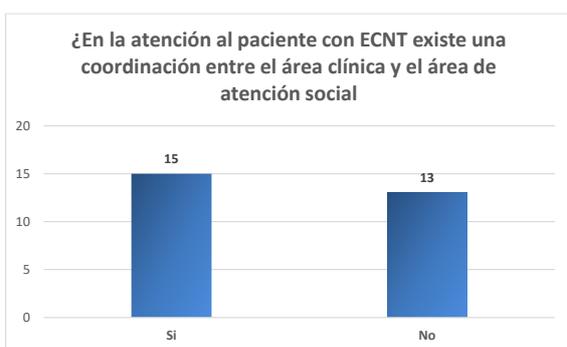
Hallazgos

- El médico general diagnostica inicialmente el 75% de los pacientes. El seguimiento en cambio es asumido en el 61% por el especialista y en el 32% entre el médico general y el especialista.
- El 46% de los efectores disponen de equipo multidisciplinar para la atención a la enfermedad, estando liderado por el neumólogo y formando parte del mismo médicos generales, fisioterapeutas y trabajador social.

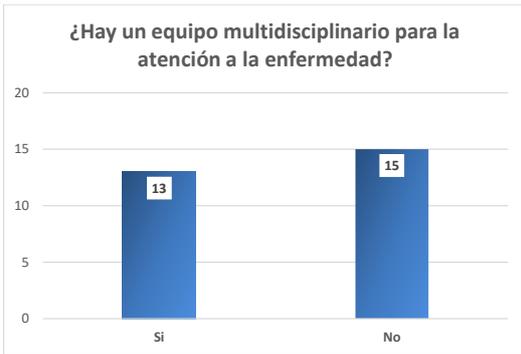
- La distribución de responsabilidades entre los dos niveles de atención está definida en el 61% de las instituciones, con oportunidades de discutir los casos complejos en el 54% de ellos. Los mecanismos para solucionar de forma resolutive los problemas del día a día de los pacientes funcionan en el 71% de los centros.
- Si bien el 39% de las instituciones declaran que disponen de un protocolo que establece las pautas para la atención a la enfermedad, solo el 11% de ellas disponen de un acuerdo escrito.
- 75% declaran que promueven el autocuidado del paciente. Sin embargo, los sistemas para promover la adherencia al tratamiento están muy poco desarrollados.
- La mitad de los centros desarrollan una evaluación integral periódica de los pacientes con un registro no sistematizado en la HCE.
- El 43% declaran aplicar mecanismos de telemedicina.
- Solo 1 de los efectores realiza alguna actividad para evaluar los resultados en la atención a la EPOC.

Niveles de responsabilidad Diagnóstico	Nº	%
MG	21	75,0%
Policlínica	4	14,3%
Neumólogo	3	10,7%
Total	28	100,0%

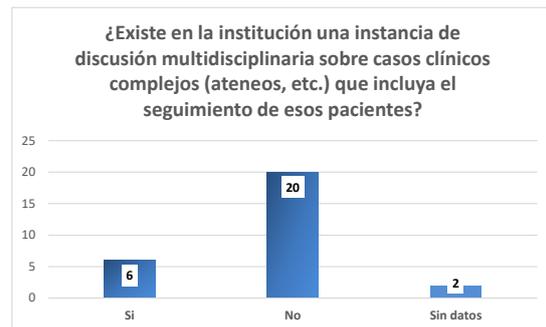
Niveles de responsabilidad Seguimiento	Nº	%
MG	2	7,1%
MG casos sencillos con apoyo de Neumología para casos complejos	9	32,1%
Neumólogo o Internista	17	60,7%
Total	28	100,0%

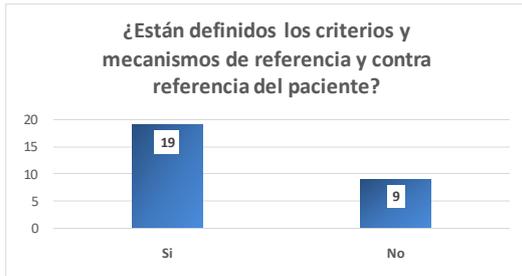
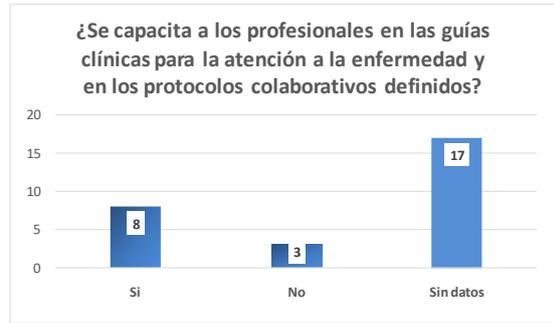
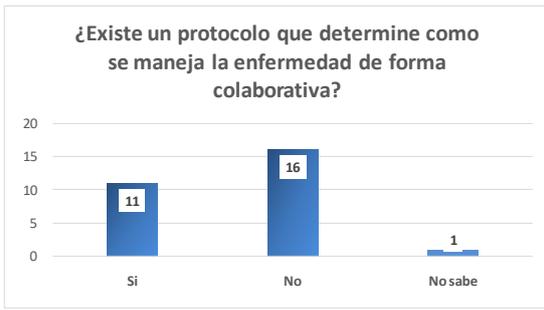


Niveles en los que esta implantada esta coordinación.	Nº	%
Primer nivel	14	93,3%
Segundo nivel	11	73,3%
Total	15	100%

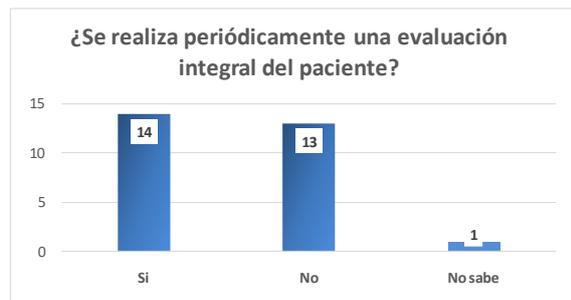
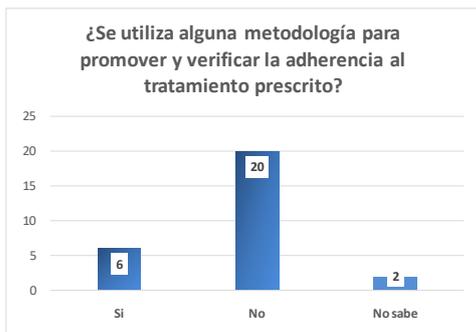
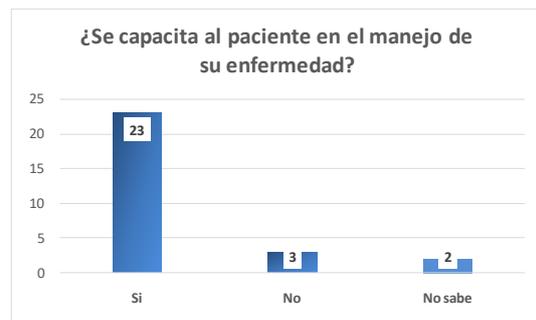


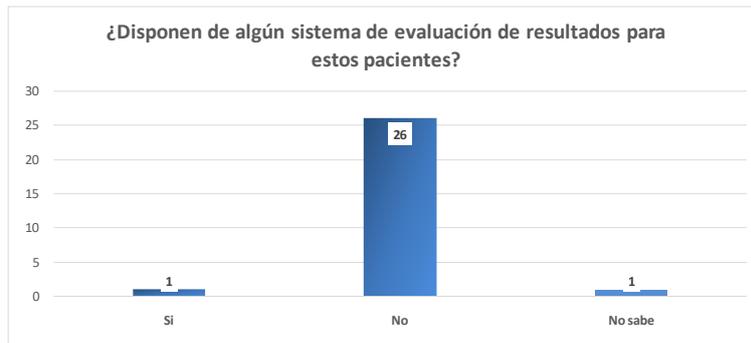
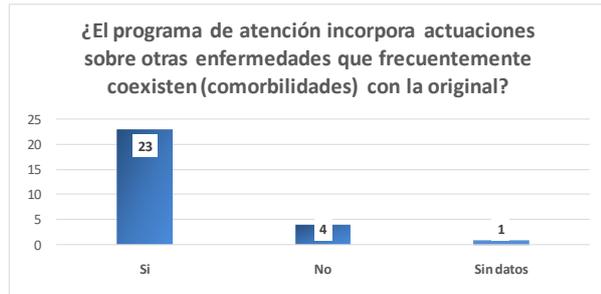
Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Médico General	5	38,5%
Nuemólogo	10	76,9%
Enfermería	2	15,4%
Nutricionista	1	7,7%
Trabajador social	5	38,5%
Fisioterapia	5	38,5%
Psicologo	1	7,7%





Como surge el acuerdo de referencia	Nº	%
Consenso no escrito	15	78,9%
Documento escrito	3	15,8%
Sin datos	1	5,3%
Total	19	100,0%





4.5. Enfermedad neurodegenerativa.

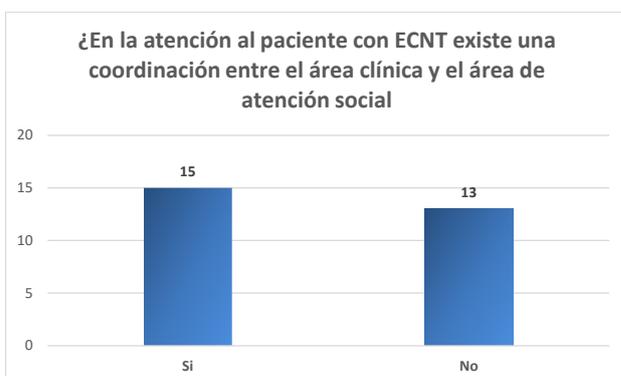
Hallazgos

- De la misma forma que en el resto de las enfermedades relevadas, es el médico general el que inicia el proceso para su diagnóstico en casi el 80% de los casos. En cambio, es la dolencia en el que el especialista tienen un mayor protagonismo en su seguimiento con un 60% de pacientes en el que el neurólogo asume esta responsabilidad y en un 21% colaborativamente con el médico general.
- 39% de los Centros disponen de equipo multidisciplinar para la atención a la enfermedad, formando parte de este principalmente el médico general, el neurólogo, el geriatra, el psiquiatra, el fisioterapeuta y el trabajador social.
- 54% de los Centros tienen definidos los niveles de responsabilidad entre el primer y segundo y el 68% disponen de sistemas ágiles de resolución de los problemas que plantean las pacientes.
- Solo 5 Centros tienen un protocolo que establece el manejo de la enfermedad, aunque en solo tres existe un documento escrito.
- El 71% de los efectores promueven el autocuidado y el 82% que se capacita al paciente y/o familiares en el manejo de la enfermedad, en la mayoría de los casos en el contexto clínico sin actividades específicas para su alcance.
- Los sistemas de verificación de la adherencia al tratamiento no están desarrollados.
- En el 54% de los centros declaran que se realiza una evaluación periódica de los pacientes, aunque con muy poco grado de sistematización.
- 43% se realizan actividades de telemedicina, fundamentalmente consulta telefónica.

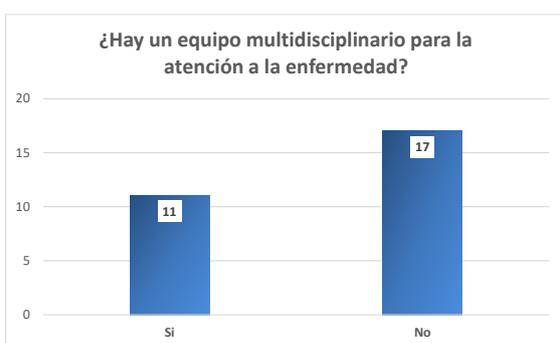
- Las actividades de evaluación de resultados son realizadas por 3 Centros, fundamentalmente a través de los test de evaluación del deterioro cognitivo, pero no existe un registro explícito de estas valoraciones.

Niveles de responsabilidad Diagnóstico	Nº	%
MG	22	78,6%
Policlínica	2	7,1%
Neurólogo	4	14,3%
Total	28	100,0%

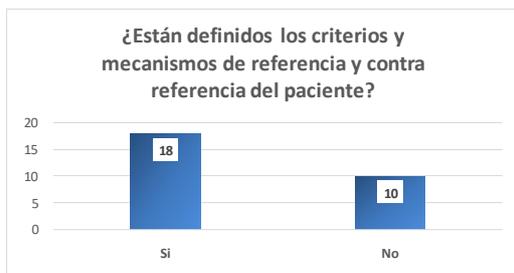
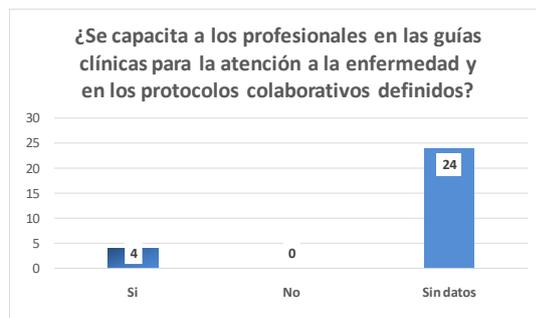
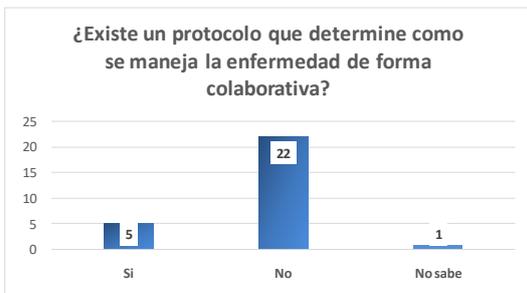
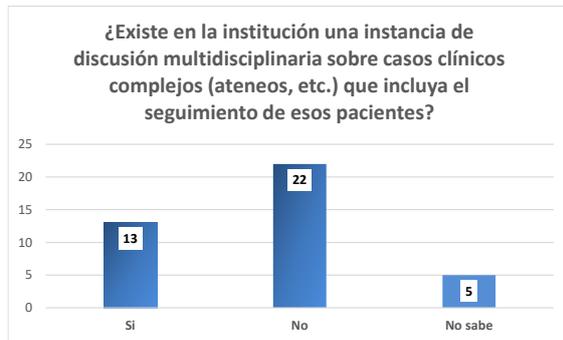
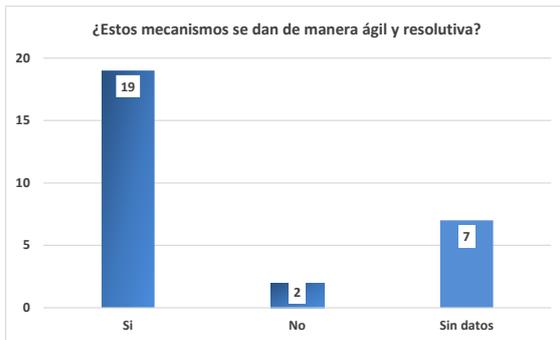
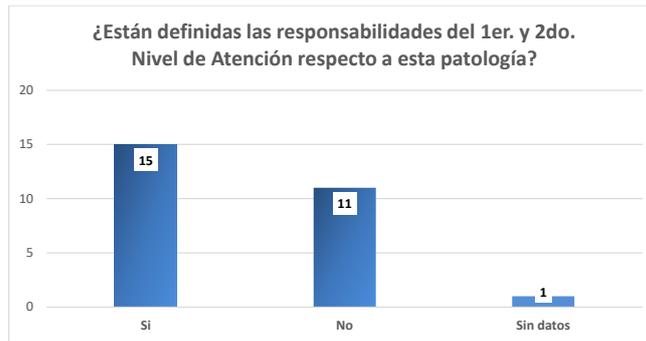
Niveles de responsabilidad Seguimiento	Nº	%
MG	4	14,3%
MG casos sencillos con apoyo de Neurología para casos complejos	6	21,4%
Neurólogo	17	60,7%
PNA	1	3,6%
Total	28	100,0%



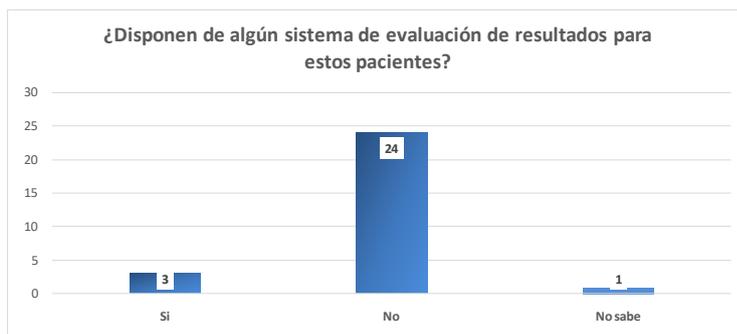
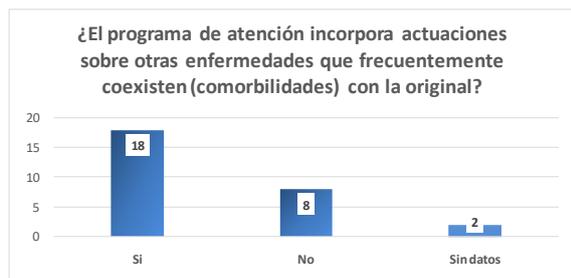
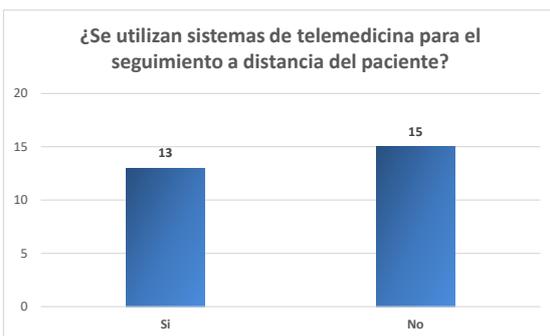
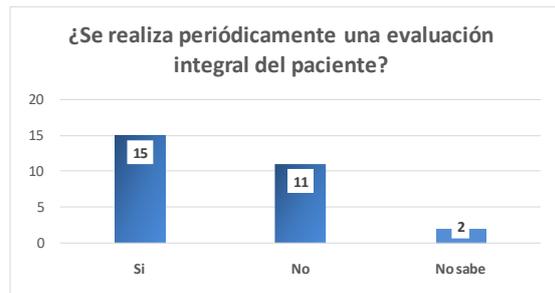
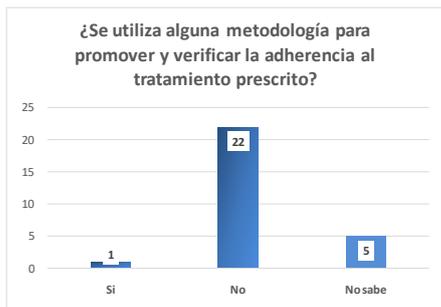
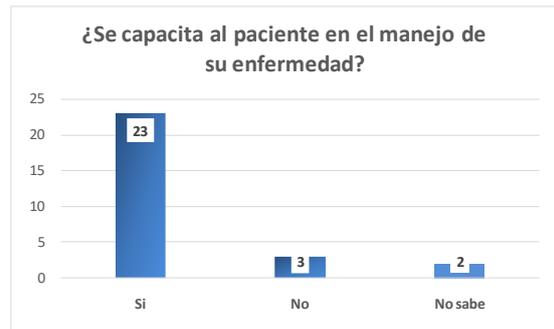
Niveles en los que esta implantada esta coordinación.	Nº	%
Primer nivel	13	86,7%
Segundo nivel	13	86,7%
Total	15	100,0%



Profesionales que forman parte de los equipos	Nº	%
Médico General	4	36,4%
Neurólogo	9	81,8%
Geriatra	3	27,3%
Psiquiatra	4	36,4%
Trabajador social	1	9,1%
Fisioterapia	5	45,5%
Psicólogo	4	36,4%
Enfermería	1	9,1%
SADANA	1	9,1%



Como surge el acuerdo de referencia	Nº	%
Consenso no escrito	15	78,9%
Documento escrito	3	15,8%
Total	18	100,0%



5. Interpretación de resultados. Grados de desarrollo del modelo de atención a la ECNT

5.1. Metodología

El equipo de consultores del Banco diseñó un sistema de evaluación de nivel de desarrollo del modelo de atención a la ECNT y de las diferentes enfermedades consideradas en el estudio.

Este sistema evalúa los componentes más relevantes incorporados en la experiencia internacional.

Se establecen 8 dimensiones de evaluación con tres escalones de avance en cada una de ellas.

En el caso del modelo de atención son:

- 1.- Identificación de pacientes con ECNT.
- 2.- Evaluación periódica integral de los pacientes con ECNT.
- 3.- Polifarmacia y conciliación de la medicación.
- 4.- Unidades especializadas para la atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o riesgo social.
- 5.- Coordinación con operadores del área social.
- 6.- Cuidados paliativos.
- 7.- Historia clínica electrónica.
- 8.- Receta electrónica.

En cada una de las enfermedades las 8 dimensiones son las siguientes:

1. Equipo multidisciplinario, cuando la normativa lo requiere.
2. Responsabilidades primer y segundo nivel.
3. Protocolo.
4. Criterios de referencia y contra referencia.
5. Evaluación integral periódica.
6. Coordinación área social.
7. Autocuidado.
8. Comorbilidades.

La puntuación de 0 a 3 puntos en cada dimensión se especifica en las tablas de las dos siguientes páginas.

Posteriormente, y de acuerdo a la puntuación obtenida (de 0 a 24 puntos posibles), se clasifican los Centros en tres niveles:

1. Incipiente: menos de 10 puntos
2. Básico: de 10 a 14 puntos.
3. Desarrollado: 15 o más puntos.

Desarrollado A	Básico B	Incipiente C
Más de 14 puntos	Entre 10 y 14 puntos	Menos de 10 puntos

Criterios para la clasificación del modelo de atención a la ECNT.

Criterio	Puntuación
1 Identificación de pacientes con ECNT	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta ¿Están identificados los pacientes con más de una de ECNT?</p> <p>2.- Están identificados además los pacientes con mayor consumo de recursos.</p> <p>3.- Se consideran otros elementos que interfieren en la gravedad y estabilidad de la ECNT.</p>
2 Evaluación periódica integral de los pacientes con ECNT	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta específica.</p> <p>2.- Se evalúa la vulnerabilidad clínica y/o los criterios de riesgo social.</p> <p>3.- La evaluación esta específicamente registrada en la HC.</p>
3 Polifarmacia y conciliación de la medicación	<p>1.- Están identificados los pacientes con polifarmacia</p> <p>2.- Se evalúan periódicamente los pacientes con polifarmacia para conciliación de medicación.</p> <p>3.- Se evalúa la adherencia al tratamiento. (Recogido en enfermedades)</p>
4 Unidades especializadas para la atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o riesgo social	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta específica.</p> <p>2. Se desarrollan los programas establecidos para la atención a las personas vulnerables (SADANA y otros).</p> <p>3.- Atención domiciliaria reglada a personas vulnerables.</p>
5 Coordinación con operadores del área social	<p>1.- Reuniones internas de coordinación.</p> <p>2.- Reuniones de coordinación con otras instituciones.</p> <p>3.- Están establecidos los mecanismos de referencia y contra referencia.</p>
6 Cuidados paliativos	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta específica.</p> <p>2.-Existe un equipo multidisciplinar con médicos especialistas, enfermería psicóloga y trabajador social.</p> <p>3.- El alcance de los cuidados paliativos abarca además de los pacientes oncológicos al resto de las enfermedades y/o a la edad pediátrica.</p>
7 Historia clínica electrónica	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta específica.</p> <p>2.-Ámbito: incorpora el primer y segundo nivel.</p> <p>3.- HCE implantada al 100%.</p>
8 Receta electrónica	<p>1.- Respuesta positiva coherente a la pregunta específica.</p> <p>2.- Ámbito: incorpora el primer y segundo nivel.</p> <p>3.- Receta Electronica implantada al 100%.</p>

Criterios para la clasificación del modelo de atención a las enfermedades.

Criterios	Requisitos
1 Equipo multidisciplinario, cuando la normativa lo requiere	1.- Respuesta positiva fundada a la pregunta específica. 2.- Equipo constituido al menos por médico especialista, enfermería, nutricionista y trabajador social. 3.- Equipo compuesto por todos los especialistas implicados en la atención a la enfermedad y a sus complicaciones
2 Responsabilidades primer y segundo nivel	1.- Respuesta positiva fundada a la distribución de roles entre médico que diagnóstica y el que realiza seguimiento. 2.- Existe un sistema de relación entre el 1er y el 2do nivel de atención para resolver los problemas del día a día de los pacientes. 3.- Este sistema funcionan de forma ágil y resolutive.
3 Protocolo	1.- Respuesta positiva fundada a pregunta. 2.- Se capacita a los profesionales. 3.- Existe en la institución una instancia de discusión multidisciplinaria sobre casos clínicos complejos
4 Criterios de referencia y contra referencia	1.- Respuesta positiva fundada a la pregunta (Están definidas las responsabilidades del 1er. y 2do. Nivel de Atención respecto a esta patología) . 2.- Respuesta positiva a pregunta ¿Están definidos los criterios y mecanismos de referencia y contra referencia del paciente? 3.- Existe un documento específico
5 Evaluación integral periódica	1.- Respuesta positiva fundada a la pregunta. 2.- Se realiza de una forma periódica definida. 3.- Se registra en la HC
6 Coordinación área social	1.- Respuesta positiva fundada a pregunta. 2.- Alcanza a la policlínica del primer y segundo nivel de atención. 3.- Alcanza al servicio de internamiento, emergencia y atención domiciliaria

7 Autocuidado	1.- Respuesta positiva fundada a la pregunta. 2.- Se capacita al paciente en el manejo de la enfermedad. 3.- Se verifica la adherencia al tratamiento
8 Comorbilidades	1.- Respuesta positiva fundada a la pregunta. Incorpora actuaciones sobre otras enfermedades que frecuentemente coexisten (comorbilidades) con la original 2.- Se mencionan las comorbilidades más frecuentemente detectadas 3.- Existe un sistema de evaluación de resultados sobre el paciente

5.2 Resultados globales

En relación al Modelo de Atención a la ECNT, las dimensiones con mejores resultados en el modelo de atención son las referidas al despliegue de la HCE, y en segunda posición a receta electrónica y cuidados paliativos.

En el extremo opuesto, como dimensiones que obtienen una peor valoración se sitúan la evaluación periódica integral de los pacientes y las unidades especializadas para la atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o riesgo social.

En lo relativo al manejo de las enfermedades, las dimensiones mejor valoradas son las distribuciones de responsabilidades entre el primer y segundo nivel de atención y el funcionamiento de los sistemas de referencia entre estos dos niveles.

Las que obtienen una peor puntuación son la evaluación periódica integral del paciente y la promoción del autocuidado.

Dimensión	n	Criterio								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Atención a la ECNT	28	1,0	0,3	0,8	0,5	1,2	1,6	2,6	1,2	9,1

Considerando el Modelo de Atención por enfermedad, se observa que la diabetes destaca como la ECNT a la que se dedica un mayor nivel de atención, seguida de la HTA. La END es la enfermedad con puntuación más desfavorable. Analizando transversalmente las distintas patologías, se observa que la dimensión mejor puntuada corresponde a la definición de responsabilidades entre el primer y segundo nivel de atención, mientras que la que tiene mayor

espacio de mejora es la del Autocuidado, seguida por la Evaluación Integral periódica

Dimensión	n	Criterio								
		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Enfermedad cardiovascular	28	0,7	2,4	1,0	1,3	0,6	1,2	0,5	1,3	8,9
Hipertensión arterial	28	0,8	2,3	1,3	1,5	0,7	1,2	0,6	1,2	9,5
Diabetes	28	1,6	2,3	1,3	1,6	0,8	1,2	0,9	1,2	10,8
EPOC	28	0,8	2,3	1,2	1,4	0,6	1,2	0,4	1,3	9,1
Enfermedad neurológica degenerativa	28	0,6	2,1	0,8	1,3	0,7	1,2	0,4	1,0	8,1

6.2. Análisis de Montevideo-Canelones versus Resto Interior.

Código de institución	
Montevideo - Canelones	Resto Interior
8	1
16	2
12	3
14	5
15	7
28	9
	10
	13
	18
	23
	24

	25
	26
	27
	4
	6
	11
	17
	19
	20
	21
	22

Las diferencias entre Montevideo – Canelones y Resto Interior son pequeñas en prácticamente en todas las dimensiones evaluadas.

Resto Interior ofrece una mejor valoración en el manejo de la enfermedad cardiovascular (9,8%). En el modelo de atención a la ECNT (18,2%) y en 3 enfermedades Montevideo - Canelones obtiene una mejor valoración (diabetes 20,2%, HTA 14,1% y EPOC 15,9%). No hay diferencias relevantes en la atención a la enfermedad neurodegenerativa.

Modelo de Atención a la ECNT

Centro	n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Resto Interior	22	1,0	0,4	0,7	0,5	1,1	1,4	2,5	1,2	8,7
Montevideo - Canelones	6	0,7	0,0	1,0	0,7	1,5	2,5	2,8	1,2	10,3
Total	28	1,0	0,3	0,8	0,5	1,2	1,6	2,6	1,2	9,1

Modelo de Atención por enfermedad

Diabetes

Centro	n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Resto Interior	22	1,6	2,2	1,1	1,5	0,8	1,2	0,8	1,2	10,4
Montevideo - Canelones	6	1,5	2,7	2,0	2,0	0,8	1,2	1,2	1,2	12,5
Total	28	1,6	2,3	1,3	1,6	0,8	1,2	0,9	1,2	10,8

Hipertensión arterial

Centro	n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Resto Interior	22	0,8	2,1	1,2	1,3	0,7	1,2	0,5	1,3	9,2
Montevideo - Canelones	6	0,5	2,8	1,3	2,0	0,7	1,2	1,0	1,0	10,5
Total	28	0,8	2,3	1,3	1,5	0,7	1,2	0,6	1,2	9,5

Enfermedad cardiovascular

Centro		n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	Resto Interior	22	0,7	2,3	1,0	1,3	0,6	1,2	0,5	1,4	9,0
	Montevideo - Canelones	6	0,7	2,7	0,7	1,3	0,5	1,2	0,3	0,8	8,2
	Total	28	0,7	2,4	1,0	1,3	0,6	1,2	0,5	1,3	8,9

EPOC

Centro		n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	Resto Interior	22	0,7	2,1	1,1	1,3	0,7	1,2	0,4	1,2	8,8
	Montevideo - Canelones	6	0,8	2,8	1,5	1,8	0,2	1,2	0,5	1,3	10,2
	Total	28	0,8	2,3	1,2	1,4	0,6	1,2	0,4	1,3	9,1

Enfermedad neurológica degenerativa

Centro		n	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	Resto Interior	22	0,7	2,1	0,8	1,2	0,7	1,2	0,5	1,0	8,1
	Montevideo - Canelones	6	0,5	2,3	0,8	1,7	0,5	1,2	0,2	0,8	8,0
	Total	28	0,6	2,1	0,8	1,3	0,7	1,2	0,4	1,0	8,1

6.3. Análisis por subsector público / privado: ASSE/IAMC

Código de institución	
Centros <u>IAMC</u>	Centros ASSE
4	1
6	2
11	3
12	5
14	7
15	8
17	9
19	10
20	13

Código de institución	
Centros IAMC	Centros ASSE
21	16
22	18
28	23
	24
	25
	26
	27

En el análisis comparativo ASSE versus IAMCs se obtiene un resultado paradójico. Mientras las IAMCs muestran su fortaleza en el modelo de atención a la ECNT (11,2 puntos frente a 7,5), ASSE tiene un mejor resultado en cada una de las 5 enfermedades testadas.

El mejor resultado de las IAMCs en el modelo de atención está muy relacionado con su mayor despliegue de la HCE y receta electrónica, dimensiones no evaluadas en la evaluación de las enfermedades.

Los centros de ASSE obtienen mejores valoraciones en el manejo de las cinco ECNT, siendo del 38% en la ECV, 28% en HTA, 24% en diabetes, 14% en EPOC y 21% en END.

Modelo de Atención a la ECNT

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	0,9	0,3	0,6	0,4	1,1	1,2	2,3	0,6	7,5
1 IAMC	12	1,0	0,3	0,9	0,6	1,3	2,2	2,9	2,1	11,2
Total	28	1,0	0,3	0,8	0,5	1,2	1,6	2,6	1,2	9,1

Modelo de Atención por enfermedad

Diabetes

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	1,8	2,1	1,4	2,0	0,9	1,3	1,0	1,4	11,8
1 IAMC	12	1,3	2,6	1,2	1,1	0,6	1,1	0,7	1,0	9,5
Total	28	1,6	2,3	1,3	1,6	0,8	1,2	0,9	1,2	10,8

Hipertensión arterial

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	0,9	1,9	1,4	1,9	0,8	1,3	0,8	1,4	10,5
1IAMC	12	0,5	2,7	1,1	0,9	0,6	1,1	0,4	0,9	8,2
Total	28	0,8	2,3	1,3	1,5	0,7	1,2	0,6	1,2	9,5

Enfermedad cardiovascular

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	0,8	2,3	1,3	1,7	0,6	1,3	0,6	1,5	10,1
1IAMC	12	0,6	2,5	0,6	0,8	0,5	1,1	0,3	1,0	7,3
Total	28	0,7	2,4	1,0	1,3	0,6	1,2	0,5	1,3	8,9

EPOC

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	0,9	1,9	1,4	1,7	0,7	1,3	0,4	1,3	9,6
1IAMC	12	0,5	2,8	1,0	1,0	0,4	1,1	0,4	1,3	8,4
Total	28	0,8	2,3	1,2	1,4	0,6	1,2	0,4	1,3	9,1

Enfermedad neurológica degenerativa

Centro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0 ASSE	16	0,8	1,9	0,9	1,5	0,9	1,3	0,5	1,0	8,8
1IAMC	12	0,5	2,5	0,7	1,0	0,3	1,1	0,3	0,9	7,3
Total	28	0,6	2,1	0,8	1,3	0,7	1,2	0,4	1,0	8,1

6. Conclusiones y propuesta de desarrollo de un modelo de atención a la ECNT.

Puntos fuertes:

- Existe una importante consideración por parte de las direcciones técnicas de la relevancia de la ECNT y de sus potencialidades tanto para la mejora del nivel de salud de la población, como para el incremento de la eficiencia del sistema sanitario.
- Los pacientes con ECNT en general están identificados, o más certeramente expresado, pueden ser identificados, a través de los sistemas de información del que disponen los centros, principalmente HCE y registros de farmacia. Adicionalmente, se pueden conocer las comorbilidades, las interacciones medicamentosas y los problemas de vulnerabilidad social y discapacidad que sufren los pacientes y que influyen de una forma determinante en la evolución de la enfermedad.
- Algunos Centros realizan actividades relevantes en el manejo de la ECNT como la valoración integral de los pacientes, conciliación de la medicación e interacción de medicamentos o promoción del autocuidado, pero gran parte de ellas se realizan de forma informal en las consultas de seguimiento, sin una sistemática periódica y continua y sin dejar constancia en los registros clínicos.
- Existe un buen nivel de interacción entre el primer y segundo nivel, facilitándose mutuamente el trabajo y ofreciendo una buena disposición para resolver los problemas del día a día de los pacientes. Sin embargo, estos sistemas no están respaldados por acuerdos documentados que complementarían de una forma muy eficaz esta voluntariedad colectiva por hacer bien las cosas.
- Existen equipos multidisciplinares para la atención a la ECNT en aproximadamente la mitad de los Centros. El grado de integración de los diferentes profesionales sanitarios que forman parte de estos es muy variable, pero, en general, forman parte del mismo el especialista y el personal de enfermería, y en muchos de ellos el nutricionista, trabajador social y psicólogo.
- El despliegue de los cuidados paliativos es amplio y en muchos casos extenso, incorporando a pacientes no oncológicos.
- De la misma forma que en la coordinación entre el primer y segundo nivel, existe una coordinación entre el área clínica y social con buen funcionamiento operativo en el día a día, pero se carece de acuerdos documentados y los sistemas de referencia y contra referencia son informales.
- Existe un importante despliegue de la HCE y de la receta electrónica. Estas herramientas además de representar un elemento facilitador en la agilidad a la atención a los pacientes es una gran oportunidad de generar entornos colaborativos para la atención a la ECNT al facilitar la comunicación e interacción entre los profesionales.

Áreas de mejora:

- Si bien las Direcciones Técnicas son conscientes de la relevancia de la ECNT, tratan a cada enfermedad de forma individual y carecen de una visión global de la multimorbilidad y de la necesidad de integrar los cuidados en los pacientes complejos para facilitar la continuidad asistencial, y como consecuencia mejorar los resultados y reducir el consumo de servicios sanitarios.
- Es necesario crear un entorno de trabajo colaborativo entre las Direcciones Técnicas y los profesionales directamente implicados en la atención a los pacientes, tanto para complementar el conocimiento sobre las estrategias más adecuadas para su abordaje, como para ser más efectivos en la implantación de las innovaciones acordadas.
- Si bien muchos Centros reconocen que están establecidos los roles y responsabilidades de los dos niveles de atención, es necesario formalizar y documentar estos acuerdos definiendo compromiso en el seguimiento del paciente de acuerdo a su nivel de complejidad, los criterios de referencia y contra referencia entre niveles de atención, la atención a las comorbilidades y su influencia en la enfermedad de base, y por último, los sistemas de relación para la atención a los pacientes muy complejos para resolver sus problemas en el día a día.
- Gestionar las diferentes ECNT de acuerdo con la evidencia científica disponible, documentado las formas de hacer en un Protocolo escrito acordado en el equipo multidisciplinar, incorporando las responsabilidades de los dos niveles de atención mencionado en el punto anterior.
- Considerando que algunos centros declaran que se realizan evaluaciones periódicas de los pacientes en las consultas de seguimiento, se hace necesario sistematizar la evaluación integral con carácter anual de los elementos que en mayor medida condicionan la evolución de la enfermedad, incluyendo la valoración social cuando a criterio del clínico esta es necesaria. Esta evaluación debe de ser dada a conocer al paciente y/o allegados para establecer su responsabilidad en el manejo de la enfermedad. Así mismo esta valoración debe tener un registro específico en la HCE.
- A pesar de que se disponen de sistemas de registros de medicamentos, y, en algunos Centros, estos se asocian a sistemas de alerta por diversas variables, conviene desarrollar metodologías para la conciliación de medicación prescritas por diferentes especialistas para reducir en lo posible las interacciones entre medicamentos y la polifarmacia.
- A pesar de que en las consultas de seguimiento se realizan actividades de implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, es necesario potenciar el autocuidado formando a pacientes y cuidadores sobre los elementos claves de la enfermedad, haciendo énfasis en su aportación a la estabilización de la enfermedad a través de una correcta adherencia al tratamiento y de la práctica de estilos de vida saludable.

- Los resultados de este estudio muestran una gran diversidad en el acceso a cuidados paliativos de calidad a pesar de formar parte del plan básico de beneficios. Esta inequidad obligaría a extender y uniformizar cuidados paliativos a través de un mínimo de exigencia a todos los prestadores y a la fiscalización de su grado de cumplimiento.
- Los pacientes multimorbidos y los frágiles, que son quienes concentran el mayor consumo de recursos, no son objetos de una atención preferencial que permita evitar o adelantarse a sus recaídas para evitar continuas reinternaciones, lo que conduce a un modelo de atención muy ineficiente. Estos pacientes tampoco se benefician de sistemas de monitorización y/o seguimiento a distancia que podrían representar un acercamiento del modelo de atención al domicilio del paciente.
- En general, más allá del examen de la hemoglobina glicosilada en los pacientes diabéticos, el registro de datos que permita evaluar resultados de la atención a la ECNT a través de indicadores sencillos y consistentes no están desarrollados, lo que impide conocer la efectividad de las innovaciones en la atención.
- Concluyendo, y extrapolando los hallazgos a nivel de sistema de salud (dada la alta representatividad poblacional y el razonable balance público -privado de las instituciones entrevistadas), si bien existe una adecuada plataforma para la aplicación de un buen modelo de atención, con cuidados centrados en el paciente, la penetración de cada uno de los componentes de esta plataforma ofrece un amplio espacio de mejora, con fuertes implicancia en la calidad de atención, la seguridad de los pacientes crónicos y la eficiencia del sistema de provisión de servicios.
- El análisis de la aplicación del modelo de atención en las cinco ECNT de alta prevalencia seleccionadas, concluye, de modo similar a lo dicho, en la existencia de un amplio espacio de mejora, tanto en referencia a la extensión de los componentes específicos de modelo de atención como la búsqueda y desarrollo institucional de la convergencia de equipos de asistencia que identifiquen de modo sistemático la multimorbilidad y apliquen criterios conjuntos de cuidados y seguimiento de estos pacientes, que representan el mayor riesgo individual de enfermedad crónica grave y mortalidad y una carga familiar y social gravosa por la no integralidad de su atención.

ANEXO 1.- MODELO DE CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN URUGUAY.

ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA PARA EL PRESENTE TRABAJO.

Existen diferentes trabajos científicos y acuerdos de organismos internacionales que definen el concepto de enfermedad crónica. Sin bien el concepto de enfermedad crónica alcanza a muchas entidades nosológicas, el objeto de nuestro trabajo se centra en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con un curso clínico con altas chances de empeoramiento por la presencia de exacerbaciones y/o recaídas, en las que un modelo de atención basado en actividades preventivas y en la anticipación, podrían conseguir estabilizar la evolución de la enfermedad y /o atrasar las complicaciones y el deterioro clínico. Y como consecuencia de todo ellos, mejorar la calidad de vida de los enfermos y de su familia y reducir las internaciones y la polifarmacia con claras ganancias en eficiencia del sistema de salud.

Es por ello por lo que, para este trabajo, el foco de atención se centra en las siguientes ECNT:

- Enfermedad cardiovascular, incluida insuficiencia cardiaca congestiva.
- HTA
- Diabetes
- EPOC
- Enfermedad neurológica degenerativa.
- Otras prevalentes en la institución (especificar)

No se consideran de este trabajo otras ECNT, como por ejemplo las siguientes:

- Tratamiento activo del cáncer, por ser una enfermedad que requiere de unos recursos muy intensivos y especializados en un corto periodo de tiempo con una estrategia muy específica y personalizada.
- Trastorno mental severo por ser una enfermedad de muy largo recorrido que aparece de forma temprana, y que en general, no se correlaciona ni interfiere con otras dolencias crónicas, salvo en la fase tardía de su evolución clínica.

CUESTIONARIO.

A. PARA CADA UNA DE LAS PATOLOGÍAS CONSIDERADAS COMO DE MAYOR PREVALENCIA:

- a) Alcance del modelo de atención. Breve descripción.
- b) Número de pacientes.
- c) ¿Quién diagnostica y trata inicialmente al paciente?
- d) ¿Quién asume la responsabilidad de su seguimiento?

- e) Donde se presta asistencia sanitaria integrada: consultorio de primaria, consulta del hospital, domicilio, hospital de día, internamiento.
- f) ¿Hay un de equipo multidisciplinario para la asistencia a la enfermedad? Si lo hay, describir su integración.
- g) ¿Están definidas las responsabilidades de los dos niveles de atención? Si lo están, indicar si es un consenso no escrito o si consta en un documento.
- h) ¿Existen mecanismos ágiles de relación entre el nivel primario y secundario para resolver los problemas del día a día de los pacientes como interconsulta electrónica, plan integrado para la continuidad de cuidados etc.? Si es afirmativo, breve descripción
- i) ¿Existe una guía clínica que determine como se maneja la enfermedad de forma colaborativa?
- j) Si la hay, ¿se capacita a los profesionales en las guías clínicas para la atención a la enfermedad y en los protocolos colaborativos definidos?
- k) ¿Están definidos los sistemas de referencia y contra referencia del paciente? Si lo están, indicar si es un consenso no escrito o si consta en un documento.
- l) Se realiza periódicamente una evaluación integral del paciente.
- m) ¿Se implementan elementos de autocuidado por el paciente? ¿Se capacita al paciente en el manejo de su enfermedad? En caso afirmativo, describir.
- n) ¿Se utiliza alguna metodología para promover y verificar la adherencia al tratamiento prescrito? En caso afirmativo, breve descripción.
- o) ¿Se utilizan sistemas de tele asistencia para el seguimiento a distancia del paciente? En caso afirmativo, describir.
- p) ¿Existen acciones que busquen elementos de interacción con otras enfermedades que afectan al paciente? En caso afirmativo, describir.
- q) ¿Disponen de algún sistema de evaluación de resultados para estos pacientes? En caso afirmativo, describir.
- r) ¿Cuáles considera usted que son los tres principales resultados del programa o modelo de atención para esta patología?
- s) ¿Cuáles considera usted que son las tres principales dificultades en la implementación del programa o modelo de atención?

B. Elementos para facilitar la asistencia a la ECNT:

- Están identificados los pacientes con más de una de ECNT. En caso afirmativo señalar dolencias y combinaciones de enfermedades más frecuentes.
- ¿Están identificados/caracterizados los pacientes de ECNT que se caracterizan por un mayor consumo de recursos sanitarios? Por ejemplo, número de internaciones, número de atenciones en emergencias o polifarmacia. En caso afirmativo, enunciar los criterios utilizados para esta selección.
- Adicionalmente, ¿se consideran otros elementos que interfieren en la gravedad y estabilidad de la ECNT como pueden ser discapacidad funcional, la

discapacidad intelectual, las condiciones sociales y vulnerabilidad social? En caso afirmativo, criterios utilizados para esta selección.

- ¿Se realiza periódicamente una evaluación integral de los pacientes con ECNT, bajo criterios de vulnerabilidad clínica y/o criterios de riesgo social que pudieran afectar el curso de la enfermedad? ¿Esta evaluación queda reflejada en su expediente clínico? En caso afirmativo, listar criterios utilizados.
- ¿Utilizan alguna metodología para la conciliación de la medicación prescrita por los diferentes especialistas en los pacientes en caso de polifarmacia (al menos 6 medicamentos activos)? En caso afirmativo, breve descripción.
- ¿Disponen de Unidades especializadas para la atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o riesgo social? En caso afirmativo, breve descripción.
- ¿Existe un equipo especializado en ofertar cuidados paliativos? En caso afirmativo, describir su integración y funcionamiento.
- ¿Se programan reuniones de coordinación entre responsables de la Institución y los servicios sociales?
- ¿Están acordados y documentados los procesos de transferencia de pacientes e intercambio de información para brindarles los apoyos sociales?

C. Tecnología de soporte

- ¿Está implantada la Historia clínica electrónica? En caso afirmativo, definir porcentaje de pacientes con registro electrónico.
- ¿La historia clínica electrónica incorpora información clínica del nivel primario y del nivel secundario?
- ¿Existe receta electrónica? En caso afirmativo, definir porcentaje de pacientes con receta electrónica.
- ¿La receta electrónica incorpora la prescripción de medicamentos del nivel primario y del nivel secundario?
- ¿Existen sistemas de telemetría para realizar un seguimiento remoto del paciente? En caso afirmativo, describir experiencias.
- ¿En caso de disponer de historia clínica electrónica y receta electrónica, el paciente tiene acceso a sus registros para consultar su información clínica? En caso afirmativo, describir acceso.

ANEXO 2.- Resultados por efectores. Estudio sobre la atención a la ECNT

Centro		1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
11	ASSE	1	0	1	1	2	2	3	3	13	Básico
1	ASSE	3	0	1	2	2	0	2	1	11	Básico
6	ASSE	2	0	1	0	2	1	3	2	11	Básico
9	ASSE	1	1	0	1	2	3	3	0	11	Básico
13	ASSE	2	2	1	0	1	3	2	0	11	Básico
12	ASSE	1	0	0	2	1	2	2	2	10	Básico
4	ASSE	0	0	0	0	0	3	3	3	9	Incipiente
7	ASSE	1	1	1	1	2	0	3	0	9	Incipiente
3	ASSE	2	0	1	0	1	1	2	1	8	Incipiente
8	ASSE	1	0	0	0	2	2	3	0	8	Incipiente
14	ASSE	0	0	0	1	1	3	3	0	8	Incipiente
5	ASSE	1	0	1	0	0	2	3	0	7	Incipiente
10	ASSE	0	0	1	0	1	0	3	2	7	Incipiente
2	ASSE	0	0	1	0	1	2	2	0	6	Incipiente
23	ASSE	0	0	0	0	1	0	2	1	4	Incipiente
24	ASSE	0	0	0	1	1	0	1	0	3	Incipiente
17	IAMC	2	3	1	2	0	1	3	3	15	Desarrollado
19	IAMC	3	0	2	0	2	2	3	3	15	Desarrollado
16	IAMC	2	0	2	0	2	3	3	2	14	Básico
22	IAMC	3	0	1	0	1	3	3	3	14	Básico
28	IAMC	0	0	3	1	1	3	3	3	14	Básico
21	IAMC	0	0	1	0	3	2	3	3	12	Básico
15	IAMC	0	0	1	0	2	2	3	0	8	Incipiente
18	IAMC	2	1	1	1	1	0	2	0	8	Incipiente
25	IAMC	0	0	0	0	0	2	3	1	6	Incipiente
20	IAMC	0	0	0	0	0	2	3	0	5	Incipiente
26	IAMC	0	0	0	1	1	0	2	0	4	Incipiente

27	IAMC	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	Incipiente
----	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------

Diabetes

Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	2	3	1	2	2	0	2	1	13	Básico
2	2	0	0	3	0	0	0	2	7	Incipiente
3	1	3	0	2	0	0	0	1	7	Incipiente
4	2	1	3	1	1	0	0	0	8	Incipiente
5	2	2	0	2	1	0	2	2	11	Básico
6	2	3	3	3	1	1	1	3	17	Desarrollado
7	2	3	1	3	1	3	1	2	16	Desarrollado
8	2	1	3	3	1	1	1	1	13	Básico
9	1	1	0	0	0	1	2	0	5	Incipiente
10	0	1	0	2	1	0	0	1	5	Incipiente
11	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
12	2	2	3	2	1	3	0	0	13	Básico
13	2	3	0	2	2	3	1	2	15	Desarrollado
14	2	2	1	2	1	3	2	2	15	Desarrollado
15	2	2	1	1	1	0	2	1	10	Básico
16	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
17	2	3	0	2	2	0	1	3	13	Básico
18	0	2	0	0	0	0	0	1	3	Incipiente
19	2	3	3	1	1	0	1	2	13	Básico
20	2	3	0	0	0	0	1	0	6	Incipiente
21	0	3	3	2	1	3	1	1	14	Básico
22	2	3	3	2	1	3	1	1	16	Desarrollado
23	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
24	3	3	0	2	1	3	0	1	13	Básico
25	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
26	2	2	1	1	0	1	0	0	7	Incipiente

27	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
28	3	3	3	3	1	0	3	1	17	Desarrollado

Hipertensión arterial

Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	2	1	1	2	2	0	3	1	12	Básico
2	0	0	0	3	0	0	0	2	5	Incipiente
3	0	1	0	2	1	0	0	1	5	Incipiente
4	2	2	3	2	1	0	2	1	13	Básico
5	2	2	0	2	1	0	1	2	10	Básico
6	0	3	2	3	0	1	1	1	11	Básico
7	2	3	3	3	1	3	0	1	16	Desarrollado
8	0	0	1	3	0	1	1	2	8	Incipiente
9	0	1	0	0	0	1	0	0	2	Incipiente
10	0	2	0	2	1	0	2	2	9	Básico
11	2	3	2	2	1	3	1	2	16	Desarrollado
12	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
13	0	2	2	2	2	3	1	1	13	Básico
14	1	3	1	1	1	3	0	2	12	Básico
15	0	2	1	0	0	0	0	1	4	Incipiente
16	2	3	3	1	1	3	0	2	15	Básico
17	0	3	2	1	2	0	0	2	10	Básico
18	0	2	0	0	0	0	1	1	4	Incipiente
19	0	3	3	0	1	0	0	2	9	Incipiente
20	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
21	0	3	3	3	1	3	1	1	15	Desarrollado
22	1	3	2	2	1	3	1	0	13	Básico
23	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
24	1	3	0	2	1	3	0	1	11	Básico
25	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente

26	2	3	1	1	0	1	1	0	9	Incipiente
27	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
28	2	3	1	2	1	0	1	2	12	Básico

Enfermedad cardiovascular

Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	0	2	1	1	2	0	1	1	8	Incipiente
2	0	1	1	2	0	0	0	2	6	Incipiente
3	0	1	0	1	0	0	0	1	3	Incipiente
4	2	1	2	2	1	0	2	1	11	Básico
5	1	3	0	2	1	0	1	2	10	Básico
6	0	3	2	2	0	1	1	1	10	Básico
7	2	3	1	3	1	3	1	1	15	Desarrollado
8	0	1	1	3	0	1	1	2	9	Incipiente
9	0	2	0	1	0	1	0	1	5	Incipiente
10	0	2	0	1	1	0	0	0	4	Incipiente
11	2	3	2	0	0	3	1	2	13	Básico
12	2	3	3	3	1	3	1	3	19	Desarrollado
13	0	3	0	2	1	3	0	2	11	Básico
14	2	3	3	2	1	3	1	1	16	Desarrollado
15	0	3	1	0	0	0	0	2	6	Incipiente
16	1	3	3	2	1	3	0	2	15	Desarrollado
17	0	3	2	1	2	0	0	2	10	Básico
18	0	2	0	0	0	0	1	1	4	Incipiente
19	0	2	1	0	1	0	0	2	6	Incipiente
20	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
21	0	3	1	2	1	3	0	1	11	Básico
22	1	3	0	1	0	3	0	1	9	Incipiente
23	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
24	1	3	0	2	1	3	0	1	11	Básico
25	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente

26	2	3	1	1	0	1	1	0	9	Incipiente
27	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
28	3	2	1	2	1	0	1	2	12	Básico

EPOC

Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	0	3	1	2	0	0	0	1	7	Incipiente
2	0	1	1	2	0	0	0	1	5	Incipiente
3	1	2	1	2	1	0	0	1	8	Incipiente
4	1	1	1	0	1	0	0	2	6	Incipiente
5	0	0	0	2	1	0	2	2	7	Incipiente
6	0	3	1	2	0	1	0	1	8	Incipiente
7	2	1	3	2	2	3	0	1	14	Básico
8	2	1	3	3	1	1	0	0	11	Básico
9	1	2	1	0	0	1	0	1	6	Incipiente
10	0	2	0	2	0	0	0	1	5	Incipiente
11	2	1	2	1	0	3	0	2	11	Básico
12	2	3	3	2	1	3	2	1	17	Desarrollado
13	2	3	0	2	2	3	1	1	14	Básico
14	0	2	1	2	0	3	1	2	11	Básico
15	0	2	1	1	1	0	0	1	6	Incipiente
16	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
17	0	3	2	1	2	0	1	2	11	Básico
18	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
19	0	3	1	0	1	0	1	2	8	Incipiente
20	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
21	0	3	3	3	0	3	1	2	15	Desarrollado
22	2	3	2	2	0	3	0	2	14	Básico
23	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
24	1	3	0	2	0	3	0	1	10	Básico

25	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
26	0	3	0	2	1	1	0	2	9	Incipiente
27	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
28	3	3	3	2	1	0	2	2	16	Desarrollado

Enfermedad neurológica degenerativa:

Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	0	1	0	2	0	0	2	1	6	Incipiente
2	0	1	0	2	0	0	0	1	4	Incipiente
3	0	1	0	0	1	0	0	0	2	Incipiente
4	0	1	3	0	1	0	0	0	5	Incipiente
5	0	0	0	2	1	0	0	1	4	Incipiente
6	0	3	1	2	0	1	0	1	8	Incipiente
7	3	3	1	2	2	3	1	2	17	Desarrollado
8	0	1	1	3	0	1	0	0	6	Incipiente
9	0	3	1	0	1	1	0	0	6	Incipiente
10	0	1	0	2	2	0	0	1	6	Incipiente
11	1	3	0	2	1	3	0	0	10	Básico
12	1	3	3	3	1	3	0	3	17	Desarrollado
13	2	1	0	1	2	3	2	1	12	Básico
14	3	2	0	1	1	3	2	2	14	Básico
15	0	3	1	0	1	0	0	1	6	Incipiente
16	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
17	0	3	2	2	2	0	1	2	12	Básico
18	1	2	0	0	0	0	0	1	4	Incipiente
19	1	3	1	0	1	0	1	2	9	Incipiente
20	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
21	0	3	1	2	0	3	0	1	10	Básico
22	1	3	0	2	1	3	0	0	10	Básico
23	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
24	1	3	0	2	0	3	0	1	10	Básico

25	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
26	0	3	0	2	0	1	0	0	6	Incipiente
27	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
28	2	1	3	2	0	0	1	2	11	Básico

ANEXO 3. Informe Integral por efector

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
1	Global	3	0	1	0	2	2	2	1	11	Básico
1	ECV	0	2	1	1	2	0	1	1	8	Incipiente
1	HTA	2	1	1	2	2	0	3	1	12	Básico
1	Diabetes	2	3	1	2	2	0	2	1	13	Básico
1	EPOC	0	3	1	2	0	0	0	1	7	Incipiente
1	END	0	1	0	2	0	0	2	1	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
2	Global	0	0	1	2	0	1	2	0	6	Incipiente
2	ECV	0	1	1	2	0	0	0	2	6	Incipiente
2	HTA	0	0	0	3	0	0	0	2	5	Incipiente
2	Diabetes	2	0	0	3	0	0	0	2	7	Incipiente
2	EPOC	0	1	1	2	0	0	0	1	5	Incipiente
2	END	0	1	0	2	0	0	0	1	4	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
3	Global	2	0	1	1	0	1	2	1	8	Incipiente
3	ECV	0	1	0	1	0	0	0	1	3	Incipiente
3	HTA	0	1	0	2	1	0	0	1	5	Incipiente
3	Diabetes	1	3	0	2	0	0	0	1	7	Incipiente
3	EPOC	1	2	1	2	1	0	0	1	8	Incipiente
3	END	0	1	0	0	1	0	0	0	2	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
4	Global	0	0	0	3	0	0	3	3	9	Incipiente
4	ECV	2	1	2	2	1	0	2	1	11	Básico
4	HTA	2	2	3	2	1	0	2	1	13	Básico
4	Diabetes	2	1	3	1	1	0	0	0	8	Incipiente
4	EPOC	1	1	1	0	1	0	0	2	6	Incipiente
4	END	0	1	3	0	1	0	0	0	5	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
5	Global	1	0	1	2	0	0	3	0	7	Incipiente
5	ECV	1	3	0	2	1	0	1	2	10	Básico
5	HTA	2	2	0	2	1	0	1	2	10	Básico
5	Diabetes	2	2	0	2	1	0	2	2	11	Básico
5	EPOC	0	0	0	2	1	0	2	2	7	Incipiente
5	END	0	0	0	2	1	0	0	1	4	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
6	Global	2	0	1	1	0	2	3	2	11	Básico
6	ECV	0	3	2	2	0	1	1	1	10	Básico
6	HTA	0	3	2	3	0	1	1	1	11	Básico
6	Diabetes	2	3	3	3	1	1	1	3	17	Desarrollado
6	EPOC	0	3	1	2	0	1	0	1	8	Incipiente
6	END	0	3	1	2	0	1	0	1	8	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
7	Global	1	1	1	0	1	2	3	0	9	Incipiente
7	ECV	2	3	1	3	1	3	1	1	15	Desarrollado
7	HTA	2	3	3	3	1	3	0	1	16	Desarrollado
7	Diabetes	2	3	1	3	1	3	1	2	16	Desarrollado
7	EPOC	2	1	3	2	2	3	0	1	14	Básico
7	END	3	3	1	2	2	3	1	2	17	Desarrollado

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
8	Global	1	0	0	2	0	2	3	0	8	Incipiente
8	ECV	0	1	1	3	0	1	1	2	9	Incipiente
8	HTA	0	0	1	3	0	1	1	2	8	Incipiente
8	Diabetes	2	1	3	3	1	1	1	1	13	Básico
8	EPOC	2	1	3	3	1	1	0	0	11	Básico
8	END	0	1	1	3	0	1	0	0	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
9	Global	1	1	0	3	1	2	3	0	11	Básico
9	ECV	0	2	0	1	0	1	0	1	5	Incipiente
9	HTA	0	1	0	0	0	1	0	0	2	Incipiente
9	Diabetes	1	1	0	0	0	1	2	0	5	Incipiente
9	EPOC	1	2	1	0	0	1	0	1	6	Incipiente
9	END	0	3	1	0	1	1	0	0	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
10	Global	0	0	1	0	0	1	3	2	7	Incipiente
10	ECV	0	2	0	1	1	0	0	0	4	Incipiente
10	HTA	0	2	0	2	1	0	2	2	9	Básico
10	Diabetes	0	1	0	2	1	0	0	1	5	Incipiente
10	EPOC	0	2	0	2	0	0	0	1	5	Incipiente
10	END	0	1	0	2	2	0	0	1	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
11	Global	1	0	1	2	1	2	3	3	13	Básico
11	ECV	2	3	2	0	0	3	1	2	13	Básico
11	HTA	2	3	2	2	1	3	1	2	16	Desarrollado
11	Diabetes	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
11	EPOC	2	1	2	1	0	3	0	2	11	Básico
11	END	1	3	0	2	1	3	0	0	10	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
12	Global	1	0	0	2	2	1	2	2	10	Básico
12	ECV	2	3	3	3	1	3	1	3	19	Desarrollado
12	HTA	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
12	Diabetes	2	2	3	2	1	3	0	0	13	Básico
12	EPOC	2	3	3	2	1	3	2	1	17	Desarrollado
12	END	1	3	3	3	1	3	0	3	17	Desarrollado

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
13	Global	2	2	1	0	1	3	2	0	11	Básico
13	ECV	0	3	0	2	1	3	0	2	11	Básico
13	HTA	0	2	2	2	2	3	1	1	13	Básico
13	Diabetes	2	3	0	2	2	3	1	2	15	Desarrollado
13	EPOC	2	3	0	2	2	3	1	1	14	Básico
13	END	2	1	0	1	2	3	2	1	12	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
14	Global	0	0	0	1	1	3	3	0	8	Incipiente
14	ECV	2	3	3	2	1	3	1	1	16	Desarrollado
14	HTA	1	3	1	1	1	3	0	2	12	Básico
14	Diabetes	2	2	1	2	1	3	2	2	15	Desarrollado
14	EPOC	0	2	1	2	0	3	1	2	11	Básico
14	END	3	2	0	1	1	3	2	2	14	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
15	Global	0	0	1	2	0	2	3	0	8	Incipiente
15	ECV	0	3	1	0	0	0	0	2	6	Incipiente
15	HTA	0	2	1	0	0	0	0	1	4	Incipiente
15	Diabetes	2	2	1	1	1	0	2	1	10	Básico
15	EPOC	0	2	1	1	1	0	0	1	6	Incipiente
15	END	0	3	1	0	1	0	0	1	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
16	Global	2	0	2	3	0	2	3	2	14	Básico
16	ECV	1	3	3	2	1	3	0	2	15	Desarrollado
16	HTA	2	3	3	1	1	3	0	2	15	Básico
16	Diabetes	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
16	EPOC	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado
16	END	2	3	3	2	1	3	1	2	17	Desarrollado

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
17	Global	2	3	1	1	2	0	3	3	15	Desarrollado
17	ECV	0	3	2	1	2	0	0	2	10	Básico
17	HTA	0	3	2	1	2	0	0	2	10	Básico
17	Diabetes	2	3	0	2	2	0	1	3	13	Básico
17	EPOC	0	3	2	1	2	0	1	2	11	Básico
17	END	0	3	2	2	2	0	1	2	12	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
18	Global	2	1	1	0	1	1	2	0	8	Incipiente
18	ECV	0	2	0	0	0	0	1	1	4	Incipiente
18	HTA	0	2	0	0	0	0	1	1	4	Incipiente
18	Diabetes	0	2	0	0	0	0	0	1	3	Incipiente
18	EPOC	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
18	END	1	2	0	0	0	0	0	1	4	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
19	Global	3	0	2	2	0	2	3	3	15	Desarrollado
19	ECV	0	2	1	0	1	0	0	2	6	Incipiente
19	HTA	0	3	3	0	1	0	0	2	9	Incipiente
19	Diabetes	2	3	3	1	1	0	1	2	13	Básico
19	EPOC	0	3	1	0	1	0	1	2	8	Incipiente
19	END	1	3	1	0	1	0	1	2	9	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
20	Global	0	0	0	2	0	0	3	0	5	Incipiente
20	ECV	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
20	HTA	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
20	Diabetes	2	3	0	0	0	0	1	0	6	Incipiente
20	EPOC	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
20	END	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
21	Global	0	0	1	2	0	3	3	3	12	Incipiente
21	ECV	0	3	1	2	1	3	0	1	11	Básico
21	HTA	0	3	3	3	1	3	1	1	15	Desarrollado
21	Diabetes	0	3	3	2	1	3	1	1	14	Básico
21	EPOC	0	3	3	3	0	3	1	2	15	Desarrollado
21	END	0	3	1	2	0	3	0	1	10	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
22	Global	3	0	1	3	0	1	3	3	14	Incipiente
22	ECV	1	3	0	1	0	3	0	1	9	Incipiente
22	HTA	1	3	2	2	1	3	1	0	13	Básico
22	Diabetes	2	3	3	2	1	3	1	1	16	Desarrollado
22	EPOC	2	3	2	2	0	3	0	2	14	Básico
22	END	1	3	0	2	1	3	0	0	10	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
23	Global	0	0	0	0	0	1	2	1	4	Incipiente
23	ECV	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
23	HTA	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
23	Diabetes	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
23	EPOC	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente
23	END	0	3	0	0	0	3	0	0	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
24	Global	0	0	0	0	1	1	1	0	3	Incipiente
24	ECV	1	3	0	2	1	3	0	1	11	Básico
24	HTA	1	3	0	2	1	3	0	1	11	Básico
24	Diabetes	3	3	0	2	1	3	0	1	13	Básico
24	EPOC	1	3	0	2	0	3	0	1	10	Básico
24	END	1	3	0	2	0	3	0	1	10	Básico

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
25	Global	0	0	0	2	0	0	3	1	6	Incipiente
25	ECV	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
25	HTA	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
25	Diabetes	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
25	EPOC	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente
25	END	0	1	1	0	0	0	0	2	4	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
26	Global	0	0	0	0	1	1	2	0	4	Incipiente
26	ECV	2	3	1	1	0	1	1	0	9	Incipiente
26	HTA	2	3	1	1	0	1	1	0	9	Incipiente
26	Diabetes	2	2	1	1	0	1	0	0	7	Incipiente
26	EPOC	0	3	0	2	1	1	0	2	9	Incipiente
26	END	0	3	0	2	0	1	0	0	6	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
27	Global	0	0	0	1	0	0	1	1	3	Incipiente
27	ECV	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
27	HTA	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
27	Diabetes	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente
27	EPOC	0	3	0	0	0	0	0	0	3	Incipiente
27	END	0	2	0	0	0	0	0	0	2	Incipiente

Efactor	Grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
28	Global	0	0	3	3	1	1	3	3	14	Básico
28	ECV	3	2	1	2	1	0	1	2	12	Básico
28	HTA	2	3	1	2	1	0	1	2	12	Básico
28	Diabetes	3	3	3	3	1	0	3	1	17	Desarrollado
28	EPOC	3	3	3	2	1	0	2	2	16	Desarrollado
28	END	2	1	3	2	0	0	1	2	11	Básico