



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

DISEÑO|UC



Red APA

Red de apoyo de pares para el automanejo de enfermedades crónicas

Tesis presentada a la Escuela de Diseño de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al título profesional de Diseñador

Autor: Fernanda Romagnoli Torres
Profesor guía: Patricia Manns

Enero 2020
Santiago, Chile



Agradeci-
mientos ○

Quiero agradecer a mi familia por su apoyo incondicional y por darme la oportunidad de estudiar en esta Universidad, que me abrió las puertas hacia una perspectiva social del diseño.

A mi profesora, Patricia Manns, por ser una excelente profesora guía, porque su compromiso y entusiasmo ha sido esencial para realizar este proyecto.

Al Centro de Innovación en Salud UC que creyó en mí y en el potencial del diseño en el área de la salud.

Al Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado, por facilitar a su equipo, pacientes y espacios.

A la Organización “Ganas de Vivir”, junto a Luis Ruiz y Gloria Medel con quienes tenemos el sueño de que la Red APA realmente se lleve a cabo.

A las Pragas que estuvieron ahí para apoyarme y darme ánimo día a día.

Y a mi abuela Virginia Espinosa, quién corrigió hasta el último detalle. Ella es mi ejemplo a seguir de vitalidad y envejecimiento positivo.

¡Muchas gracias a todos!

01

Introducción

- [10] Introducción

02

Marco Teórico

2.1

Personas mayores

- [14] Personas mayores en Chile
- [16] Organizaciones de Personas Mayores (OGP)
- [16] Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)
- [18] Programa MAS
- [18] Programa Adulto Mejor
- [20] Encuesta Calidad de Vida

2.2

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

- [24] ECNT a nivel mundial
- [25] Factores de riesgo
- [26] ECNT en personas mayores
- [26] Plan de acción para la prevención y el control de las ECNT

2.3

Atención Primaria en Salud (APS)

- [28] APS a nivel mundial
- [31] APS en Chile
- [34] APS y el manejo de las ECNT

2.4

Modelos de atención

- [34] Síndrome Radar
- [35] Modelos de Cuidados Crónicos (MCC)
- [37] Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MaCep)

2.5

Estrategias de prevención

- [39] Automanejo
- [41] Apoyo de pares
- [45] Telecuidado
- [46] Sistematización de ideas innovadoras

03

Formulación

3.1

Problematización

[50] Problema y oportunidad

3.2

Proyecto

[52] Formulación
[53] Objetivos
[55] Nuevo modelo

04

Metodología

4.1

Metodologías

[58] Diseño de Servicios
[59] Human Centered Design
[60] Metodología Proyectual

05

Contexto y usuarios

5.1

Contexto de investigación

[64] Contexto

5.2

Usuarios

[67] Ecosistema de usuario
[68] Usuarios
[68] Perfil de usuario

06

Desarrollo Proyectual

6.1

Levantamiento de información

[72] Talleres de automanejo
[76] Análisis situación actual

6.2

Salidas a terreno

[78] Programa MAS
[82] Seminario Integral de Personas Mayores

07

Testeos e iteraciones

7.1

Testeo y prototipado

[87] Proceso de prototipado
[88] Propuesta preliminar
[90] Testeos

7.2

Validación

[114] Validación profesionales

08

Propuesta final

8.1

Atributos

[118] Atributos
[119] Referentes

8.2

Red APA

[120] Red APA
[121] Roles
[124] Puntos de contacto
[134] Blueprint
[136] Identidad gráfica

09

Implementación

9.1

Implementación

[140] Modelo de negocios
[142] Estrategia de implementación
[144] Costos
[145] Proyecciones

9.2

Conclusiones

[146] Conclusiones

10

Bibliografía / Anexos

10.1

Bibliografía

[152] Bibliografía

10.2

Anexos

[158] Prototipos



Motivación Personal

Desde Taller 4 y el OPR de Diseño de Servicios pude conocer de qué manera el diseño se puede involucrar en otras disciplinas y trabajar de forma interdisciplinaria. En ambas instancias me pude involucrar en el área de la salud y fue ahí donde nació mi interés.

De esta forma, en mi práctica profesional de servicios, a través de Puentes UC, pude desarrollar un proyecto en el área de salud, donde el poder aportar y ayudar desde mi disciplina e impactar de manera positiva a los demás, fue algo que me motivó a seguir con este tema.

Así es como nace la Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas (Red APA), la cual fue creada para el servicio público de atención primaria en salud. La Red APA busca potenciar a las personas mayores con el fin de que sean ellos quienes apoyen a sus pares y entreguen desde su propia experiencia las herramientas necesarias para que un otro cumpla con su tratamiento de manera integral.

Finalmente para mí y para cualquier diseñador que quiera romper paradigmas, es imprescindible vivir desde adentro la experiencia, con el fin de poder entender qué es lo que pasa realmente, escuchando y empatizando con todos los actores del sistema.



Introducción

01

“Se podría decir que el diseño y el campo de la salud se asemejan de diversas formas. En ambas disciplinas se aprende con la práctica, a través de la observación y retroalimentación. Ambas están motivadas por un profundo deseo de ayudar a las personas a gestionar y mejorar sus vidas, individual y culturalmente”

(Peter Jones, 2013).

1.1

Introducción

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente. Según la Organización Panamericana de la Salud, de la cuarta parte de personas que reciben atención solo alrededor de la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento.

Debido a esto, el Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile desarrolló el Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MaCep), donde el incentivo al “automanejo” es un eje fundamental para el control de la enfermedad. Éste modelo redirecciona la atención de la persona según el riesgo de la enfermedad, pero no se

adapta a las necesidades reales del paciente crónico y del profesional de la salud.

Ante esto la disciplina del diseño busca entregar una nueva mirada a estas problemáticas, utilizando un enfoque centrado en el usuario, sistematizando los diversos actores en el proceso creativo de manera participativa y colaborativa.

Este Proyecto presenta el desarrollo y resultado de la investigación de campo que se llevó a cabo para detectar oportunidades de diseño, el cual propone generar una red de apoyo de pares para el automanejo de enfermedades crónicas, donde las personas mayores son un eje fundamental.

El objetivo es lograr vincular las tres dimensiones del automanejo, tales como físico, social y emocional (ver diagrama 1) con el fin de empoderar a personas mayores y aumentar la sensación de apoyo en el manejo de enfermedades crónicas. Permite a los profesionales entregar herramientas de manera sistemática sin aumentar la carga de trabajo, gracias al apoyo de la comunidad y familia, logrando aumentar a largo plazo la cantidad de usuarios compensados.

“Se podría decir que el diseño y el campo de la salud se asemejan de diversas formas. En ambas disciplinas se aprende con la práctica, a través de la observación y retroalimentación. Ambas están motivadas por un profundo deseo de ayudar a las personas a gestionar y mejorar sus vidas, individual y culturalmente” (Peter Jones, 2013).

En base a lo anterior, el diseño es una disciplina que puede tomar protagonismo dentro del área de la salud.



Dimensiones del automanejo
Diagrama 1 - (Ministerio de Salud de Chile, 2013)



Marco Teórico

02

“El adulto mayor de hoy ya no coincide con la visión tradicional de una persona necesitada de cuidado y protección, sino que corresponde a una persona, en la mayoría de los casos, con la vitalidad y la autonomía necesaria para seguir siendo un aporte a la sociedad y seguir desarrollando sus propios intereses”

(Ibáñez & Tello, 2017).

2.1

Marco Teórico / *Personas mayores*

Personas mayores en Chile

El envejecer suele verse como algo negativo, como una etapa en donde se pierden capacidades cognitivas, habilidades físicas y funcionales (Ibáñez & Tello, 2017). Sin embargo, según datos del Censo 2017, el 85,8% de las personas mayores son autovalentes. Esto significa, que son capaces de realizar sus actividades diarias por si solos y no tienen dependencia de otras personas para realizarlas. Se espera que para el año 2050 las personas de 65 años y más, representarán el 25% de la población. Este cambio demográfico hace cuestionarnos en cómo lograr que ese 25% sea autovalente y activo en la sociedad. Por lo tanto se debe generar un cambio de paradigma, en donde el envejecer ya no se vea como algo negativo, sino como algo positivo.

“El adulto mayor de hoy ya no coincide con la visión tradicional de una persona necesitada de cuidado y protección, sino que corresponde a una persona, en la mayoría de los casos, con la vitalidad y la autonomía necesaria para seguir siendo un aporte a la sociedad y seguir desarrollando sus propios intereses”

(Ibáñez & Tello, 2017)

Este cambio de visión hacia las personas mayores busca replantear la manera de cómo nos estamos haciendo cargo de las propuestas hacia este grupo, en donde “ya no se debe enfocar solamente en protegerlos sino en que promueva y facilite el desarrollo de su independencia y autonomía” (Ibáñez & Tello, 2017).

La publicación “Adultos Mayores: un activo para Chile”, desarrollado el año 2017 por el Centro de Políticas Públicas UC y la Asociación AFP Chile, expone una instancia participativa desarrollada en formato taller en donde se discutieron desafíos para las políticas públicas en Chile en materia de empleabilidad de personas mayores. En este taller participaron diversos actores sociales relacionados con la temática, principalmente representantes de municipios, sector público y privado, organizaciones civiles, organizaciones de adultos mayores y académicos e investigadores. Una de las temáticas fue discutir el desafío de promover un cambio cultural en la sociedad acerca de las características, capacidades y aportes de las personas mayores a la sociedad en general y a sus comunidades.

En la publicación mencionada anteriormente, llama la atención lo que expone la Sra. Consuelo Moreno, Directora de Incidencia en Fundación Oportunidad Mayor, diciendo: *“El cambio cultural es lo más importante, porque permite que los cambios legales se mantengan en el tiempo. Depende de todos nosotros y depende de las propias personas mayores”*. Entendiéndose que es necesario un cambio cultural y que provenga de las mismas personas mayores.

Otro tema discutido en dicha publicación, fue el promover el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que agrupan a personas mayores, aumentando su influencia en la toma de decisiones acerca de políticas y programas que los afectan. En relación a esto, la Sra. Alejandra Vives, académica de la Escuela de Medicina UC, dijo que: *“la participación en organizaciones de voluntariado debe ser fomentada a todas las edades si queremos que los adultos mayores participen”*. Así mismo, el Sr. Cristobal Hunneus del Ministerio del Trabajo comenta que: *“las organizaciones de adultos mayores tienen el desafío de no sólo ayudar a otros y hacer lo que siempre han hecho, sino de sumar fuerzas para influir en las políticas públicas, porque además son ellos quienes mejor conocen qué necesitan realmente”*.

Esta nueva perspectiva no es algo totalmente nuevo, las personas mayores durante años han estado organizadas y de manera autónoma. Pero, como se discutió en el taller, ahora más que nunca se necesita que las mismas organizaciones logren levantar problemáticas que influyan a nivel nacional, para crear futuras políticas públicas para este grupo etario en aumento.



Catastro de Organizaciones de personas mayores
 Diagrama 2 - Elaboración propia en base al Catastro de OPM 2018.
 (UC & Chile+Hoy, 2018)

A partir de esto se busca entender de qué manera este grupo se está organizando, ya que hay un nicho muy interesante de personas mayores con un gran potencial. Así también como organizaciones de la sociedad civil están trabajando para este nuevo cambio cultural.

Organizaciones de Personas Mayores (OPM)

En Chile existen más de 13.000 organizaciones de personas mayores que funcionan de manera activa. Según el Catastro Nacional de Organizaciones de personas mayores del año 2018, la mayoría de estas organizaciones corresponden a clubes de adulto mayor, asociaciones gremiales, clubes deportivos y agrupaciones folklóricas. La distribución de estas organizaciones se pueden observar en el diagrama 2, en donde se puede destacar la Región Metropolitana, que lidera la cantidad de OPM.

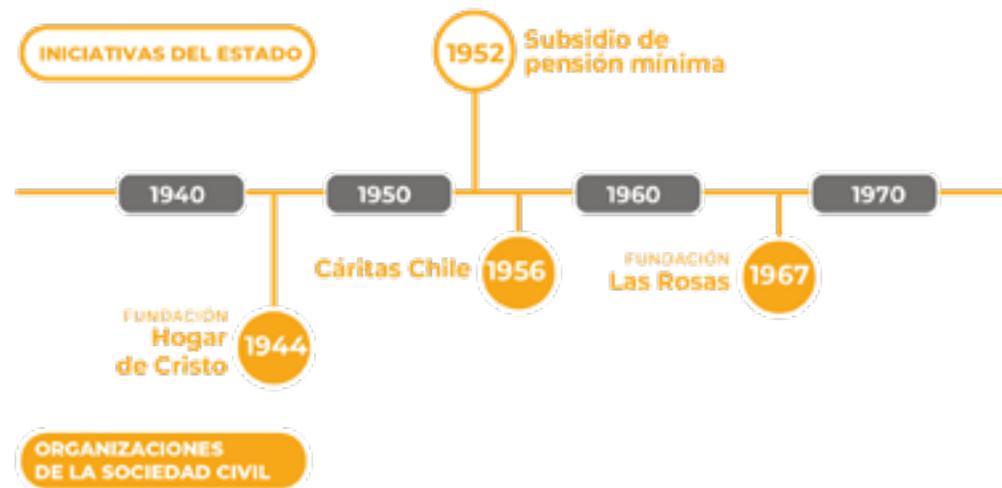
Estas organizaciones son un pilar fundamental en la vida diaria para muchas personas mayores. Muchas de ellas participan de manera activa teniendo roles dentro de ellas, entregando ideas dentro de sus barrios y municipalidades. En general las agrupaciones han ayudado para el bienestar social de las personas mayores incentivándolas a participar y disminuyendo así el sentimiento de soledad.

De igual forma es necesario contar con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil, quienes han logrado crear soluciones de gran impacto que han ido de la mano a las iniciativas del Estado.

Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) de personas mayores e iniciativas del Estado

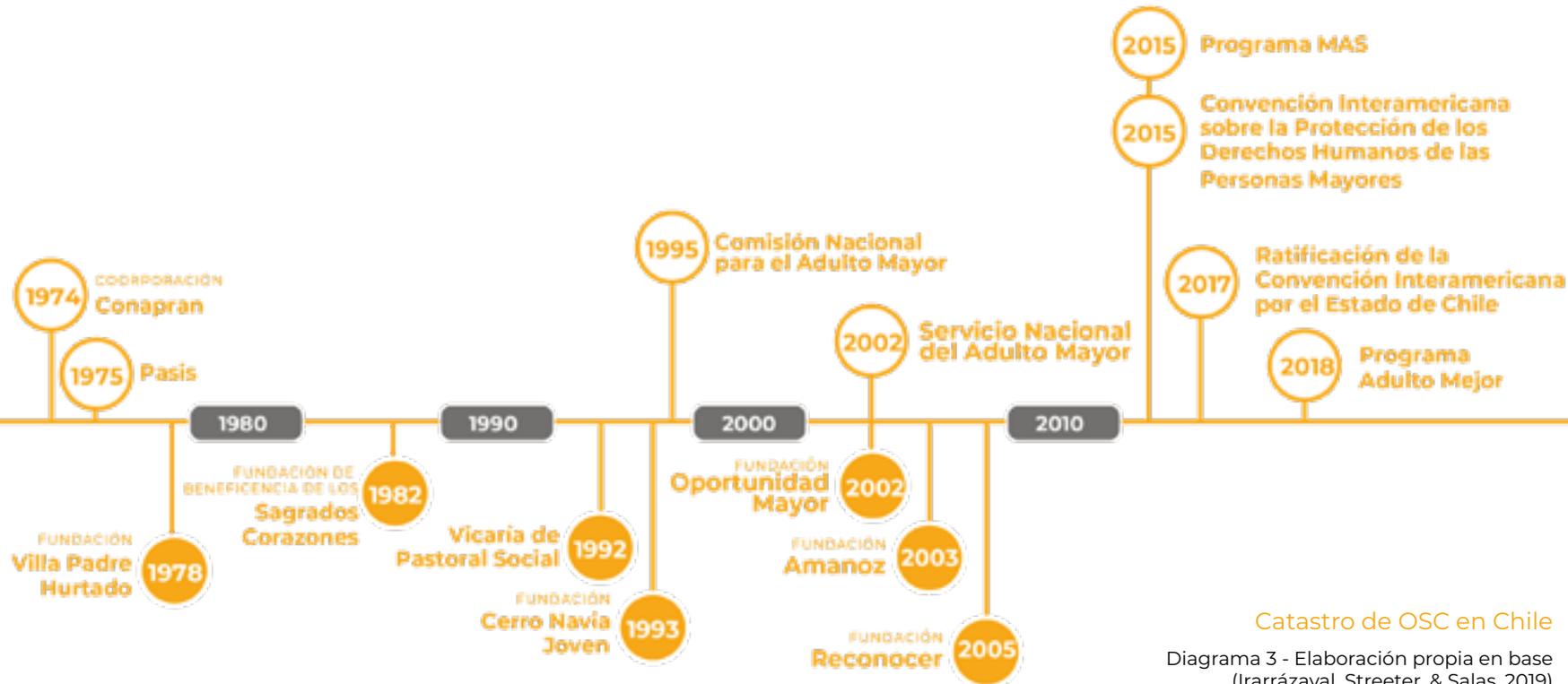
De la mano a las OPM están las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) e iniciativas del Estado que a lo largo del tiempo han buscado entregar una mejor calidad de vida para las personas mayores. “En el transcurso de su historia, las organizaciones de la sociedad civil se han comportado dinámicamente para responder a los vacíos en la oferta programática” (Irrarrázaval, Streeter, & Salas, 2019).

Como se puede observar en el diagrama 3 entre los años 40 y 90 el objetivo principal de estas organizaciones fue la de “suplir las carencias habitacionales de la población envejecida” (Irrarrázaval, Streeter, & Salas, 2019), las cuales se adelantan a las propuestas del Estado.



Más adelante se puede observar que desde los años 90 hasta ahora se han diversificado la ofertas de acciones a este grupo. Esto se debe principalmente al aumento exponencial de la población mayor lo cual ha generado la creación de las primeras políticas públicas al respecto y nuevas fundaciones que se adelantan y complementan al Estado.

Se analizarán las últimas iniciativas del Estado para fines del Proyecto. El Programa MAS y el Programa Adulto Mejor.



Catastro de OSC en Chile

Diagrama 3 - Elaboración propia en base (Irrázaval, Streeter, & Salas, 2019)

Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes (Programa MAS)

El Ministerio de Salud el año 2015 implementó el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes (ver diagrama 3) con el fin de “fortalecer el trabajo de los equipos de salud primarios con estrategias orientadas a mantener la autovalencia y prevenir la dependencia de las personas mayores” (Ministerio de Salud.Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria, 2015). Este programa considera los drásticos cambios demográficos y epidemiológicos, debido al incremento sostenido del envejecimiento y predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ya que el 50% de las personas mayores tienen tres o más ECNT (MINSAL, 2018). Por lo tanto invita a participar a personas mayores autovalentes sin riesgo, con riesgo y riesgo de dependencia.

Es muy importante su vinculación con la comunidad. Estas actividades deben planificarse por un equipo de profesionales de Atención Primaria de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), pero se deben realizar fuera del contexto del CESFAM, dentro de lugares comunes como juntas de vecinos y/o plazas. Busca entregar actividades dinámicas para la estimulación de funciones cognitivas y para el autocuidado y estilos de vida saludables, por medio de un lenguaje cercano y coherente con la realidad de las personas mayores.

Más adelante se explica su relevancia para el Proyecto en el capítulo 5 (contexto de investigación).



Programa MAS CESFAM San Alberto Hurtado, Puente Alto - Elaboración propia

Programa Adulto Mejor

Otra iniciativa para este grupo fue lanzada en octubre del año 2018, el programa Adulto Mejor liderado por la Sra. Primera Dama, Cecilia Morel. El programa “busca principalmente promover un cambio cultural en las personas y familias de nuestro país sobre la mirada que se tiene de las personas mayores, favoreciendo la integración social de ellas en todos los ámbitos de la vida. Todo con el fin de establecer una mirada positiva e inclusiva y saludable en torno a las personas mayores.” (Gob.cl, 2018)

En esta publicación, la Sra. Cecilia Morel, en el lanzamiento del programa dice lo siguiente:

“Podemos hacer muchas iniciativas, políticas públicas, etc., pero ninguna tendrá real efecto si no cambiamos el paradigma de cómo miramos el envejecimiento. Nuestro gran desafío es romper con los estereotipos negativos que tiene asociada la vejez. Tenemos que promover un cambio cultural para un envejecimiento positivo orientándose en generar condiciones necesarias para retrasar lo más posible la dependencia física y mental. Es por ello que debemos estimular oportunidades de participación social, teniendo por objetivo central que nuestros adultos mayores se mantengan integrados a la sociedad, a sus familias y a las comunidades, es decir, que no se aislen”.

El programa Adulto Mejor tiene cuatro pilares fundamentales: *Ciudades Amigables*, *Buen Trato*, *Vida Saludable* y *Desarrollo de Oportunidades*.

La iniciativa ***Ciudades Amigables*** se enmarca en el programa Ciudades Amigables de la Organización Mundial de la Salud. Tiene ocho áreas que fortalecen la capacidad de las personas a envejecer de forma positiva, las cuales son: transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión, participación cívica y empleo, comunicación e información, servicios comunitarios y de salud, espacios al aire libre y edificaciones (Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud, “una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento

activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2007a).

Este pilar busca implementar una mayor cantidad de centros diurnos para personas mayores con dependencia leve o moderada. También una mayor oferta habitacional a través de condominios de viviendas tuteladas para que personas mayores autovalentes puedan vivir en comunidad. Por otro lado el mejoramiento y construcción de veredas en barrios para dar una mayor seguridad a las personas mayores con movilidad reducida.

Dentro de este pilar se involucra el proyecto Red Activa desarrollado por docentes de la Universidad Católica que busca aumentar los tiempos de desplazamiento en los semáforos para así darle una mayor seguridad y tiempo a las personas mayores que cruzan las vías principales. (Gobierno de Chile, 2018)



Fotografía de: (Laboratorio de Innovación Pública, 2018)

El eje de *Buen trato* busca entregar mejores servicios y un trato digno a las personas mayores. A través de un “defensor mayor” se busca proteger y orientar a las personas mayores ante una vulneración de sus derechos (Gobierno de Chile, 2018).

Para una *Vida Saludable* el Ministerio de Salud en conjunto con SENAMA busca promover una vida activa, participativa y saludable a través de diversas iniciativas. Para beneficiar la salud física de las personas mayores busca aumentar en un 50% el número actual de Geriatrías en el país e incorporar el Alzheimer y otras demencias al plan Auge. Con el Ministerio del Deporte se creó la iniciativa de entregar talleres gratuitos en parques y plazas públicas. Por otro lado para incentivar la vida social de las personas mayores, el Ministerio de Economía y el Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR) busca entregar vacaciones para la tercera edad (Gobierno de Chile, 2018c).

El Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, busca promover el desarrollo continuo, capacitación e inclusión de las personas mayores para el pilar de *Desarrollo de Oportunidades*. Para lograrlo se entregaría fondos para aquellas personas que quieran iniciar un emprendimiento, generar inclusión laboral incentivando a las empresas a contratar a personas mayores y entregar programas de capacitación a todas las personas que estén dentro del 60% más vulnerable (Gobierno de Chile, 2018b).

Por lo tanto, actualmente el principal desafío es diseñar políticas públicas inclusivas, reflexivas y participativas donde las personas mayores sean ciudadanos activos y a la vez un recurso de participación real.

Debido al enfoque actual que tiene el Gobierno hacia las personas mayores, se investigaron los datos de la encuesta de “Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar solidario”, con el fin de analizar la situación actual de las personas mayores.

Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor

A partir de la encuesta “Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar solidario”, realizada el año 2018, se recogen datos en cuanto al bienestar social, participación ciudadana y salud.

Es interesante entender qué tan satisfechos están las personas mayores en cuanto a su entorno. En el gráfico 1 se puede observar que un 84% se siente satisfecho o muy satisfecho con las condiciones de su vivienda. Un 79,2% se siente satisfecho o muy satisfecho con las condiciones de su comuna y un 84% se siente satisfecho o muy satisfecho con su jornada diaria y sus actividades de ocio.

A su vez un 86% de los que trabaja indicó estar satisfecho o muy satisfecho con su trabajo. Finalmente cerca de un 91% indicó estar satisfecho o muy satisfecho con su vida familiar. Esto significa que en general las personas mayores están satisfechas con su entorno habitual, destacándose la vida familiar.



Gráfico 1 - Elaboración propia a partir de (Subsecretaría de Previsión Social, 2018)



Gráfico 2 - Elaboración propia a partir de (Subsecretaría de Previsión Social, 2018)

En cuanto a las redes de apoyo de las personas mayores, se pueden dividir en apoyo funcional y afectivas. En cuanto al ámbito funcional, en el gráfico 2 el 91% reportó tener a alguien que le ayude si tuviera que estar en cama y un 92% podría contar con una persona que lo podría llevar al médico si lo necesitara y un 96% con alguien a quien llamar en caso de accidente.

En el ámbito afectivo, un 90% indicó contar con alguien con quien quisiera pasar un buen rato, 85% tener una persona que comprenda sus problemas, 84% contar con alguien que lo aconsejara en caso de necesitarlo, 91% tener a alguien con quien podría contar en las buenas y en las malas. Finalmente, 83% señaló tener alguien a quien amar y que lo(a) haga sentirse amado(a).

A pesar del alto porcentaje en relación al ámbito afectivo, llama la atención cuando se habla de la soledad. En el gráfico 3 se puede observar que en cuanto a identificar y evaluar las relaciones sociales y situaciones de soledad, el 19,5% de las personas indica que “siempre” o “muchas veces” ha sentido que le falta compañía en los últimos dos años, mientras que el 7,3% se ha sentido ignorado por los demás y el 7,6% se ha sentido aislado o apartado por los demás.

Al contrastar los datos de las redes de apoyo y soledad, se puede desprender que a pesar de contar con apoyo físico o afectivo, un 19,5% de las personas mayores se siente sola.

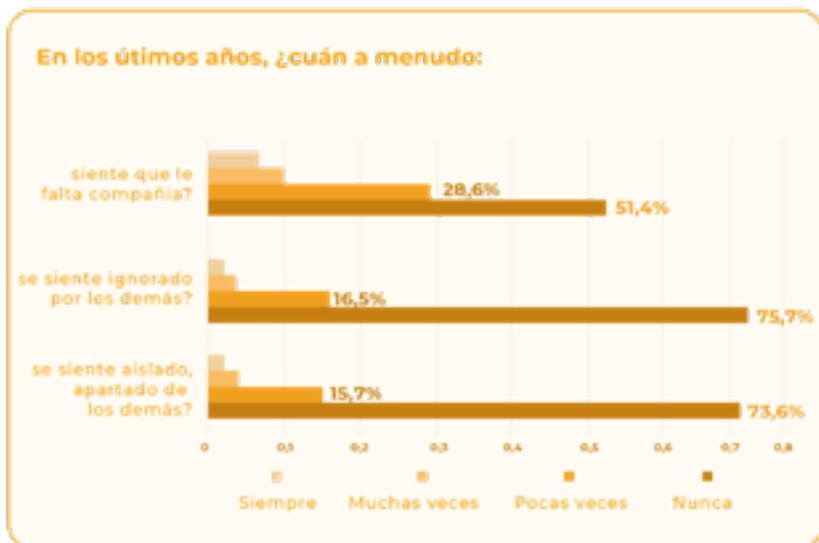


Gráfico 3 - Elaboración propia a partir de (Subsecretaría de Previsión Social, 2018)

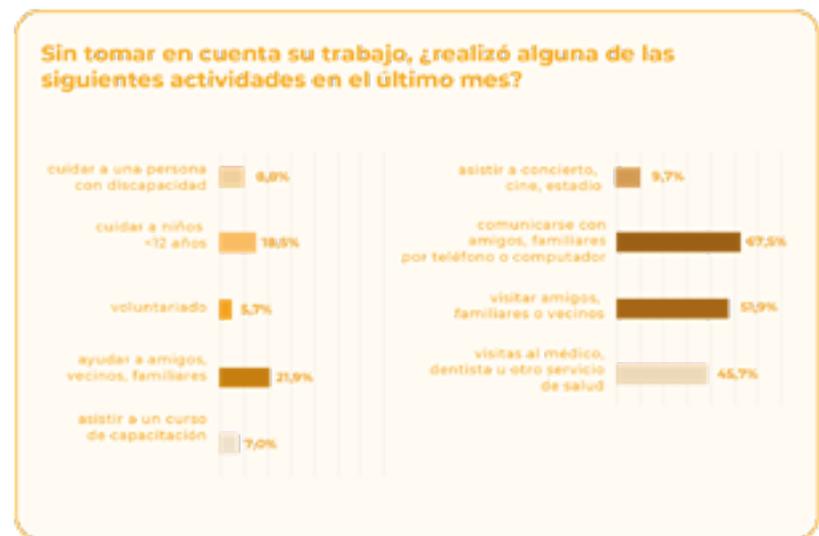


Gráfico 4 - Elaboración propia a partir de (Subsecretaría de Previsión Social, 2018)

En cuanto al uso del tiempo, en relación a nueve actividades, el 67,5% de las personas se comunica con amigos y/o familiares por teléfono o por computador, un 51,9% visita amigos y/o familiares y/o vecinos y un 45,7% dice que visitó al médico, dentista u otro servicio de salud dentro del último mes.

Un 5,7% manifestó trabajar como voluntario o apoyar alguna organización civil sin retribución.

En relación con estas actividades, en todos los casos hay menor participación en los grupos de personas mayores, con la excepción de las visitas al médico, donde la relación es la opuesta. Esto quiere decir que dentro de sus actividades diarias, como llamar a algún amigo, está la visita al médico, siendo un punto de encuentro importante para este grupo etario.

En cuanto a la salud, el 44% de la población de 60 años y más, toma medicamentos y los necesita “bastante” o “mucho” para sus actividades diarias.

En cuanto a enfermedades, la mayoría son enfermedades crónicas. Se puede observar la prevalencia de la hipertensión, la cual afecta a un 60% de la población de 60 años o más. Luego se encuentra el reumatismo, donde el lumbago, dolor en músculos, ligamentos, tendones, articulaciones y escoliosis aparece con un 40%; artritis con un 40%, colesterol alto con un 33% y diabetes con un 28%. En el gráfico 5 se observa de mayor a menor prevalencia.

A modo general la encuesta nos entrega información para lograr contextualizar a las personas mayores en

relación al Proyecto. Muestra que dentro de las actividades realizadas de manera regular por las personas mayores, se encuentra la familia, los amigos y la comunidad, destacándose la visita regular a los consultorios médicos.

Se podría hacer una hipótesis de que estas visitas regulares a los consultorios estarían relacionadas con la alta prevalencia de ECNT.

Debido a esto, es de suma importancia entender el impacto a nivel mundial y las iniciativas que involucran el manejo de estas enfermedades crónicas.

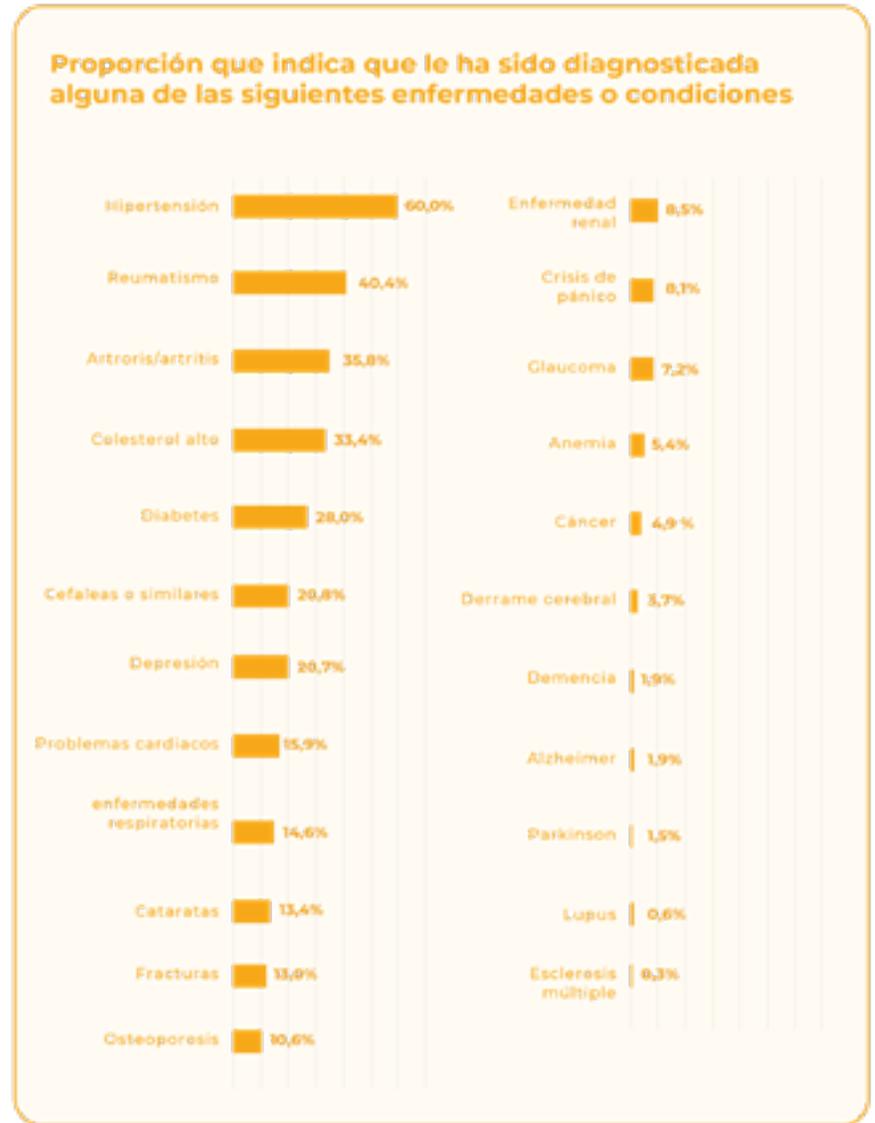


Gráfico 5- Elaboración propia a partir de (Subsecretaría de Previsión Social, 2018)

2.2

Marco Teórico /

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

ECNT a nivel mundial

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) tales como las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países del mundo (OMS, 2018).

El año 2016 se publicaron los indicadores básicos de la situación de salud en las Américas. El estudio indica que las enfermedades cardiovasculares (38%), el cáncer(25%), las enfermedades respiratorias (9%) y la diabetes (6%) son las cuatro principales causas de muerte por enfermedad no transmisible (Américas & Rica, 2016) (ver gráfico 6). Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ECNT se

producen entre los 30 y los 69 años de edad (WHO, 2018). Lo que significa que se debe tomar acción en cómo poder prevenir este tipo de enfermedades a una edad temprana.

A pesar de esta urgencia, las investigaciones demuestran que la gran mayoría de las personas con ECNT no reciben una atención que responda sus necesidades. Este problema se debe a tres factores: gestión inadecuada de la enfermedad, falta de acceso a la atención y existencia de numerosas barreras financieras (Barceló, A; Epping-Jordan, J; Orduñez, P; Luciani, S; Agurto, I; Tasca, 2013), siendo difícil poder seguir un tratamiento continuo que sea accesible y adecuado para las personas.

A pesar de que los gobiernos se están haciendo cargo de proteger financieramente las ECNT, debieran implementarse como parte de estrategias de protección más amplias, debido a que muchas personas renuncian a la necesidad de llevar a cabo su tratamiento (Saksena, Xu, & Evans, 2011). Esto significa, que por un lado, las personas no están siendo conscientes de la importancia de cumplir con su tratamiento y generar cambios en sus estilos de vida, y por otro, los sistemas de salud no las están abarcando de manera adecuada según la necesidad del usuario.

Un estudio publicado por el British Journal, dice que de un total de 20,000 personas con ECNT solo alrededor de la mitad tenía diagnosticada la enfermedad. De esos 10,000, solo la mitad estaba en tratamiento, pero lo que más llama la atención, dentro de la cuarta parte que se

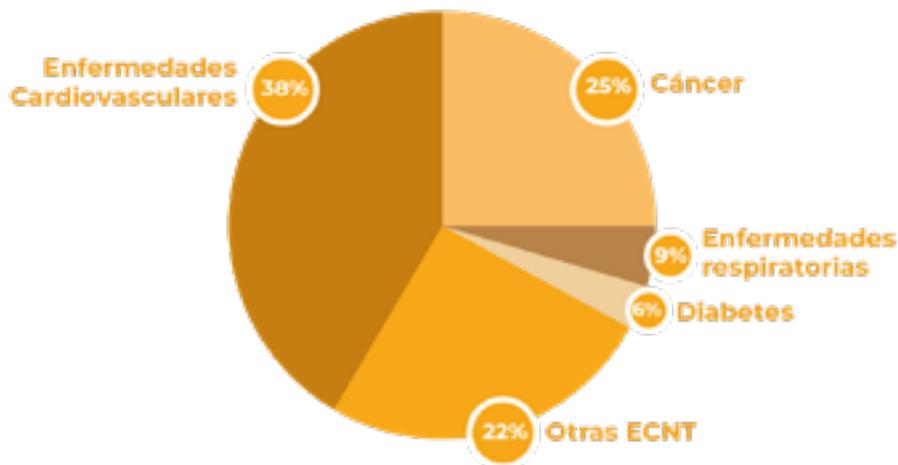


Gráfico 6- Elaboración propia a partir de (Américas & Rica, 2016)

estaba en tratamiento, la mitad solamente lograba cumplir con las metas y objetivos (Hart, 1992). Esto quiere decir que muchos de estos pacientes no saben que tienen una enfermedad y que solo 1 de cada 10 personas se está tratando con éxito (Barceló et al. 2013), esto es, cumplir con sus tratamientos y lograr mantener compensada la enfermedad, con el objetivo de no adquirir otra. Para esto la persona debe entender cuáles son los factores de riesgo para poder adoptar nuevos estilos de vida y cuidado de la enfermedad.

Factores de riesgo común

Las cuatro principales ECNT como se mencionaron anteriormente (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes), se ven favorecidas debido a la urbanización rápida no planificada, la mundialización de modos de vida poco

saludables y el envejecimiento de la población (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018b).

En cuanto a la mundialización de modos de vida poco saludables se desprenden cuatro factores de riesgo común:

- 1 Consumo de tabaco
- 2 Consumo excesivo de alcohol
- 3 Alimentación poco saludable
- 4 Inactividad física

Según la evidencia científica, los factores de riesgo producen cambios metabólicos y/o fisiológicos importantes, como la hipertensión, el sobrepeso o la obesidad, la hiperglucemia y el aumento del colesterol (OMS, 2017). Debido al mal manejo de una sola enfermedad se puede llegar a generar una multimorbilidad, lo que significa tener dos o más enfermedades (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018a). Por lo tanto, estos cuatro factores de riesgo pueden conllevar a la aparición de cualquiera de las cuatro enfermedades no transmisibles.

De este modo, los sistemas de salud debieran tener una línea estratégica de cómo abordar estos factores de riesgo. Se podría informar a los usuarios que disminuir el consumo de tabaco y alcohol, tener una alimentación saludable y realizar actividad física de manera regular,

puede ayudar a prevenir la aparición de este tipo de enfermedades.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta el envejecimiento de la población, ya que en los últimos años ha habido un aumento demográfico de este grupo, significando un desafío más para los sistemas de salud, en especial el aumento de ECNT en este grupo etáreo.

ECNT en personas mayores

Debido a los cambios demográficos mencionados anteriormente, se calcula que para el año 2030 la población en general se duplicará, principalmente debido al crecimiento de los grupos poblacionales de mayor edad: habrá 4,2 veces más personas de 60 a 79 años y 7,3 veces más personas de 80 años en adelante, siendo un aumento notable (OMS, 2017).

Este aumento significa que: **“a medida que las personas envejecen, presentan una exposición más prolongada a posibles factores de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la actividad física insuficiente y hábitos alimenticios y alimentación poco saludables”** (OMS, 2017).

Siendo importante destacar que las ECNT son una de las principales causas de mortalidad sobre todo en pacientes adultos mayores, las cuales no son debido al curso natural de vida, sino que son prevenibles (Llibre Guerra, Guerra Hernández, & Perera Miniet, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud, **“los cambios demográficos y epidemiológicos han contribuido al aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Además, estas enfermedades ya no se consideran exclusivamente consecuencia del curso natural de la vida, puesto que son prevenibles y causan muchas muertes prematuras”** (OMS, 2017).

Al ser prevenibles, este incremento de población mayor genera un aumento en la demanda para los sistemas de atención primaria a nivel mundial. Debido a la mayor cantidad de personas mayores que circulan dentro de los sistemas de salud, es de suma responsabilidad que estos sistemas respondan con urgencia a través de métodos de prevención, minimizando los factores de riesgo común, con el fin de prevenir el avance de las ECNT.

Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Debido a la urgencia del manejo de las ECNT, se ha generado un plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. Este plan busca que los países miembros le den prioridad a las ECNT en las agendas nacionales de salud con el fin de que promuevan y ejecuten intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-eficaces para prevenir y controlar las ECNT (OMS, 2013).

Se basa en las cuatro líneas estratégicas y está en consonancia con las metas que figuran en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS (OMS, 2013):

1 Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ECNT:

Fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad, incluida la integración en las agendas económicas, académicas y de desarrollo.

2 Factores de riesgo y factores protectores de las ECNT:

Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables.

3 Respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo:

Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ECNT principales y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud, que incluya la prevención y un mejor autocuidado.

4 Vigilancia e Investigación de las ECNT:

Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ECNT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.

A partir de estos ejes es interesante tener en cuenta la importancia de dar prioridad a nivel nacional en atención primaria al manejo de las ECNT, además de buscar una forma de poder abordarlas de manera integral a través de diversos actores políticos y sociales.

Una vez expuesta la prevalencia de las ECNT a nivel mundial, se debe entender de qué manera se está abarcando el plan de acción de la OMS en los sistemas de atención primaria a nivel nacional.

2.3

Marco Teórico /

Atención Primaria en Salud (APS)

APS a nivel mundial

El año 1978 se realizó la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), conocida como Conferencia Alma-ata, la cual favoreció la aparición de un movimiento en pro de la atención primaria de salud. En esta instancia, se consideró “la necesidad de una acción urgente, por parte de todos los gobiernos, de todo personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (OMS, 1978). En la Conferencia Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad (OMS, 1978). Se estableció que para impulsar estos valores había que cambiar radicalmente la manera en que funcionaban los sistemas de atención primaria.

Este cambio involucró “poner a las personas en el centro de la atención sanitaria” (OMS, 2007), siendo importante entender lo que las personas valoran y consideran deseable. Para lograr ese objetivo, fue necesario comenzar por entender las expectativas sobre la salud y atención sanitaria de las personas, con el fin de poder garantizar que “su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud” (OMS, Introducción y panorámica, 2013).

Pero a pesar de los esfuerzos, los sistemas de salud “no están al margen del rápido ritmo de cambio y transformación que caracteriza el actual proceso de globalización, por lo tanto se han generado respuestas inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas debido a que no han sido previsoras ni oportunas, e ingenuas porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios” (OMS, Introducción y panorámica, 2013). Esto ha significado que los recursos se han enfocado en problemas concretos a corto plazo, dejando de lado los factores fundamentales.

“En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y preveer los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir.”

(OMS, Introducción y panorámica, 2013).

Por lo tanto se podría decir que los sistemas de salud están dejando de lado lo establecido en la Conferencia Alma-Ata de 1978, avanzando en direcciones que no contribuyen a la equidad y justicia social.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2008, existen tres tendencias preocupantes en cuanto a la Atención Primaria en Salud:

- 1 Los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada.
- 2 Los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, se centran en resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de la prestación de servicios.
- 3 Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

A partir de lo anterior existen expectativas crecientes de mejores resultados en Atención Primaria. Actualmente las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias y para las comunidades en las que viven. La población está cada vez más a favor

de mejorar la equidad al acceso, que sea inclusiva y que se centre en las necesidades y las expectativas de la población, y quiere poder opinar sobre temas que afectan a su salud (Blendon et al., 2002).

Con el fin de responder de una manera eficaz a los actuales desafíos sanitarios y cumplir realmente con los valores Alma-ata y las verdaderas necesidades de las personas, la OMS definió en el año 2008 cuatro conjunto de reformas: (ver diagrama 4)



Reformas de la APS

Diagrama 4 - Realizada por la WHO el año 2008

La primera reforma en pro de la cobertura universal, busca garantizar que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud.

La segunda reforma habla de reorganizar los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de las personas. Hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados.

La tercera se enfoca en reformar las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria. Busca la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales.

La última reforma busca disminuir la dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Es interesante destacar que para llevar a cabo estas cuatro reformas se busca involucrar a diversos agentes de la sociedad, los cuales pueden ser ajenos al sector público, desde médicos a personas de la comunidad, también como a académicos y universitarios.

“Con el fin de llevar adelante esas reformas en el entorno extraordinariamente complejo del sector de la salud, será necesario reinvertir en el liderazgo público de manera que se fomenten modelos de colaboración para el diálogo sobre políticas con múltiples interesados. Hace falta un liderazgo integrador que permita la participación de toda una serie de interesados ajenos al sector público, desde médicos hasta miembros de la sociedad civil, y desde comunidades hasta investigadores y personal universitario” (OMS, 2008).

Al revisar los desafíos a nivel internacional de la Atención Primaria en Salud, se destaca la importancia de la participación de distintos agentes ajenos al sector de salud a fin de lograr las reformas necesarias.

APS en Chile

Como se habló anteriormente uno de los componentes esenciales de la atención primaria a nivel mundial fue la incorporación del Alma-Ata y la búsqueda de llevar a cabo las cuatro reformas desarrolladas por la OMS el año 2008. Chile ha debido implementar dichos estamentos, con el fin de adaptar estas reformas a nuestro contexto político, social, cultural y económico.

La APS corresponde al nivel de entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas de salud. Busca acercar la atención de salud al lugar donde la gente vive y es donde se atienden los volúmenes más importantes de pacientes (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018a).

En Chile existe un modelo de atención mixto en donde el 80% de la población se atiende en el sistema público (Goic G., 2015), siendo un servicio fundamental para la gran mayoría de la población chilena.

Se verá donde se sitúa la APS dentro de la lógica tradicional del sistema público de salud (ver diagrama 5). Este sistema busca entregar los servicios según la necesidad de la persona o complejidad de la situación médica, abordando los tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario.

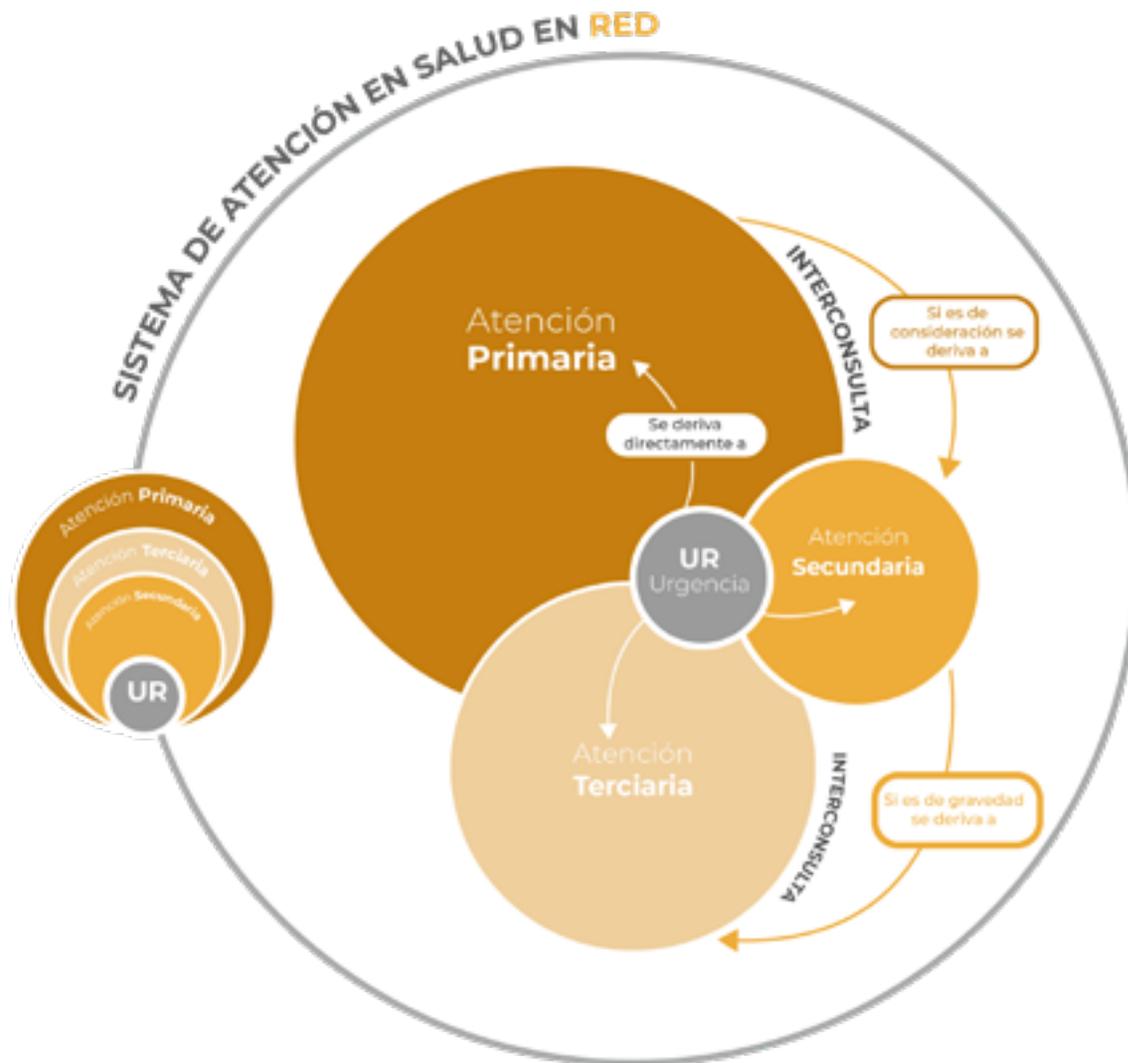


Lógica tradicional sistema público de salud

Diagrama 5 - Elaboración propia

En el nivel primario o APS existe una mayor cobertura y una menor complejidad. Esto quiere decir que hay una mayor cantidad de usuarios dentro del sistema con necesidades no tan complejas; aquí se sitúan los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

En el nivel secundario hay menor cobertura y un nivel más alto de complejidad y en el nivel terciario hay una menor cobertura pero una mayor complejidad. Es en el nivel terciario donde se resuelven problemas complejos que necesitan de una hospitalización.



Lógica de APS en red
 Diagrama 6 - Elaboración propia a partir de (Troncoso, 2012)

A partir de la lógica tradicional se busca generar una atención en red (ver diagrama 6). A través de procesos de referencia y contrareferencia se busca que la persona pueda circular por los tres niveles dependiendo de su situación de salud.

Cada nivel entrega diferentes sistemas de prevención. La prevención es “acciones o actividades que tienen como propósito evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, familia y comunidad” (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018a).

Sistema de prevención según nivel de atención:

1 Atención Primaria

Conjunto de acciones que se realizan con el objetivo de limitar la incidencia de las enfermedades mediante el control de factores de riesgo.

2 Atención Secundaria

Su objetivo es acortar el período entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico precoz. Se indican tratamientos oportunos y efectivos con el fin de reducir secuelas y mortalidad precoz.

3 Atención Terciaria

Tiene como objetivo reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad establecida.

A partir de esta información se puede entender que el nivel de atención primaria (APS) es el cual busca generar acciones con el objetivo de limitar la incidencia de enfermedades. Por lo tanto es el eje central de la atención para las personas con ECNT y es justamente en este escenario donde se busca prevenir los factores de riesgo, a través de los equipos de salud de los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Se define el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (CESFAM) como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”

(Aguayo & Rojas, 2005)

Esta cita hace referencia al enfoque biopsicosocial que tienen los CESFAM. Donde, “la relación con los usuarios se caracteriza por una mirada a la persona capaz, con derechos y con diferencias, culturales, étnicas, religiosas y de género, etc”. De esta forma, “el equipo redefine el concepto de familia en función de las propias definiciones de los usuarios y la realidad sociológica”(Aguayo & Rojas, 2005). Por lo tanto, a lo largo del proceso de atención en los CESFAM, se toma en cuenta ámbitos biológicos y psicológicos de la persona.

APS y manejo de las ECNT

Se realizó un curso online de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desarrollado por las enfermeras Sra. Claudia Alcayaga y Sra. Claudia Bustamante, llamado “Atención Primaria en Salud, el desafío de las ECNT”.

El doctor Hugo Sánchez, médico magíster en salud pública, en su participación en este curso, expone que: “el fortalecimiento de la APS es un elemento importantísimo en el manejo de las ECNT, que las intervenciones más efectivas son aquellas dirigidas a prevenir los factores de riesgo, y es en APS donde se debe fortalecer todos los sistemas de prevención, control y monitoreo de estas patologías crónicas”. A partir de esta información se reafirma el hecho de que la APS debe focalizarse en el manejo de las ECNT.

En los países con una buena base en APS se alcanzan resultados de salud mejores y más equitativos y costos más bajos, debido a la eficiencia del sistema, ya que al enfocarse en APS se logra incentivar la realización de sistemas de prevención (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018b).

2.4

Marco Teórico / **Modelos de atención en APS**

Síndrome radar

La enfermera Sra. Claudia Bustamante, profesora de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica, expone a través del curso “Atención Primaria en Salud, el desafío de las ECNT”, que: “la APS se enfoca más en curar que cuidar y está centrado más en la enfermedad que en el paciente y en la familia, teniendo un enfoque biomédico en lugar de un enfoque biopsicosocial”. Agrega diciendo: “uno de los problemas de la atención es que es fragmentada y episódica, en lugar de entregar un cuidado continuo e integral”. Esto significa que no se está cumpliendo con el seguimiento del tratamiento de personas con ECNT.

La Doctora Luz María Durango, médico y magíster en administración de salud de la unidad de estudios y proyectos del Servicio de Salud Metropolitano Sur

Oriente, expone en el curso mencionado más arriba: “esta atención episódica es debido al “Síndrome Radar”. Este síndrome ocurre cuando una persona va a APS a consultar algo que le ocurre personalmente y se le presta un servicio que resuelve su problemática. Por lo tanto suele reaparecer en el radar ante la presencia de algún problema agudo o por alguna complicación de su enfermedad crónica. En síntesis, el “Síndrome Radar” es cuando el paciente aparece, se le otorga una atención en donde se le da un tratamiento, se da el alta y desaparece del radar. Esto significa que no recibe ningún tipo de atención de forma sistemática siendo esta atención poco proactiva y preventiva”.

Por consecuencia, el modelo de atención actual de los pacientes con enfermedades crónicas está diseñado y organizado para entregar una atención episódica, no continua, significando un gran desafío para el control periódico y sistemático de los pacientes.

Ejemplificando lo anterior, la Doctora Luz María explica: **“un paciente diabético es categorizado de acuerdo al riesgo de presentar infarto, sea este de riesgo alto, medio o bajo. No se le categoriza o se le clasifica de acuerdo al conjunto de enfermedades que él pueda tener o a la polifarmacia que actualmente reciben los diabéticos, ni siquiera se tiene en cuenta si tiene condiciones psicosociales que favorezcan o empeoren su condición crónica. Es por esto, que la atención o el modelo no está preparado para apoyar la gestión de su enfermedad. Es fragmentado, no ayuda ni a prevenir, ni a tratar, ni a rehabilitar las patologías crónicas”.**

Los antecedentes previamente revisados permiten establecer que existe una discordancia entre las necesidades de las personas con enfermedades no transmisibles y el modelo de atención actual.

Se trata de un modelo episódico y fragmentado de prestación de servicios de salud que debe ser cambiado por un modelo de cuidados oportunos, continuos, integrales e integrados, basado en la mejor evidencia científica disponible.

Debido a la necesidad de modificar el sistema de atención de salud y mejorar los resultados en las personas con ECNT, a nivel nacional se desarrolló el Modelo de Atención para personas con enfermedades crónicas (MAC).

Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas MAC / Modelo de Cuidados Crónicos (MCC)

Este modelo busca cambiar, desde un modelo centrado a la resolución de problemas agudos, a uno adaptado a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, de carácter reactivo, que se centra en la curación de enfermedades, a uno proactivo que cura, cuida y previene factores de riesgo. De un modelo en que se atienden personas pasivas (pacientes) a uno en que se trabaja colaborativamente con personas activas que participan en la gestión de su enfermedad.

Su objetivo es dejar de ser un servicio fragmentado, con ineficiencia y descoordinación entre los niveles asistenciales y busca permitir la continuidad de cuidados mediante la articulación asistencial de recursos (MINSAL, 2015).

El Modelo de Atención para personas con Enfermedades crónicas (MAC) incorporado por el Ministerio de Salud el año 2015, se basa en el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) desarrollado por Edward Wagner el año 1998 (diagrama 7), el cual habla de la necesidad de modificar el sistema centrándose en la relación de un paciente informado y activo con un equipo de profesionales capacitados y proactivos (MINSAL, 2015).

Contiene 3 planos que se superponen:

- 1 El Sistema de salud con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento
- 2 La interacción con el paciente en la práctica clínica
- 3 La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.



Modelo de Cuidados Crónicos (MCC)

Diagrama 7 - Elaboración propia a partir de Edward Wagner, 1998.

A modo de resumen, en este modelo (MAC), la relación entre paciente y profesional es una totalmente nueva, donde no se busca que el paciente sea paciente, sino que se involucre dentro del tratamiento de una forma activa y a su vez logre mejores resultados mediante la interacción entre los sistemas de salud y la comunidad.

En el año 2018 se desarrolló a partir del MAC, un nuevo modelo llamado MACEP.

Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica (MACEP)

Como respuesta a las líneas estratégicas del Ministerio de Salud, la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), la Corporación de Salud de la Florida, la Corporación Municipal de Puente Alto y el Departamento de Salud de la Pintana, desarrollaron el año 2018 el **Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica o MaCep**, con el objetivo de establecer servicios de salud centrados en la persona redireccionando los servicios según riesgo.

El modelo MAC expuesto anteriormente, se vio entorpecido debido a que la entrega del servicio era el mismo sin tomar en cuenta la multimorbilidad de la persona. Es por eso que el MaCep tiene como objetivo prevenir complicaciones en personas adultas con ECNT según riesgo, con el fin de disminuir la demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención.

El modelo MaCep se compone de los siguientes fundamentos: multimorbilidad (más de una enfermedad), estratificación por riesgo, gestión de casos/gestión de enfermedad, apoyo al automanejo, continuidad del cuidado en red y responsabilidad y participación compartida (ver diagrama 8).



MACEP

Diagrama 8 - Elaboración propia a partir de (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, et al, 2018)

Como se puede observar, el modelo MaCep se basa en el MAC pero incorpora nuevos ítems: la estratificación por riesgo (ver diagrama 9) y la gestión de casos, con el desafío de abordar la multimorbilidad (más de una enfermedad). La estratificación por riesgo “ayuda a clasificar pacientes con ECNT y proporcionar niveles de atención diferentes dependiendo de las necesidades” (Barceló et al. 2013, p. 39).

El nivel moderado de riesgo está diseñado para usuarios que necesitan un contacto regular con el equipo multidisciplinario y apoyo de automanejo para garantizar un manejo eficaz de la enfermedad. El nivel alto riesgo está dirigido a las personas que requieren un apoyo más intensivo y gestión personalizada de la enfermedad.

Debido a esto, la gestión de casos va de la mano con la estratificación por riesgo, ya que se basa en tener un equipo de salud especializado dependiendo del grado de la enfermedad.



Estratificación por riesgo

Diagrama 9 - Elaboración propia a partir de la Pirámide de Kaiser, 1945.

Como se menciona anteriormente, una persona de alto riesgo es atendida por un equipo personalizado. Este equipo se compone por una Enfermera Gestora de Casos (EGC), la cual está “a cargo de la atención y provisión de cuidados al usuario y su familia con énfasis al automanejo” (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, et al, 2018), un Profesional de Enlace (PDE), quien “debe generar la interlocución entre el nivel primario, secundario y terciario, con el fin de entregar una atención en red” (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, et al, 2018), un Médico Familiar quien hace el seguimiento clínico y realiza el contacto con el PDE y un Médico General (MG), el cual está a cargo de la continuidad de la atención clínica y de todo el proceso de intervención. El MG diseña junto a la EGC el plan de intervención a usuarios con ECNT.

Es importante destacar el apoyo al automanejo, ya que funciona de manera transversal dentro de los niveles de estratificación en los planes de tratamiento para la prevención de ECTN (diagrama 9). Para el desarrollo del proyecto es importante entender su relevancia y de que manera funciona.

2.5

Marco Teórico / **Estrategias de prevención**

Automanejo

Al comprender los fundamentos teóricos del Modelo MaCep y la Pirámide de Kaiser, es importante destacar el automanejo, el cual se define de la siguiente manera:

“Se entiende como la implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas de salud. El éxito de estas intervenciones requiere la colaboración entre pacientes y equipo de salud para definir y resolver problemas, establecer metas y

prioridades, crear planes de cuidado y saber actuar frente a imprevistos. La disponibilidad de programas de capacitación basados en evidencia es un componente clave dirigido al desarrollo de conocimientos, habilidades, apoyo psicosocial, y fortalecimiento de la autoeficacia para pacientes y familiares”.

(MINSAL, 2015)

De esta forma el automanejo es un eje fundamental dentro del tratamiento de las ECNT para la autoeficacia en el manejo de la enfermedad, es por esto que tiene siete principios que involucran al usuario (Ministerio de Salud de Chile, 2013):

- 1 Tener y adquirir conocimientos sobre su condición de salud.
- 2 Seguir el plan de cuidado consensuado con el equipo de salud
- 3 Participar activamente en la toma de decisiones con los profesionales de salud
- 4 Monitorear y manejar los signos y síntomas relativos a la condición crónica
- 5 Manejar el impacto sobre la salud física, emocional y social

6 Adoptar un estilo de vida que promueva la salud

7 Tener confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud

La evidencia muestra que a través del automanejo y sus principios, se pueden ver mejoras en la calidad de vida, la autoeficacia y el control sobre la enfermedad en la toma de decisiones, relación usuario - profesional y aumento en la actividad física y social (Nuño, Coleman, Bengoa, & Sauto, 2012).

Además de ser un beneficio para las personas, también lo es para quien financia. Un estudio realizado en Estados Unidos estimó ahorros de alrededor de 3.3 billones de dólares a programas de educación a grupos pequeños, los cuales reflejaron mejoras en la conducta y resultados en salud, demostrándose que los ahorros en costos por hospitalización superan 5 veces los costos de educar en automanejo (Ahn et al., 2013).

Debido a esto y el potencial que tiene el automanejo, la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica a través de la Escuela de Enfermería incorpora el automanejo al modelo MACEP y desarrolla una "Guía del Instructor", la cual entrega una planificación de talleres para el automanejo a partir de una metodología de educación participativa de adultos. Habla de la importancia del proceso educativo, la planificación y la participación para la entrega de herramientas de automanejo a personas con ECNT.

Para la realización de los talleres, se utilizaron las cuatro

estrategias de automanejo y las tres dimensiones del automanejo (ver diagrama 10).

Estrategias para el automanejo



Dimensiones del automanejo



Automanejo: estrategias y dimensiones

Diagrama 10 - Elaboración propia a partir de (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, et al, 2018)

Las tres dimensiones se definen como:

1 Física: Mejorar la comprensión del manejo de sus síntomas.

2 Emocional: Disminuir el impacto negativo de las emociones sobre las enfermedades crónicas.

3 Social: Fomentar el desarrollo de habilidades para la adaptación de las actividades de la vida diaria en el transcurso de su enfermedad.

La “Guía del Instructor”, mencionada anteriormente, sugiere programar talleres de automanejo mediante ciclos, con el fin de tener oferta durante todo el año y así lograr que las personas adquieran habilidades para la toma de decisiones. Destaca la importancia de crear grupos de talleres para generar continuidad y así potenciar las dimensiones de automanejo y el apoyo de pares, siendo de suma importancia la responsabilidad de todo el equipo de salud en promocionar y derivar a los usuarios a los talleres. A través de estos talleres se busca que los usuarios se empoderen y logren manejar su enfermedad.

“El empoderamiento se define como proceso a través del cual una persona o un grupo ganan poder y acceso a recursos para manejar su propia vida. El empoderamiento en personas con enfermedades es efectivo

si éstas adquieren habilidades para tomar decisiones en salud acertadas para resolver sus problemas. Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes pero pueden apoyarlos para que ellos lo logren”

(Ministerio de Salud de Chile, 2013)

Por lo tanto el apoyo al automanejo es un elemento esencial para la atención de personas con ECNT, el cual busca incrementar el desarrollo de habilidades para comunicarse con el equipo de salud y promover la interacción entre pares con enfermedades no transmisible, con el fin de favorecer su empoderamiento.

Apoyo de pares

Como se pudo observar en el diagrama 9 en las estrategias para el automanejo, uno de los componentes es el apoyo de pares. Este apoyo busca involucrar a la familia o personas cercanas para complementar de manera positiva el tratamiento.

La Sra. Claudia Bustamante, Enfermera Matrona con Magíster en Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, expone en el curso realizado online, mencionado anteriormente, que: “las personas con condiciones crónicas necesitan el apoyo de su familia o personas cercanas y este apoyo debe ser reconocido y potenciado por el equipo de salud”.

Asimismo, plantea: “es más difícil que el paciente logre los cambios que se requieren para compensar su condición crónica estando solo. Pero si la persona recibe el apoyo de sus cercanos y de su equipo de salud, podrá alcanzar la seguridad y confianza necesaria para ir paso a paso, incorporando las habilidades necesarias para su periódico cuidado”.

En los últimos 30 años se han publicado programas de apoyo de pares. Este tipo de programa busca capacitar a personas con ECNT en donde se les educa y entrega herramientas de automanejo dentro de grupos pequeños (Richard & Shea, 2011). Uno de estos programas, “Tomando Control de su Salud”, desarrollado por el Centro de Investigación de Stanford, ha sido replicado en gran parte del mundo y a la vez en Chile, el que expone: “el proceso de enseñanza hace que este programa sea efectivo, las clases son altamente participativas. El apoyo mutuo y el sentimiento de éxito aumentan la confianza de los participantes en su capacidad para administrar su salud y mantener vidas activas y satisfactorias” (Self Management Resource Center, 2020).

En el texto “Automanejo de Enfermedades No Transmisibles” desarrollado por el Ministerio de Salud el año 2013, se menciona el programa desarrollado por el centro de investigación de Stanford “Tomando Control de su Salud”, el cual busca educar de manera integral a las personas con ECNT enfocándose en la interacción de personas con diversas ECNT. Se puede destacar la siguiente cita:

“Estos talleres, generalmente liderados por pares, son muy interactivos y se centran en desarrollar habilidades, compartir experiencias y otorgar apoyo. Los pares capacitados realizan sesiones donde se trabajan contenidos requeridos por personas con cualquier enfermedad no transmisible. Se hace énfasis en la definición de objetivos y solución de problemas; manejo de síntomas tales como fatiga, insomnio, dolor y emociones negativas, uso apropiado de medicamentos, planeación de actividad física, comunicación médico paciente, entre otros”

(Ministerio de Salud de Chile, 2013)

Entendiendo el gran alcance que puede llegar a tener el apoyo de pares, según La Revista Panamericana de Salud Pública, publicada el año 2010, apunta a tres estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina, siendo una de ellas el apoyo mutuo o de pares. Por lo tanto se puede establecer que este tipo de estrategia ha sido investigada e implementada a nivel internacional obteniendo buenos resultados.

Siguiendo con los planteamientos de la Revista recién mencionada se cita:

“El apoyo entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de díadas y grupos que brindan apoyo de pares, es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje sociocognitivo que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad, para favorecer el logro de metas individuales o grupales”

(Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010)

Pero es importante entender de qué manera se debe entregar este tipo de apoyo, ya que solo recibir puede ser una amenaza para la autoestima. “Recibir apoyo puede estar asociado con una mayor angustia y tiene el potencial de ser una amenaza para la autoestima cuando provoca sentimientos tales como dependencia, inferioridad, fracaso e impotencia” (Bracke, Christiaens, & Verhaeghe, 2008). Por lo tanto debe existir un balance en el recibir y entregar apoyo.

Existen tres hipótesis para un óptimo balance de entrega de apoyo (Bracke, Christiaens, & Verhaeghe, 2008):

1) Teoría de la Equidad:

Ambos deben dar y entregar la misma cantidad de apoyo, ya que así no ocurre que alguien se sobre beneficie o no se beneficie de una relación de pares. No beneficiarse puede generar un efecto negativo en la persona, generando un sentimiento de frustración.

2) Norma de reciprocidad:

Se refiere al sentimiento de recibir apoyo sabiendo que a futuro podrá proveer el apoyo correspondiente.

3) Hipótesis Bidireccional:

Hay costos por recibir ayuda de otros y costos por proporcionar ayuda a otros. Por lo tanto debe haber patrones equilibrados de brindar y recibir apoyo, ya que hay costos emocionales por recibir unidireccionalmente apoyo o brindar unidireccionalmente.

Esto significa que procesos que aumentan la autoeficacia o autoconcepto repercuten positivamente en la autoestima.

“Esto implica que los grupos de apoyo entre pares efectivos se caracterizan por un cierto equilibrio de apoyo o por una combinación óptima de recibir y proporcionar apoyo”.

(Bracke, Christiaens, & Verhaeghe, 2008)

Apoyo de pares con enfoque comunitario

La Revista Latinoamericana de Psicología publicó el año 2006 la siguiente investigación: La comunidad como fuente de apoyo social. Se presentan tres estudios con el fin de evaluar el apoyo comunitario percibido.

Habla de que en general hay mayor enfoque en la percepción de apoyo en las relaciones íntimas y de confianza, dejando de lado a las comunidades como fuente de apoyo social. Sin embargo, la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas (Gracia & Herrero, 2006).

“A partir de estas relaciones (dentro de la comunidad) no solo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social”

(Gracia & Herrero, 2006)

Dentro del texto los resultados confirman que las personas con niveles elevados de apoyo social se sienten más integradas y suelen involucrarse más activamente en las actividades de la comunidad. Por lo tanto se podría potenciar desde la comunidad los vínculos para incentivar la participación dentro de los servicios de salud. “Los vínculos con organizaciones u otros recursos comunitarios fortalecen la efectividad de la atención de salud para personas con ECNT. Estos vínculos se consolidan a través de iniciativas conjuntas entre el sistema de salud y la comunidad. Sin embargo, el desconocimiento y la falta de reconocimiento por parte de los servicios de salud hacia los recursos comunitarios

impiden que el paciente obtenga los beneficios de estas alianzas” (MINSAL, 2015).

Entonces se podría decir que los vínculos comunitarios se pueden consolidar a través de iniciativas entre los sistemas de salud y la comunidad, en donde **“el automanejo, incluido el apoyo de pares, desempeñará un papel cada vez más importante para el creciente número de personas con enfermedades crónicas”** (Embuldeniya et al., 2013).

Telecuidado

Como se mencionó anteriormente, la “Revista Panamericana de Salud Pública”, habla de tres estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina.

Habiendo sido explicado el apoyo de pares, es interesante mencionar la estrategia de telecuidado. Esta estrategia busca entregar apoyo a través del uso de tecnologías móviles, como teléfonos y otros dispositivos inalámbricos. “Es una herramienta práctica, útil y disponible para la comunicación unidireccional o bidireccional entre profesionales de salud y pacientes” (MINSAL, 2015). Además, “el contacto con enfermos que presentan ECNT a través del teléfono puede dar una mayor continuidad al tratamiento y apoyar a los pacientes a adoptar y mantener un estilo de vida que contribuya a controlar su enfermedad” (Sapag et al., 2010). Por lo tanto, el uso del “telecuidado” puede mejorar la efectividad y eficacia de la atención para personas con ECNT.

Sistematización de ideas innovadoras para el cuidado de las ECNT

Con el fin de entender en profundidad los modelos de atención y la forma de abordar las ECNT, una de las actividades realizadas dentro del proyecto de investigación (diagrama 16, metodología proyectual), es la sistematización de ideas innovadoras (diagrama 11) a favor de la comprensión y relevancia de numerosas iniciativas que se han llevado a cabo para mejorar el manejo integrado de las ECNT. Los criterios de sistematización están realizados a partir de los atributos y fortalezas de la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (parte superior del diagrama 11) en los diversos países (parte izquierda del diagrama 11).

Al analizar en detalle se destaca la iniciativa de prevención y promoción de manera transversal, y en menor cantidad el uso de equipos multidisciplinarios y enfoque colaborativo con la comunidad. Se puede observar a partir de esta sistematización que la mayoría de los programas implementados están centrados en prevención y promoción, desatendiendo valores sumamente esenciales para un acercamiento innovador del cuidado integral de las ECNT, a través del automanejo, apoyo de pares y telecuidado.

	Enfoque colaborativo con la comunidad	Promoción y prevención	Cuestionario AOC	Guías de práctica clínica	Equipos multidisciplinarios	Participación de cuidadores orbitales	Uso de teléfonos celulares / correo electrónico	Incluir trabajadores sociales	Seguimiento continuo de pacientes EGC	Estratificación por riesgo	Asesor de práctica MD PROFESIONAL DE SALUD	Capacitaciones	Expediente clínico electrónico-Nivel de información	Consultas a distancia	Empoderamiento	BTS	Estrategia de divulgación	Incentivos financieros
El modelo de cuidados crónicos																		
Canadá	●	●																
México			●															
Honduras		●		●		●												
Rep. Dominicana		●	●		●											●		
Apoyo Autonomía																		
Colombia						●												
Chile		●			●	●	●											
México		●					●											
Costa Rica		●									●							
Diseño del sistema de atención																		
USA				●					●									
Chile																		
Brazil		●								●				●				
USA											●							
Uruguay		●											●					
Apoyo a la toma de decisiones																		
Argentina				●						●		●	●					
Costa Rica				●									●					
El Salvador																	●	
Brazil		●	●									●						●
Honduras					●			●				●						●
Sistema de información clínica																		
Argentina							●						●					
España														●				
Brazil		●																
Costa Rica		●										●	●			●		
Org. de la atención a la salud																		
USA							●											●
España	●							●	●						●			
Brazil			●									●						
Recursos y políticas comunitarias																		
USA	●																	
USA	●																	
Paraguay	●																	
USA	●																	●
Rusia	●																	
México												●						

Sistematización de ideas innovadoras
 Diagrama 11 - Elaboración propia a partir de (Sapag et al., 2010).



Formulación

03.

“Sin embargo, en la ejecución, la atención en salud mantiene un funcionamiento reactivo a usuarios con patologías agudas, entregando un servicio fragmentado, de poca continuidad y centrado en la enfermedad”

(Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, et al, 2018).

3.1

Formulación / **Problema**

Problema y oportunidad

Se estima que en el año 2020 las enfermedades crónicas no transmisibles serán responsables del 73% de las muertes a nivel mundial de acuerdo a los datos del informe de la OMS del 2002. Este aumento es principalmente debido a un mal manejo de los factores de riesgo de estas enfermedades dentro de los sistemas de atención primaria en salud.

Como fue mencionado anteriormente, el envejecimiento de la población está directamente correlacionado con las ECNT debido a una prolongada exposición a los factores de riesgo. Asimismo, las personas mayores son actores que circulan de manera reiterada dentro de los sistemas de salud, en comparación con otros grupos etáreos. Por consiguiente, las personas mayores son relevantes dentro de los sistemas de salud para el manejo de las ECNT.



Articulación de conceptos
Diagrama 12 - Elaboración propia

Las personas mayores que tienen enfermedades crónicas requieren visitas periódicas a sus controles médicos. A causa de esto, existen aquellos usuarios que logran llevar a cabo su tratamiento a partir de su propia motivación, cumpliendo con sus objetivos y por consecuencia, controlando su enfermedad. Además se vinculan de manera activa dentro de los CESFAM en donde se logran generar redes y apoyo entre aquellas personas que circulan dentro del consultorio. Sin embargo, existen usuarios dentro del sistema que se desvinculan de sus tratamientos, viéndose peligrada su salud. Actualmente el modelo de atención para personas con ECNT en Chile

entrega un tratamiento episódico y fragmentado que ha generado a largo plazo un mayor gasto en salud debido a una alta cifra de personas hospitalizadas. En síntesis no se está gestionando la entrega de herramientas de automanejo mediante las tres dimensiones física, social y emocional, enfocándose principalmente en la dimensión física, dejando de lado la social y emocional. Debido a esto se ha generado la necesidad de replantear la forma en que los servicios de salud pública del país están entregando a los pacientes herramientas de prevención y educación para estas enfermedades, integrando estas tres dimensiones.

Entendiendo la Atención Primaria como puerta de entrada de personas con ECNT, los sistemas de salud debieran desarrollar e implementar nuevos modelos de atención para abordar estas enfermedades. Por lo tanto se debería direccionar los servicios desde un enfoque reactivo a un proactivo, en donde la persona no solo va al CESFAM por un tema en particular, sino que de manera integral y sistemática se incentivaría al usuario a seguir con su tratamiento.

Surge así la oportunidad, desde la disciplina del diseño, de articular estos conceptos (diagrama 12): Envejecimiento de la población, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Automanejo, en donde el apoyo de pares y la comunidad son importantes para incentivar a los usuarios con ECNT en el cumplimiento de su tratamiento.

3.2

Formulación / **El proyecto**

¿Qué?

Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas (Red APA).

La Red APA es una red de apoyo de pares para el automanejo que logra vincular sus 3 dimensiones (físico, social y emocional). Integra a la familia, comunidad y profesionales de la salud a lo largo del tratamiento, permitiendo empoderar a personas mayores de manera integral en el buen manejo de su enfermedad crónica no transmisible (ECNT).

¿Por qué?

Bajo compromiso en entrega de herramientas de automanejo y una ausencia de apoyo por parte de la familia y comunidad.

El aumento de personas con ECNT ha generado mayor demanda en los servicios de salud y por consecuencia una sobrecarga en los profesionales, significando un bajo compromiso en la entrega de herramientas de automanejo y una ausencia de apoyo por parte de la familia y la comunidad. Esto no ha permitido llevar a cabo un cuidado íntegro de la enfermedad, afectando de manera aguda la salud física, emocional y social de los usuarios.

¿Para qué?

Empoderar a las personas mayores como un agente activo en el cuidado de su enfermedad

Las personas mayores al ser un agente activo en el cuidado de su ECNT, disminuiría el riesgo de avance de su enfermedad y conduciría a una disminución de costos debido a la baja de visitas en urgencia en atención secundaria y terciaria en salud.

Objetivo general

Promover la práctica de automanejo en personas mayores de atención primaria con enfermedades crónicas mediante el apoyo de pares y enfoque biopsicosocial (comunidad, familia y profesional).

Objetivos específicos

oe1

Profundizar en la complejidad del Modelo actual de atención Centrado en la persona con morbilidad crónica (MaCep) y sus agentes claves del Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado de la comuna de Puente Alto

Indicador Objetivo Verificable (IOV): validación del mapa del servicio actual con profesionales, construcción del ecosistema del usuario a partir de la estratificación por riesgo, análisis de interacciones críticas y desarrollo del lienzo de la "propuesta de valor".

oe2

Implementar nuevos recursos mediante la construcción colaborativa con profesionales y personas mayores para el ejercicio guiado práctico del automanejo.

IOV: proceso de prototipado y testeo a partir de la método de role-playing.

oe3

Desarrollar una estrategia de apoyo de pares para el automanejo de enfermedades crónicas.

IOV: formalización de las etapas del servicio, blueprint, desarrollo de los puntos de contacto.

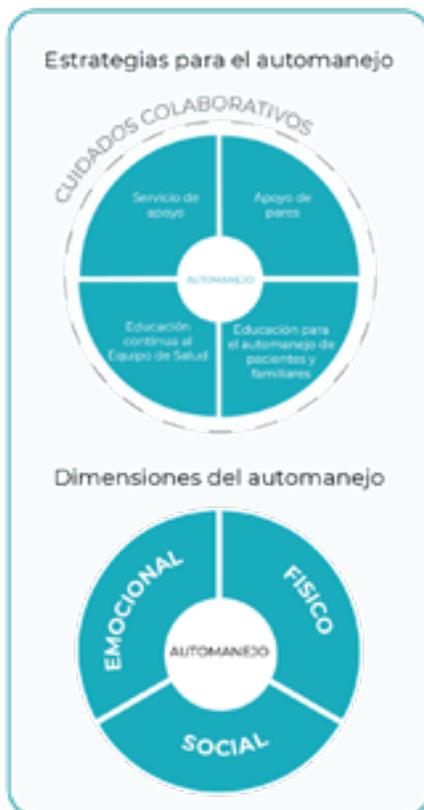
oe4

Comprobar la vinculación y el compromiso de personas mayores con ECNT a la Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas.

IOV: seguimiento de la carpeta de usuario, cumplimiento de actividades propuestas, reporte de telecuidado, validación con profesionales del Centro de Innovación en Salud.

AUTOMANEJO

A partir de la literatura



CAMBIO DE ENFOQUE

Identificación de la multidimensionalidad y enfoque en la persona con ECNT.

MODELO INTEGRAL

Diseño de sistema para el automanejo



CAMBIO DE ENFOQUE

Identificación de actores y contextualización de las 3 dimensiones.

MODELO DE APOYO DE PARES PARA EL AUTOMANEJO DE ECNT

Diseño de la Red APA



El diagrama 13 se compone de tres diagramas. El primero, a mano izquierda explica, según la literatura, las estrategias y dimensiones del automanejo.

A partir de la información levantada y salidas a terreno, se diseñó en la primera etapa del Proyecto (seminario) el Modelo Integral de Automanejo (segundo diagrama), el cual identifica la multidimensionalidad del automanejo y lo enfoca en la persona que presenta ECNT.

Finalmente se crea el Modelo de Apoyo de Pares para el Automanejo de ECNT (tercer diagrama). Este modelo identifica y vincula los actores ligados a cada dimensión, con el fin de lograr un automanejo integral de la enfermedad. La propuesta busca la incorporación de estos nuevos actores según su contexto, con el fin de llenar los vacíos que existen actualmente en cuanto a lo social y lo emocional (este modelo se definirá en detalle en el capítulo 8, Propuesta).

Modelo de apoyo de pares para el automanejo de ECNT

Diagrama 13- Elaboración propia



Metodología

“El Diseño de Servicios tiene un enfoque interdisciplinar que combina diferentes métodos y herramientas de diversas disciplinas. Es una nueva forma de pensar, que se opone a lo que podríamos llamar una disciplina autónoma. El Diseño de Servicios es un enfoque que está en constante cambio, en el sentido de que hasta el momento no existe una definición común o un lenguaje claramente articulado de éste”.

(Stickdorn, M & Schneider, J. 2016)

4.1

Metodología / *Human Centered Design y Diseño de servicios*

Diseño Centrado en la Persona y Diseño de Servicios

Para el desarrollo del Proyecto se utilizó una metodología que se basa en el Diseño de Servicios (diagrama 14) y el enfoque del Diseño Centrado en la Persona (Human Centered Design, HCD) (diagrama 15). El HDC es un proceso que centra el diseño en los usuarios y plantea que a partir de la información sobre sus necesidades, objetivos y deseos, se puede llegar a obtener un diseño adecuado a las necesidades y requerimientos de los usuarios (IDEO, 2009).

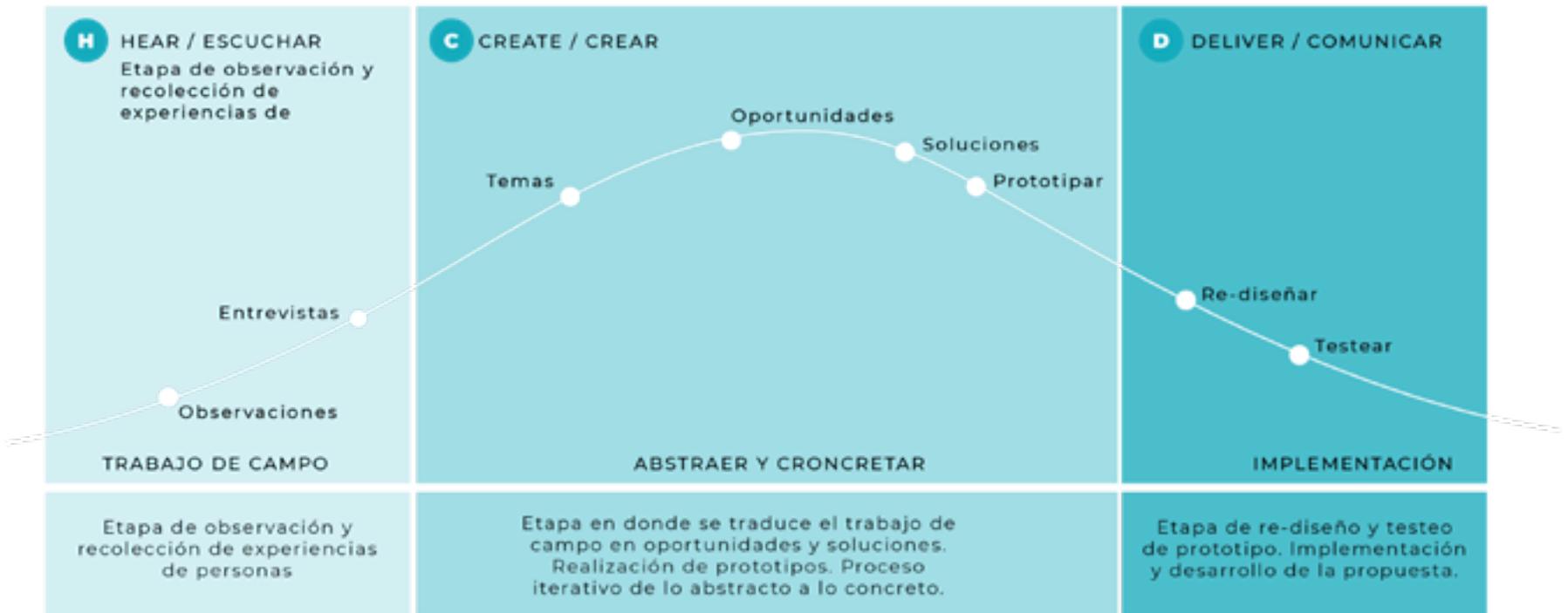
De la misma manera, el Diseño de Servicios (diagrama 14) tiene al usuario como su principal foco de interés. Esto implica entender aspectos de su identidad, considerando su contexto cultural y social, sus hábitos, sus motivaciones, sus rituales, etc.

Debido a que la atención primaria en salud es un sistema complejo, el Diseño de Servicios toma en consideración tanto a quienes usan un servicio como a quienes lo proveen (Figueroa, Mollenhauer, Rico, Salvatierra, & Wuth, 2017). Por lo tanto la comprensión dual del usuario, los profesionales y el contexto que los engloba de manera integrada, ha sido clave para el proceso de diseño.



Metodología para el Diseño de Servicios

Diagrama 14 - (Figueroa, Mollenhauer, Rico, Salvatierra, & Wuth, 2017).



Metodología Human Centered Design

Diagrama 15 - The Human-Centered Design Toolkit, (IDEO, 2009)

Rol del Diseño

El diseño en este caso actúa como facilitador de la innovación en salud, en donde a través del trabajo colaborativo e interdisciplinario es posible encontrar oportunidades y resolver problemas complejos que otros métodos tradicionales no han sabido abordar.

A través de un foco centrado en la persona, en la co-creación y co-participación en los procesos de prototipado y a través de una visión sistémica de la problemática, ha sido posible llegar a soluciones innovadoras y pertinentes.

A continuación, dentro de la metodología proyectual (diagrama 16), se despliegan las actividades realizadas durante todo el desarrollo del proyecto, junto con las técnicas e instrumentos aplicados.

PROCESO DE SEMINARIO

MARZO

ABRIL

MAYO

JUNIO

JULIO

ACTIVIDADES

Identificación de problemática

- a.1 Revisión de bibliografía
- a.2 Modelos de atención
- a.3 Cuidados innovadores
- a.4 Guía del instructor

Visitas a terreno

- a.5 Taller atomanejo
- a.6 Entrevista enfermera
- a.7 Entrevista usuario
- a.8 Taller alimentación
- a.9 Programa MAS
- a.10 Entrevista Terapeuta ocupacional
- a.11 Encuesta a usuarios
- a.12 Mesa territorial
- a.13 Mesa territorial
- a.14 Taller aurtomanejo
- a.15 Reunión médico familiar *Dr. Patricio Céspedes*
- a.16 Reunión médico familiar *Dr. Rosario Fuenzalida*
- a.17 Entrevista Psicóloga
- a.18 Reunión Paulina Muñoz
- a.19 Reunión con Enfermera *Marjorie Ramirez*

Análisis de información levantada

- a.20 Detectar oportunidades

Validación primera etapa

- a.21 Presentación a Innovación en Salud UC

TÉCNICA / INSTRUMENTOS

 Construcción del modelo teórico a partir de la lectura para la creación *mapa de viaje del servicio actual*.

 Sistematización de experiencias innovadoras internacionales del MCC a través de una *matriz*.

 Comprensión de las etapas del taller, basada en la Guía del Instructor para crear una *visualización*.

 Observación de 5 talleres a través del instrumento *AEIOU*.

 Comparación de etapas mostradas en Guía del Instructor con las experiencias en talleres.

 5 Entrevistas: Enfermera, dos usuarios del taller, psicóloga y médico familiar.

 Encuesta a 13 usuarios del taller MAS.

 Entrevista a 13 usuarios participantes del taller MAS.

 Sistematización de entrevistas a través del instrumento diseñando la *propuesta de valor*.

 Profundización de la *estratificación por riesgo* a través de *ecosistema de usuario*.

 Comprensión del sistema de Salud en Chile y CESFAM a través de la creación de *organigramas* de cada sistema.

 Triangulación de datos para la construcción del *ecosistema*.

 Investigación de antecedentes y referentes para la creación de un *moodboard*.

 Visualización de *interacciones críticas* de los posibles puntos de contacto a través del *mapa de viaje*.

 Validación de los posibles puntos de contacto con los agentes encargados de Innovación en Salud UC.

PROCESO DE TÍTULO

AGOSTO

SEPT

OCT

NOV

DIC

MARZO
Implementación

Definición de la muestra

a.22 Compromiso con Org. Ganas de Vivir del CESFAM SAH

Participación

a.23 Seminario Integral de personas mayores
a.24 Curso online - APS y los desafíos de las ECNT.

Ideación e iteración

a.25 Co-creación MAS
a.26 Propuesta preliminar
a.27 Testeo propuesta
Prototipo 1

a.28 Entrevista post testeo
a.29 Re-diseño 1
Prototipo 2

a.30 Co-creación con usuarios
a.31 Co-creación profesionales
Presentación avances

a.32 Re-diseño
Prototipo 3
a.33 Validación via-email
Profesionales

a.34 Testeo
Prototipo 3
a.35 Re-diseño
a.36 Co-creación profesionales
a.37 Re-diseño
Prototipo 4

Proyección

a.38 Roles de usuarios
a.39 Blueprint
a.40 Brief
a.41 Validación desde la organización
a.42 Validación desde el centro de innovación UC
a.43 Pilotaje
a.44 Implementación
marzo 2020





Contexto y usuarios

05

“Un espacio donde se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y su población, relación caracterizada por la confianza y vínculos de afectividad y respeto mutuo, para el logro de un mayor bienestar de familias y comunidad.”

Definición CESFAM
(Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2005)

5.1

Contexto y usuarios/ Contexto

Contexto de investigación

El presente proyecto se enmarca en el Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile y para efectos del Proyecto se llevaron a cabo dos etapas, la primera etapa de levantamiento de información y la segunda de prototipado y testeo (Metodología Proyectual diagrama 16).

En la primera etapa se trabajó con el Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Florida y el CESFAM San Alberto Hurtado (SAH). Para la segunda etapa se seleccionó el CESFAM SAH el cual fue utilizado a modo de caso de estudio, en donde se creó la vinculación con la Organización Ganas de Vivir, con quienes se llevaron a cabo las etapas de testeo, prototipado y formalización de la propuesta.

Los consultorios se ubican en la comuna de La Florida y

Puente Alto y se caracterizan por tener una alta presencia de personas mayores (12,83% y 7,65% respectivamente).

En la comuna de La Florida hay 69,98 personas mayores por cada 100 niños de 0-14 años y en Puente Alto hay 35,42 personas mayores por cada 100 niños de 0-14 años, lo que significa que va en aumento el índice de dependencia demográfica (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017).

La población total atendida dentro del CESFAM de la Florida hasta el año 2017 fue de 30.986 en donde 5.310 son mayores de 65 años. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, los datos indican que un 63,84% presenta hipertensión y un 33,22% diabetes (CESFAM La Florida, 2017).

Por otro lado el CESFAM SAH hasta el año 2017 tenía una población total de 21.491 personas, en donde más de 5.500 están dentro del rango de 45 y 64 años y 1.600 son mayores de 65 años. En cuanto a la cantidad de personas con enfermedad crónica, se registró un 4% de personas de alto riesgo (Diabetes + HTA + EPOC + Artrosis + problemas familiares), un 20% de mediano riesgo y un 31% de bajo riesgo (diagrama 9 Estratificación por riesgo). Esto significa que un 55% de usuarios presentan riesgo de adquirir una enfermedad o presenta una. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017).

Se puede extraer a partir de los datos, que en ambas comunas las personas están viviendo más, pero no en un estado óptimo de salud, ya que la mayoría de ellas tiene

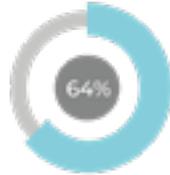
una o dos enfermedades o tiene el riesgo de adquirir una. Es importante entender los riesgos de tener una población envejecida no saludable, ya que un mal manejo de la enfermedad podría significar caer en estado de dependencia y por consecuencia un mayor gasto en salud.

Comuna La Florida

69,98 personas mayores por cada 100 niños de 0-14



Diabetes



Hipertensión



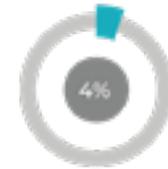
Comuna Puente Alto



Bajo riesgo



Mediano riesgo



Alto riesgo

55% de usuarios presentan riesgo de adquirir una enfermedad o presenta

Datos levantados, Comuna La Florida y Puente Alto (Biblioteca del Congreso Nacional, 2017)

Diagrama 17- Elaboración propia

5.2

Contexto y usuarios/ *usuarios*

Ecosistema de usuario

Para entender mejor cómo se desenvuelve una persona con ECNT dentro del sistema de salud, comunidad y familia, se realizaron tres ecosistemas de usuario (diagrama 18). Para esto se utilizó la estratificación por riesgo vista anteriormente (diagrama 9) y los actores relevantes y su contexto (diagrama 18).

En el diagrama 18 se puede observar a los usuarios de alto, mediano y bajo riesgo y su vinculación con los actores relevantes. Se puede desprender de este diagrama que según el riesgo de la persona y su vinculación con el CESFAM, una persona de alto riesgo tiene un contacto constante con el equipo de salud y a medida que la persona va disminuyendo su riesgo se va alejando de las actividades regulares que entrega el CESFAM.

Este hallazgo cuestiona la manera en que los CESFAM están llevando a cabo estrategias de prevención para los grupos de menor riesgo y cómo se vincula con la comunidad, al ser esto último un factor que no se está tomando en consideración, a pesar de su relevancia.



Ecosistema de usuario y su relación con el riesgo de ECNT
 Diagrama 18- Elaboración propia

Usuarios

Para el desarrollo del proyecto se trabajó junto a dos usuarios claves. En primer lugar personas mayores con enfermedades crónicas del CESFAM SAH, y en segundo lugar con profesionales del programa MaCep (diagrama 8).

1 Usuarios con ECNT

La propuesta se enfoca en personas mayores con ECNT de Atención Primaria y busca adaptarse a los diversos tipos de perfiles (diagrama 19). Durante las sesiones de levantamiento de información se pudieron identificar cuatro tipos de perfiles. Estos perfiles varían según el riesgo de la persona (alto, mediano, bajo) y la motivación al cambio de estilo de vida. Fueron denominados el “porfiado”, el “despreocupado”, el “responsable” y el “ejemplar”. En el diagrama 19 se detallan las características de cada uno. A partir de estos perfiles se crea la Red APA y los respectivos roles que se detallarán más adelante.

Las personas con ECNT deben llevar a cabo un riguroso tratamiento, el cual debe ser seguido al pie de la letra, deben tomarse bien los medicamentos, alimentarse de la manera adecuada y realizar ejercicio. Deben aprender a cómo cuidarse y adquirir herramientas de automanejo. Esto significa realizar un cambio en el estilo de vida que para algunos no es para nada fácil. Por otro lado esto significa un desafío para aquellos que quieren optar por tener un mejor estilo de vida y hacer lo posible por seguir el tratamiento.

Por lo tanto, es de suma importancia identificar estos tipos de perfiles, ya que aquellas personas que tienen controlada su enfermedad y están motivadas al cambio, como el “ejemplar” tienen las capacidades de apoyar a quienes no tienen la motivación necesaria y que necesitan de un empujón.



Perfiles de usuario

Diagrama 19- Elaboración propia

2 Profesionales APS - MACEP

Los profesionales del programa MaCep, como la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y Médico Familiar (MF) tienen la tarea de escuchar, aconsejar y educar a los usuarios con ECNT, por lo tanto son considerados actores claves de esta propuesta.

Durante las sesiones de levantamiento de información, testeo y validación, se pudo observar que el rol de estos profesionales se cumple dentro de la consulta y en los talleres, pero no prestarían la atención necesaria con respecto al contexto familiar y comunitario.

Actualmente existe una barrera comunicacional entre enfermera-médico-paciente, debido a una alta rotación de profesionales y un bajo compromiso por parte de los usuarios. Esto ha significado la fragmentación en la entrega del servicio y seguimiento del tratamiento.

Los profesionales del programa MaCep a pesar de tener una participación menor dentro de la Red APA (que se detallará más adelante), tienen un gran impacto en los usuarios, principalmente porque son quienes motivan a éstos al cambio en sus estilos de vida. Son quienes identifican a aquellos usuarios responsables y felicitan por las mejoras y cambios en sus estilos de vida. Así, cumplen con un rol de tipo paternalista lo que les confiere una importante influencia positiva.

3 Usuarios secundarios

Puede ser la pareja, amigo o cualquier persona que el usuario estime necesario para el acompañamiento. Su rol es apoyar en lo emocional, ya que el usuario debe sentirse apoyado en la realización de cambios de conducta, mantenerse compensado y tener una buena calidad de vida.



Desarrollo proyectual

06

“Uno puede hacer ese tipo de cosas inclusive sin saber, sin tener nociones de enfermería, por ejemplo, basta hacer que la persona se sienta acompañada. Eso siento que es lo más importante”.

Mujer de la fotografía a la izquierda
Programa MAS

6.1

Desarrollo proyectual/ **Levantamiento de información**

Levantamiento de información

Durante el primer semestre del 2019, se investigó en profundidad el actual Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica MaCep (desarrollado en el marco teórico - diagrama 16, Metodología Proyectual), tomando como enfoque al usuario crónico de moderado y alto riesgo (diagrama 9, Estratificación por riesgo). Esto permitió comprender la teoría del funcionamiento del Modelo MaCep en el servicio de salud. Una vez realizado el levantamiento de información, se creó un mapa de viaje con el fin de validar el servicio de salud actual con la Coordinadora de la implementación clínica del Proyecto de Atención de Personas Crónicas del Centro de Innovación en Salud UC, Sra. Paulina Muñoz (Diagnóstico situación actual diagrama 20).

Entendida la teoría se realizaron visitas regulares al CESFAM San Alberto Hurtado. Se coordinó con los equipos de salud del CESFAM la participación en talleres de automanejo, asistiendo en cinco oportunidades a diversos talleres, para observar, analizar y comprender el rol del profesional y la participación de los usuarios, con el fin de aterrizar los conocimientos teóricos.

Se utilizó la técnica de observación y el uso de la herramienta AEIOU (Martin & Hanington, 2012). Se participó en el Programa MAS, donde se logró identificar al usuario crónico de alto y moderado riesgo. Asimismo, por medio de la herramienta "Diseñando la Propuesta de Valor" (Osterwalder, Pigneur, Bernarda, Smith, & Papadacos, 2014), se estudió en profundidad al usuario, comprendiendo sus tareas, frustraciones y aspectos positivos en relación a su manejo de la enfermedad. Se realizaron reuniones con la Enfermera Sra. Marjorie Reyes y el Dr. Patricio Céspedes, Médico Familiar, ambos encargados del Programa del Adulto y del Adulto Mayor. También se realizaron reuniones con la Terapeuta Ocupacional, Sra. Litzzy Rojas, encargada del Programa MAS, con la Dra. Rosario Fuenzalida Médico Familiar encargada del Programa de Participación Social, con la Psicóloga Sra. Jimena Burga Ramos y con la Enfermera Sra. Paulina Muñoz, quien generó los diversos contactos.

Para complementar la información recogida en el SAH, se participó en el taller de automanejo del CESFAM La Florida, con el fin de contrastar ambas prácticas de talleres de automanejo. Se logró identificar las instituciones relacionadas, actores

claves presentes, puntos de contacto entre los actores, herramientas y materiales utilizados, las etapas previas y posteriores al diagnóstico. Para ello se realizó una triangulación de datos para la construcción del ecosistema y del mapa de viaje actual. Al mismo tiempo se llevó a cabo un análisis de interacciones críticas, organigrama del Servicio de Salud y del CESFAM San Alberto Hurtado, con el objetivo de comprender dónde se insertan los talleres de automanejo dentro del sistema y su vinculación con profesionales, usuarios y actores relevantes (diagrama 18, ecosistema de usuario y su relación con el riesgo de ECNT).

Una vez levantada la información necesaria, se realizaron reuniones con la Enfermera Sra. Marjorie Ramírez y con la Enfermera Sra. Paulina Muñoz, con quienes se revisó el organigrama y el mapa de ecosistema del usuario, para corroborar que la información presentada correspondía a la realidad.

En paralelo, a lo largo de todo el proyecto la revisión de literatura fue fundamental. Se creó una matriz para visualizar la sistematización de experiencias innovadoras internacionales del MCC (diagrama 11 - Marco teórico). Dicha matriz muestra diversas innovaciones en el manejo de las ECNT, las que se llevaron a cabo en América Latina y el Caribe, sirviendo como antecedente relevante para el actual Proyecto.

Además, se investigó la relevancia de la disciplina del Diseño en el área de la salud.

A continuación se detallan las actividades realizadas y los hallazgos obtenidos.

Talleres de automanejo

Como se explicó anteriormente se participó en talleres de automanejo, debido a que es una de las instancias en donde se instruye a las personas en el manejo de su enfermedad. Se realizó un diagnóstico de los usuarios que participan en el taller y de qué manera los profesionales realizan la actividad, la cual se basa en la Guía del Instructor (Valdés Martinic, 2019).

Hallazgos CESFAM San Alberto Hurtado (SAH)

La realización de los talleres dentro del SAH están planificados de manera individual. Una vez a la semana se realiza un taller a las tres de la tarde. Los talleres van rotando y son: de automanejo, de medicamentos y de alimentación.

A modo de resumen dentro SAH se pudo observar una baja participación, donde el promedio de participantes fue de 3 personas por taller, siendo el principal problema la baja difusión por parte de los profesionales (Diagnóstico situación actual diagrama 20).

En cuanto al contenido, tomando en cuenta las tres dimensiones de automanejo, se pudo observar que hay un importante enfoque en la enfermedad misma, esto es, en la dimensión física, dejando de lado la dimensión social y emocional. Se explican los síntomas, la toma de presión y glucemia, pero sin darle espacio a compartir experiencias entre los participantes. Por ejemplo, en el taller de automonitoreo al haber solo una persona, no se logró llevar a cabo la dimensión social, ya que no había

nadie más con quien compartir. También, al trabajar de forma independiente, los profesionales no estaban al tanto de cómo los demás colegas realizaban el taller, generando desinformación y por lo tanto baja derivación.

Hallazgos CESFAM LA FLORIDA

Para contrastar la actividad y tener una visión más amplia de los talleres, se participó en el taller de automanejo del CESFAM de La Florida, el cual tiene una dinámica totalmente distinta. Funciona de la siguiente manera: dentro de la consulta se le entrega al usuario una invitación al taller, el cual se realiza una vez al mes en una jornada de dos horas que fusiona los tres talleres en uno. Se pudo observar una alta participación (27 personas), donde al ingresar debían entregar la invitación recibida en la consulta. Esto generó una importante instancia para compartir experiencias, contrastándose esto con el CESFAM SAH donde, no se vio la dimensión social y emocional del modelo de automanejo.

Como observación general, el hecho de tangibilizar la invitación al taller genera un aumento de participación, lográndose así implementar de manera integral las tres dimensiones de automanejo. Pero al ser solo una instancia mensual, no se produce una participación regular por parte de los pacientes, ya que el usuario va solo una vez a lo largo de todo su tratamiento, es decir asiste a una sola instancia de capacitación y activación.

Finalmente se identificó que la gran parte de las personas que asistieron a los talleres eran personas mayores autovalentes e independientes (solo una de ellas iba acompañada)



Taller automanejo CESFAM La Florida, estación de Alimentación- Elaboración propia

Diagnóstico situación actual

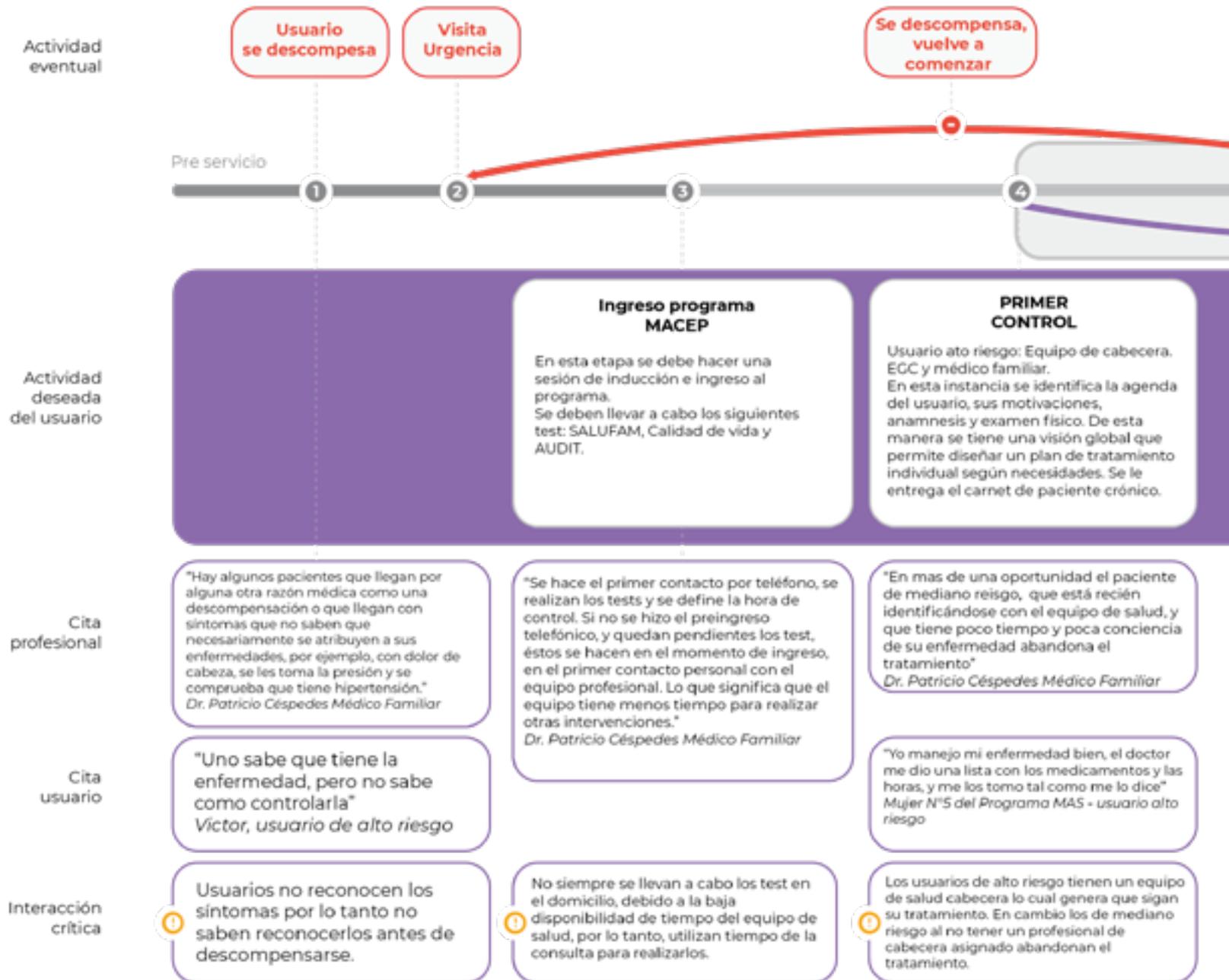
A partir de la revisión de literatura, observaciones y entrevistas se desarrolló un mapa de viaje de la situación actual de las etapas del servicio (Diagnóstico situación actual del Modelo MaCep diagrama 20), donde se destacan las interacciones más relevantes y se visualizan experiencias por parte del profesional y usuarios. En este mapa se puede observar dónde estarían insertos los talleres de automanejo.

Como se visualiza en el diagrama 20, uno de los mayores quiebres detectados fue la falta de continuidad entre cada control médico, lo que genera un automanejo ineficaz de la enfermedad. Esto significa que una vez que la persona realiza su control pueden pasar tres meses en que la persona no visita el CESFAM, fecha de su próximo control. Si la persona no fue derivada al taller por el profesional que la atendió, puede suceder que no realice ninguna actividad significativa para el cuidado de su enfermedad durante esos tres meses, por lo que puede terminar descompensada en el hospital.

Se observó también que no existe participación de la familia o la comunidad dentro del tratamiento de usuarios con ECNT, siendo importantes estos ejes, (emocional y social) dentro de las dimensiones del automanejo.



Taller automonitoreo CESFAM SAH, Diabetes e Hipertensión- Elaboración propia





Automanejo ineficaz de la enfermedad

Automanejo ineficaz de la enfermedad

AGENCIA DE AUTOMANEJO

Hay un plazo de tres meses entre cada control médico. En este periodo el usuario por cuenta propia debe hacer su seguimiento. Por lo tanto si existe un manejo ineficaz de la enfermedad puede descompensarse.

SEGUNDO CONTROL

Luego de 3 meses se realiza un segundo control, en éste el profesional debe observar al usuario en torno a lo biopsicosocial, no obstante, se enfoca en lo principal que es la enfermedad dejando de lado lo emocional y social. El tiempo es acotado y esto genera una baja derivación por parte de los profesionales a talleres de automanejo.

AGENCIA DE AUTOMANEJO

Nuevamente hay tres meses en donde la persona debe controlar su enfermedad. Debido a esto existen 3 talleres, el de medicamentos, nutrición y automonitoreo con el fin de entregar herramientas de automanejo. Por otro lado está el Programa Mas el cual incentiva a las personas mayores a tener mejores hábitos y estilos de vida saludables.

RE-EVALUACIÓN

Luego de 6 meses se realiza una reevaluación, con el objetivo de verificar avances y/o logros de los objetivos planteados.

"Una cosa es el tiempo, otra cosa es que el usuario no tiene el concepto de salud, sino de enfermedad; entonces solo viene cuando está enfermo, no tiene el concepto prevención de la salud"
Dr. Patricio Céspedes Médico Familiar

"Habiendo la instancia para participar no me informaba bien. El hecho de no tener tiempo para ir al consultorio a informarse influye, no es tanto el desinterés, es el factor tiempo"
Victor, usuario de alto riesgo

"Cuando jubilé, después de tantos años, empecé con mis horarios, como debía ser, a controlarme, porque uno trabajando no lo puede hacer, pa que estamos con cosas"
Mujer del Programa MAS - alto riesgo

1 Usuarios una vez jubilados tienen tiempo para estar pendientes de su enfermedad.

"Entonces finalmente los profesionales tampoco están derivando a los talleres. Hay mil cosas a derivar: la vacuna, el medicamento, la hora de examen, la inscripción en el taller, la hora del médico, ir al Sótero a buscar la interconsulta...son mil cosas que tienes que acordarte como profesional además de la pega que tienes que hacer en el mismo control"
América Opazo Enfermera SAH

"Lo que pasa es que uno tendría que respaldar un poco con información ilustrada, que te pasaran eso mismo por correo o poder llevarlo escrito para la casa"
Victor usuario alto riesgo

1 No hay tiempo disponible para informar acerca de las actividades y talleres que se realizan de automanejo. Profesionales poco comprometidos en la derivación.

"La idea de fondo de todo esto es que uno vaya a conocer a otras personas e ir a estos grupos que se realizan a través del CESFAM"
Mujer n°2 del Programa MAS

"Uno ya tiene que entrar en la sociedad a cumplir otras funciones, otras tareas en el ámbito de la sociedad, insertarse en los grupos de adultos mayores, en las juntas de vecinos, en el consultorio, lo que yo encuentro maravilloso"
Victor usuario de alto riesgo

1 Queda claro que las personas mayores al estar jubiladas buscan encontrar un nuevo rol en la sociedad.

"El objetivo es ver si el usuario puede venir en seis meses, porque sabe autocuidarse. Sin embargo no lo hacemos porque no confiamos en que la persona lo hará"
Dr. Patricio Céspedes

"Ahora yo vengo cada seis meses al control, porque yo ya estoy bien"
Mujer n°4 del Programa MAS

1 Se puede ver que la mayoría de los profesionales no citan a los pacientes cada seis meses, porque no confían en que se cuidarán.

Diagnóstico situación actual del Modelo MaCep
Diagrama 20 - Elaboración propia

6.2

Desarrollo proyectual/ *Salidas a terreno*

Programa MAS

Debido a la alta circulación de personas mayores dentro del CESFAM surgió la necesidad de entender la manera en que se realiza el Programa MAS, el cual está dirigido especialmente para ellos.

Como se explicó en el Marco Teórico, el Ministerio de Salud implementó el año 2015 el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes con el fin de “fortalecer el trabajo de los equipos de salud primarios con estrategias orientadas a mantener la autovalencia y prevenir la dependencia de las personas mayores” (Ministerio de Salud.Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria, 2015).

A modo de resumen se pudo observar que este programa busca entregar actividades dinámicas para la

estimulación de funciones cognitivas y para el autocuidado y estilos de vida saludables. La gran parte de los participantes que presentaba algún tipo de ECNT eran autovalentes y motivados al cambio en su estilo de vida.

Este programa al tener una duración de tres meses generaba lazos entre los participantes, las personas se conocían, compartían y se apoyaban, pero una vez finalizado el Programa la mayoría volvía a su rutina poco activa, y unos pocos creaban su propia organización.

Por lo tanto se puede afirmar que el Programa MAS ha sido exitoso en cuanto a entregar una instancia de sociabilización entre personas con ECNT, generando apoyo emocional y social. Por lo tanto si analizamos las tres dimensiones de automanejo podemos ver presente la dimensión social y emocional. La dimensión física se podría decir que estaba presente en cuanto a minimizar los factores de riesgo a través de la realización de actividad física, pero no enfocada en el manejo de ECNT.

Sesión con usuarios Programa MAS

Una vez realizada las sesiones de observación se realizó un diagnóstico preliminar, el cual fue realizado en conjunto con trece personas mayores del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

La sesión participativa se desarrolló a partir de dos objetivos. El primer objetivo: diagnosticar los vínculos y nivel de participación social, y el segundo: identificar las acciones que motiva a una persona mayor ayudar a otra y de qué manera colabora y empatiza con los demás.

Objetivos sesión participativa:

- 1 Diagnosticar el nivel de participación social y los vínculos
- 2 Identificar las situaciones que motiva a una persona mayor ayudar a otra

Actividad 1 / Objetivo 1

Se diseñó un canvas a partir del método de selección y aproximación, con nueve actividades (almuerzo, consulta, retiro de medicamentos, pedir hora, hablar de temas personales, ocio, realizar trámites, salir a caminar y comprar) y cinco stickers (solo/a, pareja, hijo/hija, nieto/a y amigo/a) para poder identificar con quienes realizan dichas actividades.

Se detectó que la mayoría de estas actividades las realizan solos y que no figuraba el sticker del amigo/a en ninguna de ellas.

Como por ejemplo ir a la consulta, retirar medicamentos y pedir hora, en general las realizan solos. Y en actividades como ocio, salir a caminar y realizar trámites, nuevamente aparece con más frecuencia el sticker de realizar esta actividad solo/a.

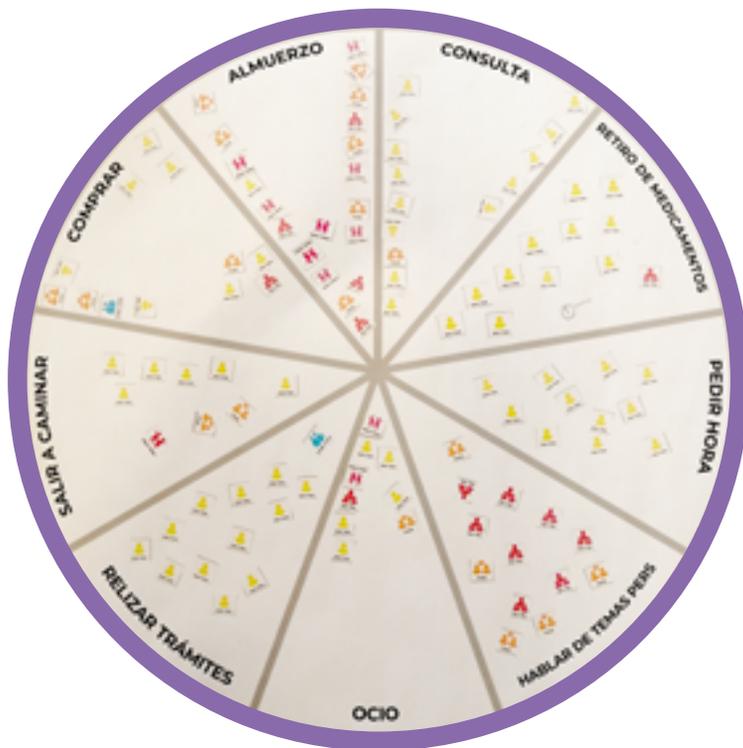
Por otro lado en actividades en contexto familiar como la hora de almuerzo, ir de compras, hablar de temas personales se ve repetidamente la figura de la pareja, hijos y nietos.



Sesión participativa Programa MAS, Actividad 1 / Objetivo 1- Elaboración propia

Hallazgos

En cuanto a los hallazgos podríamos decir que la mayoría de las actividades de su rutina diaria las hacen de manera individual y que por lo tanto solo en las actividades del Programa MAS se generan situaciones de convivencia con otras personas de la misma edad. Es interesante rescatar que una vez terminado el Programa MAS los participantes del programa generan organizaciones con el fin de continuar reuniéndose con pares.



Resultado Actividad 1/ Objetivo 1- Elaboración propia

Actividad 2 / Objetivo 2

Para la actividad 2 se diseñaron ocho tarjetas de tres tipos. Cuatro con problemáticas dentro de un contexto social, dos dentro del contexto CESFAM y dos en contexto familiar. Por un lado de la tarjeta se postula la problemática y por el otro se deben escribir tres formas de abordar el problema para luego actuar una.

Se generaron cuatro grupos, por lo que solo se utilizaron cuatro tarjetas. Se seleccionaron las del contexto social, debido a que en la primera actividad no apareció el sticker del amigo/a.

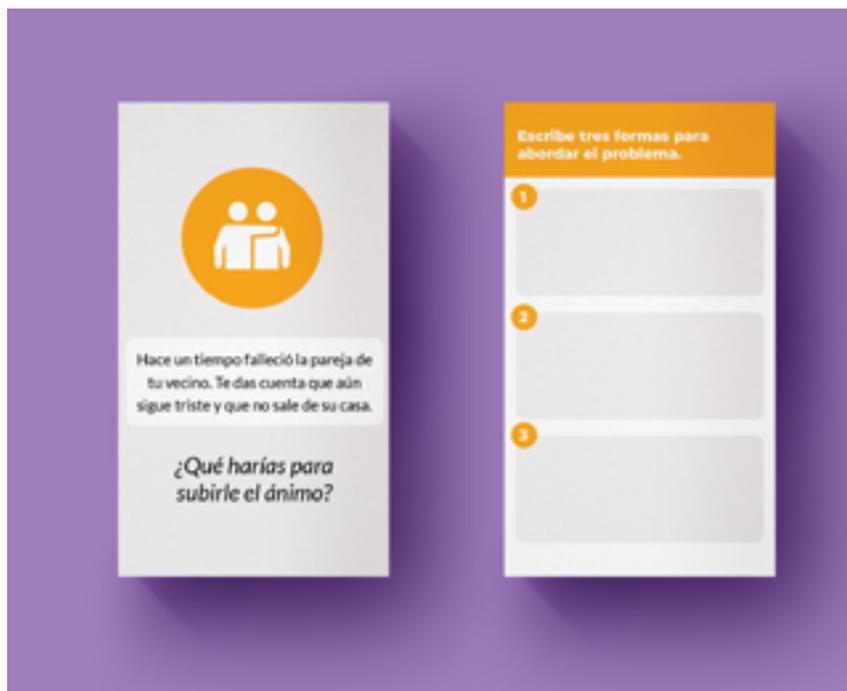
Luego de darles tiempo de planificación se invitó por grupo a actuar una solución a la problemática.

Hallazgos

Las acciones identificadas para solucionar cada problemática como: "llamar al vecino", "invitarla a la casa", "llamar a algún hijo", "invitarlo a la organización", "participar con el nieto", "ir a la plaza a darse una vuelta".

En cada caso los grupos solucionaron el problema a través de la ayuda de un otro, habiendo muy pocas soluciones de manera autónoma.

Una de las soluciones del caso: "Hace un tiempo falleció la pareja de tu vecino y te das cuenta que aún sigue triste y que no sale de su casa", fue **"dar ánimo, comprensión, cariño y amor de vecinos y amigos, invitarla a salir para distraerse"**, usuario Programa MAS.



Tarjetas sesión participativa Programa MAS, Actividad 2/ Objetivo 2 - Elaboración propia

En otro caso: “Un amigo con hipertensión te llama que se siente muy mal”. Una reflexión interesante fue: **“uno puede hacer ese tipo de cosas inclusive sin saber, sin tener nociones de enfermería, por ejemplo, basta hacer que la persona se sienta acompañada. Eso siento que es lo más importante”**. También **“dentro del vecindario, de vecinos de una cuadra por ejemplo, uno puede ir y pedir ayuda”**, usuaria Programa MAS.



Grupo discutiendo de que manera abordar el problema para la Actividad 2 - Elaboración propia

Se observó que las formas de abordar los problemas mostraron una acción colectiva y colaborativa en las personas mayores, siendo interesante rescatar dichas acciones para incorporarlas dentro del Proyecto.



Grupo actuando las soluciones de la Actividad 2 - Elaboración propia

Se podría concluir que las actividades en grupos más pequeños de personas mayores facilita la realización de dinámicas participativas. Esta actividad resultó de manera fácil y natural, y al ser lúdica generó interés y participación.

Seminario Integral de Personas Mayores

El Centro de Referencia de Salud de Maipú durante el mes de agosto del año 2019 realizó un Seminario de Atención Integral de Personas Mayores, en el cual se participó en dos jornadas, los días jueves y viernes. La participación tuvo el objetivo de conocer el trabajo de APS con personas mayores y conocer las tendencias en cuanto a los desafíos del envejecimiento de la población, para potenciar el trabajo integrado de los servicios de salud para las personas mayores.

Participaron diversos actores de la sociedad civil, pública y privada, representantes de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OPS (Organización Panamericana de la Salud), directores de consultorios, directores de fundaciones, trabajadores sociales, con el fin obtener una perspectiva interdisciplinaria.

A lo largo del Seminario se hablaron de diversos temas atingentes en cuanto al sistema de salud en personas mayores. Se discutieron los modelos de atención, la estratificación por riesgo, el manejo de enfermedades crónicas en personas mayores, el rol de la comunidad y los ejes de política de salud, como el Programa MAS y el Programa Adulto Mejor.

El Dr. Homero Gac Espínola, Presidente de la Sociedad de Geriátría y Gerontología dijo: **“hay que dejar de ver el envejecimiento como un problema, sino verlo como una oportunidad”**. Además destacó que **“hay que promover la participación ciudadana e instancias de**

educación y formación de personas mayores”, destacando que las personas mayores quieren seguir participando en diversas áreas, por lo que hay que entregar y crear esos espacios.

En cuanto a participación ciudadana el Dr. Mario Cruz Peñate, de la OPS/OMS Chile dijo que: **“se deben promover conductas positivas y maximizar la capacidad de autocuidado”.** Y para entregar herramientas habla de la importancia de **“la educación y el empoderamiento del paciente para la prevención de la discapacidad”.**

El Dr. Cruz Peñate expuso que a pesar de que a nivel mundial hemos sido exitosos en ampliar la expectativa de vida, no necesariamente significa que se esté viviendo una mejor calidad de vida. También comentó que a pesar de que las mujeres viven más que los hombres, éstas tienen más años de vida con alguna enfermedad y discapacidad, principalmente debido a la mayor exposición a factores de riesgo. Dijo que: **“de aquí en adelante el éxito de calidad de vida no debe ser medido en cuanto a años de vida, sino en la manera de reducir el período de enfermedades y discapacidad en los últimos años de vida”.**

Desde esta mirada se deben buscar nuevas formas de actuar, siendo la participación activa de las personas mayores un eje fundamental, junto con la entrega, por parte de los servicios de salud y nuevas políticas públicas, de herramientas de educación y empoderamiento, con el fin de que las personas mayores puedan tener más años de bienestar.

Temas relevantes destacados dentro del Seminario para un envejecimiento activo y saludable:

- 1 Envejecimiento como una oportunidad.**
- 2 La participación activa para una mejor calidad de vida.**
- 2 Medir el envejecimiento en calidad de vida no en años.**



Testeos e iteraciones

“Se podría hacer una actividad en conjunto que tenga que ver con la evaluación del control. El profesional siempre pregunta cosas típicas como, alimentación, actividad física, medicamentos. Entonces el monitor a partir de eso le sugiere diversas actividades para poder cumplir lo que le dice el profesional”.

Profesional MACEP

7.1

Testeo e iteraciones / *Proceso de prototipado*

Al ser un servicio complejo y de gran alcance se fueron priorizando y seleccionando ciertos puntos de contacto que permitieran probar las etapas claves para el desarrollo de la propuesta.

En el diagrama 21 se sintetiza el proceso de prototipado y testeo, el cual fue dividido en cuatro etapas. A medida que se va avanza en el prototipado y testeo, se pueden ir descubriendo ciertos hallazgos que sirvieron para ir adaptando y re-diseñando la propuesta final.

Proceso de prototipado

Para prototipar e iterar la propuesta se trabajó semanalmente durante cuatro meses con la Organización Ganas de Vivir del CESFAM SAH.

Los testeos se realizaron a diez personas mayores de la Organización. En paralelo se realizaron reuniones con el Dr. Patricio Céspedes, Médico familiar del consultorio y con la Enfermera Sra. Paulina Muñoz, Coordinadora de la implementación Clínica del Proyecto de Atención de Personas Crónicas del Centro de Innovación en Salud UC, con el fin de ir iterando y validando la propuesta.

Finalmente se validó la propuesta final junto a expertos del Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Propuesta preliminar

A partir del proceso de levantamiento de información y los hallazgos en el trabajo de campo (diagrama 16 Metodología Proyectual), se formuló una propuesta preliminar. Esta consistió en tres etapas: Yo empatico, Yo empodero y Yo motivo. Estas etapas buscan abarcar la multidimensionalidad del automanejo (diagrama 22), en donde se vincula la comunidad (amarillo), la familia (violeta) y el CESFAM (azul).

A partir del diagrama 22 se observan las tres dimensiones del automanejo y sus actores vinculantes. En la dimensionalidad social está la figura del “embajador guía” el cual ha sido reconocido por el CESFAM por el buen manejo de su enfermedad y nombrado así para guiar a un usuario con ECNT dentro de su nuevo tratamiento.

Esta propuesta busca incentivar la adherencia al tratamiento de un persona recién diagnosticada con ECNT a través de este “embajador guía”, el cual a partir de su propia experiencia y apoyo logra que esta persona cumpla las tres etapas y así ser un futuro embajador para vincularse a la red. El “embajador guía” debe activar a la persona a través de estas tres etapas, incentivándola a realizar actividades que cambien de manera positiva su estilo de vida dentro de su comunidad, familia y consultorio.

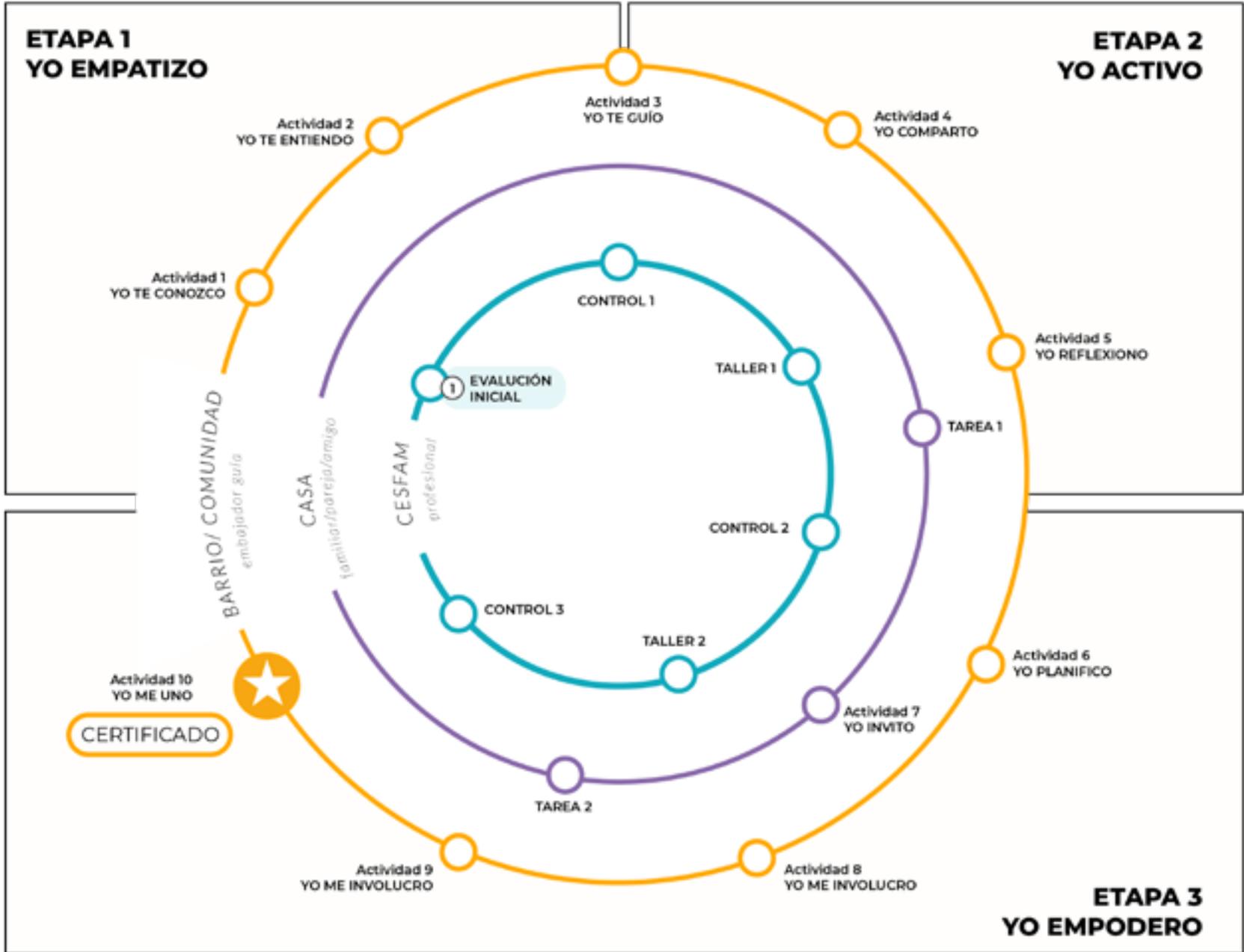
En la primera etapa YO EMPATIZO se busca generar vínculo entre el “embajador” y el usuario, a través de

empatizar con el otro y compartir experiencias propias (actividad 1 - yo te conozco). Una vez que se conocen, el “embajador” guía a la persona en planificar una actividad (actividad 2- yo te guío), con el fin de poder realizarla en conjunto (actividad 3 - yo comparto). Además debe recordar a su “guiado” de realizar su control médico para poder continuar con las siguientes actividades.

En la segunda etapa YO EMPODERO el “embajador” debe guiar a la persona en planificar una actividad a partir de lo reflexionado en el control médico (actividad 5 - yo reflexiono y actividad 6- yo planifico). Esta etapa tiene como fin empoderar a la persona, ya que debe invitar a alguien a realizar la actividad planificada (actividad 7 - yo invito).

La tercera etapa YO MOTIVO busca vincular al usuario a la red de “embajadores” a través de la participación en la creación de la actividad mensual de la red (actividad 8 y 9 - yo me involucro). Esta actividad mensual tiene como fin vincular a la comunidad y familia en la red, en donde se realiza un actividad planificada por la red. Una vez realizada la actividad mensual se lleva a cabo la certificación de los usuarios que hayan completado las tres etapas y quieran ser “embajadores” (actividad 10 - yo me uno).

Junto con todo lo anterior, el “embajador” debe recordar a la persona el participar en los talleres de automanejo e ir a sus controles. Así se logra vincular las tres dimensiones del automanejo e incentivar la adherencia al tratamiento, significando a largo plazo menores descompensaciones, por lo tanto menor gasto en salud.



Diseño preliminar del servicio
Diagrama 22 - Elaboración propia

Testeo 1 propuesta preliminar

Se realizó un testeo del contenido y formato de la propuesta preliminar con seis adultos mayores de la Organización Ganas de Vivir del CESFAM San Alberto Hurtado. En esta instancia se introdujo la propuesta y se definieron roles, donde uno era el “embajador” y otro el usuario. A las tres duplas se les explicó la definición de su rol previamente a realizar la actividad.

En dos parejas el “embajador” pudo guiar la actividad y recoger la información indicada, pero a modo general se vio entorpecida la actividad debido a que se debía escribir. A algunos participantes la escritura les generó miedo y rechazo, se vieron complicados debido a que no existían líneas, sino que cajas de texto. “La líneas sirven para poder ir guiándome donde escribir, ayuda porque no veo muy bien”, dijo una participante. Por lo tanto a pesar de que lograron realizar la “actividad 1 - yo te conozco”, se les hizo complicado realizarla debido al formato.

En cuanto al contenido, en el ejercicio de idear en conjunto una actividad, se tuvo que dar ejemplos de actividades para incentivarlos, ya que en el prototipo no se daban ejemplos de lo que sería una “actividad”. Una vez que se dieron ejemplos como: “ir a caminar”, “salir a hacer ejercicio”, etc, pudieron realizar la actividad.

Dos duplas comenzaron a planear la actividad, planificando cuándo y dónde se juntarían para poder realizarla: “¿Te tinca juntarnos en la esquina San Pablo el martes?”, le comentaba el “embajador” a su participante.

Dos duplas se intercambiaron número telefónico para poder organizarse mejor y poder salir a caminar durante la próxima semana.

Hallazgos

La actividad demostró que si vinculas a dos personas mayores que no se conocen en profundidad y los haces conversar para poder compartir sus experiencias en cuanto a su enfermedad y contexto familiar, se logra generar una conexión entre ambas, para luego así planificar una actividad en conjunto.

Cumpléndose el objetivo principal de poder conectar a dos personas mayores para luego realizar una actividad en conjunto, se valida el potencial que esto tiene para considerarlo en la propuesta de este Proyecto.

A modo de re-diseño se debe buscar un nuevo formato que provoque, estimule y sugiera la realización de actividades y que ayude a guiar la ideación de actividades en conjunto, ya que sin dar ejemplos, por sí solos no logran coordinarse y buscar una actividad. Por lo tanto se debe cambiar el método de aproximación, entregando ejemplos de actividades.

Testeo 2: re-diseño de la propuesta preliminar a través del role-playing

Para el testeo del re-diseño de la propuesta preliminar se utilizó el método de juego de roles, el cual consistió en representar de manera espontánea las etapas del servicio, con el fin de poder observar de qué manera los participantes utilizan las herramientas entregadas.

En primera instancia se les entregó un rol a cada participante. Se definió a un “embajador”, un “participante”, un “doctor” y dos “vecinas”. En esta fase, a partir de los mismos participantes se llegó a la conclusión de que la palabra “embajador”, “no es un término que manejamos acá”, como dijo una de las participantes. Por lo tanto se llegó a la conclusión de que la palabra “guía” y la palabra “monitor” tienen más relación con nuestro lenguaje. Es así como se definió en conjunto el uso de la palabra “monitor”.

Una vez que se explicó el rol de cada uno, se les entregó el material correspondiente a cada rol. Al “monitor” se le entregó una guía en formato libreta y una ruleta de actividades. Al “participante” se le entregaron unas hojas para anotar las actividades propuestas elegidas en conjunto con el monitor.

Juego de rol 1

En el primer juego de roles entre el “doctor” y el “participante”, apareció lo importante que es que el “doctor” sea quien le comunique al “participante” la relevancia del “monitor” en su tratamiento.



Luis como doctor explicándole a la usuaria cómo seguirá su tratamiento - Elaboración propia

Juego de rol 2

En el segundo juego de roles, la “monitora” y el “participante” actuaron la escena “yo te conozco”. Se pudo observar que la “monitora” utilizaba la libreta guía diseñada, pero paralelamente iba escribiendo la información relevante en una libreta de su propiedad.

La “monitora” realizó el rol de manera muy profesional, en la forma de preguntar y actuar, pero su actitud era de mucha superioridad frente al “participante”. Por su parte la “participante” tomó un rol de “paciente” respondiendo

de manera automática. En base a lo observado, es importante buscar la forma de lograr que la “monitora” se contacte con el “participante” se manera empática y cercana. Utilizando para esto su propia experiencia como paciente “ejemplar”.



Monitora anotando qué actividades le gustan a la usuaria - Elaboración propia

Juego de rol 3

Para el siguiente juego de roles, se utilizó el prototipo de la ruleta y las cartas de actividades, con el fin de poder definir una actividad a realizar en conjunto para la etapa “yo te guío”. La ruleta, dependiendo del color, representaba tres tipos de actividades: físicas, sociales y cognitivas.

Al hacer girar la ruleta, ésta mostraría la actividad a realizar con la carta y color correspondiente. La monitora, utilizando la guía, le pidió a la “participante” girar la ruleta para encontrar la actividad sugerida.

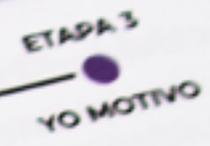
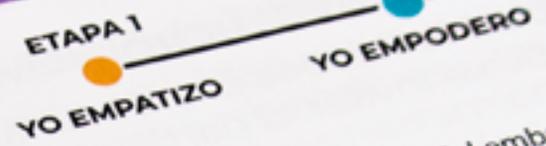
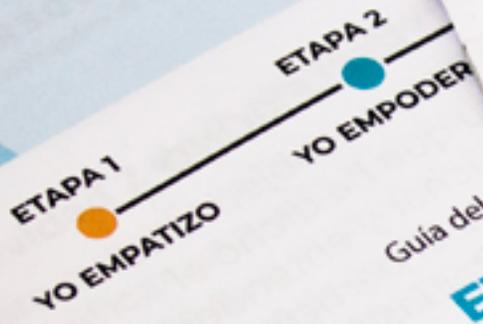
Una vez girada la ruleta apareció la actividad: “Leer un libro” y la “monitora” le preguntó si le interesaba realizar esta actividad, a lo que la “participante” no reaccionó positivamente. Frente a esto intuitivamente, la “monitora” le leyó las demás tarjetas: “¿Te gusta salir a caminar?, ¿Te gusta bailar?, ¿te gusta hacer ejercicio?”, etc. Una vez leídas todas las tarjetas, se pusieron de acuerdo qué actividad realizar y coordinaron el día y la hora para cumplirla.

A partir de este juego de roles se logra rescatar el rol activo de la “monitora” en la búsqueda de una actividad que le parezca óptima a la “participante”. Se aprecia entonces que es preferible usar las tarjetas con distintas actividades, dejando a un lado la ruleta para darle así a la “participante” más libertad de elección.



YO.EMPODERO
Red de empoderados

YO.EMPODERO
Red de empoderados



Guía del em

Guía del embajador

ETAPA 2 YO EMPATIZO

ETAPA 3 YO MOTIVO

¡Bienvenid

¡Bienvenido nuevamente!

Hoy comienzas
Tienes el interés de
sana y saludab

Hoy están reunidos pa
En esta etapa convers
dicho al participant
con las metar

Hoy están reunidos en la última etapa.
El objetivo principal es involucrar al participante en la
planificación de la sesión en comunidad.

El objetivo es que
su nuevo tratar

El objetivo prin
nuevos hábitos

Esta sesión es muy imporante ya que el participant
debe opinar y entregar ideas.

Tú lo debes motivar.

Una vez que se planifique y realice la actividad
participante recibe su certificación

¡Éxito!

Guía del monitor

Testeo 2: re-diseño de la propuesta preliminar.

Juego de rol 2.



¿Te gusta jugar?
¡Juguemos!

¿Te gusta jugar memoria?
¡Juguemos!



¡Es hora de moverse!



¿Te gusta mover el esqueleto?
Baila por 15 min
¡Se prendió!



¡Es hora de disfrutar!



¿Te gusta tejer?
Juntémonos y compartimos
nuestras últimas ideas.
¡Quiero aprender!

Ruleta de actividades
Testeo 2: re-diseño de la propuesta preliminar.
Juego de rol 3.

Juego de rol 4

En el siguiente juego de roles correspondió visitar al profesional de salud para realizar el control médico. Se observó el interés del “doctor” de saber cómo le ha ido al “participante” con el “monitor”. La “participante” respondió: “muy bien, me ha servido mucho lo que ella me ha enseñado para realizar mis ejercicios”. Luego el “doctor” le pregunta a la “participante” qué metas se fijaría para el próximo control y si se siente capaz de llevarlas a cabo.

A partir de este role-playing es importante destacar el rol del profesional, quien debe explicitar cuáles serían las metas para el próximo control y llegar a un acuerdo con la paciente. A partir de este acuerdo el “monitor” podrá motivar a la “participante” en lograr estas metas.

Juego de rol 5

En el siguiente juego de roles se actuó la etapa 2 “yo reflexiono” y “yo planifico”, entre la “monitora” y la “participante”. Se pudo observar el rol del “monitor” como interrogador, preguntándole: “¿Qué le sugirió el doctor?”, con el fin de poder saber qué actividad realizar. Respondiendo así la “participante”: “bajar el colesterol y venir para acá con usted porque me hizo muy bien”.

A pesar de que la “participante” le comunicó las metas definidas junto al profesional, la “monitora” no logró planificar una actividad a partir de eso, sino que le dijo: “¿Qué quiere hacer para cumplir sus metas?”, no guiándola efectivamente en la planificación.

El principal objetivo de esta etapa es incentivar a la “participante” a planificar una actividad que mejore su condición de salud a partir de lo acordado con el profesional y ayudada por el “monitor”. En el juego de roles esto no se logró, lo que nos enseña que es necesario que el “monitor” esté capacitado y tenga las herramientas necesarias para guiar al “participante” en el cumplimiento de sus metas.



Monitora utilizando la guía del monitor y anotando información relevante - Elaboración propia



Monitora premiando a la usuaria el logro de finalizar la Etapa 1 - Elaboración propia

Juego de rol 6

En esta etapa la “participante” invita a un tercero/a a realizar en conjunto la actividad planificada en la Etapa 2.

Una vez realizada esta actividad la “monitora” premia a la “participante”.

Se pudo observar que los “participantes” se vieron motivados a juntarse nuevamente para realizar la actividad planificada.

Hallazgos generales del testeo de la propuesta preliminar a través del roleplaying

A modo de conclusión, se logra validar la motivación por parte del “participante” en realizar actividades y el rol del “monitor” como acompañante.

Para el próximo testeo se deben diseñar nuevos protipos que logren incentivar la realización de diversas actividades que favorezcan el buen manejo de la enfermedad.

Feedback de los profesionales de la propuesta preliminar

Se realizó una reunión en conjunto con el Dr. Patricio Céspedes y la enfermera Sra. Paulina Muñoz para mostrarles los resultados del testeo de la propuesta preliminar a través del roleplaying (vista anteriormente).

En primera instancia se les explicó la propuesta preliminar (diagrama 22), su vinculación con la tres dimensiones de automanejo y sus tres etapas.

Se les explicó el objetivo de la propuesta, la cual busca potenciar a aquellos usuarios definidos como “el ejemplar”, quienes al ser responsables en el buen manejo de su enfermedad, se les da un nuevo rol dentro del CESFAM, el rol de “monitor”. Este “monitor” debe acompañar a un paciente con ECNT del programa MaCep, a través de las tres etapas y lo motiva a cumplir con las metas acordadas en la consulta en conjunto con el profesional.

Una vez expuesta la propuesta a los profesionales, se les mostró los diversos prototipos.

La enfermera, Sra. Paulina Muñoz, comentó que le hace sentido la propuesta como una actividad previa para el cuidado de la salud, porque el “monitor” ayuda a una persona en la comunidad en esta área, pero no abarca de forma integral el automanejo.

En cuanto a las actividades que se realizan entre el “participante” y el “monitor”, tanto el doctor como la enfermera, comentaron que falta un link entre lo que sucede en la dimensión física y la dimensión social, en donde no solo sea una actividad social, sino que abarque lo enseñado en relación a su enfermedad (dimension física). A pesar de que se había pensado de esa manera, no quedó explícito en las etapas de la propuesta.

Por lo tanto se debe buscar generar un vínculo entre lo que sucede en la consulta y que esto se relacione con las actividades entre el “monitor y el “participante”.

En cuanto a los prototipos, la Sra. Paulina comentó: “demasiada letra, lo que más les llamó la atención fueron las tarjetas, y escribir es mucha tarea para ellos”. Y luego agrega: “en general el material igual es bueno porque es simple, pero falta un link con el seguimiento de la atención, sigue siendo complicado hacer el nexos social con lo físico, pero igual hay que tener algún vínculo”.

La Sra. Paulina también hace énfasis en lo siguiente: “hay muchas personas que van al Programa MAS y no van a sus controles, no quiero que pase eso y se quede solo en lo social”.

El Dr. Céspedes agrega: “sería interesante entregar beneficios a través de los municipios o de instituciones privadas, que semanal o mensualmente realicen sorteos con premios”. Continúa: “por ejemplo, un pase familiar a la piscina, una cena saludable donada por un privado que le sirve de propaganda”.

En cuanto al rol del “monitor”, el Dr. Céspedes dice: “éste debe entender que su función es entregar herramientas de automanejo a través de actividades relacionadas con lo expuesto por el profesional en la consulta, por ejemplo: “¿qué reflexióna usted acerca del control pasado?”, o “hacer una actividad conjunto que tenga que ver con la evaluación del control”.

La Sra. Paulina comentó: **“el profesional siempre pregunta cosas típicas, como alimentación, actividad física, medicamentos, por lo tanto el “monitor” a partir de eso le sugiere diversas actividades para poder cumplir lo que le dice el profesional”.**

Como conclusión, se debe buscar la manera de vincular la dimensión física con la dimensión social, intencionando las actividades a partir de las indicaciones del profesional, con el fin de que no termine siendo solo actividad social, sino que se logre incentivar el ir a los controles y seguir el tratamiento.

También se comentó que hay que ver la forma de poder comunicar esto a los profesionales para que entiendan de qué se trata la Red y la importancia de derivarlos a la Red y que los pacientes pueden ingresar a ésta desde cualquier punto (desde su control a través de la derivación o desde un buzón de inscripción, no necesariamente en el control inicial).

Testeo 3: re-diseño tarjetas de actividades y carpeta de usuario

A partir de los hallazgos de la reunión con los profesionales, se realizaron nuevos ajustes a la propuesta.

Mediante el prototipado y testeo se busca definir las temáticas de las tarjetas de actividades y el rol del “monitor”, quien guía al “participante” a realizar actividades de automanejo, en base a lo que le dice el profesional en el control.

En este punto, se trata de entender de qué manera los profesionales entregan nuevas metas y desafíos al “participante”.

Para lograr lo anterior se preguntó via e-mail al Dr. Céspedes y a la enfermera Sra. Paulina: “¿cuáles son las áreas para el automanejo que más indican los profesionales?”, “¿se podrían dividir en temas, por ejemplo, alimentación, actividad física, medicamentos, automonitoreo, etc.?”.

En base a la respuesta recibida de los profesionales, se definieron seis áreas a trabajar y que el monitor podría utilizar como guía:

- 1 Alimentación
- 2 Medicamentos
- 3 Actividad física

- 4 Vinculación familiar
- 5 Consumo de sustancias
- 6 Automonitoreo

De esta manera, al tener claras las temáticas para el automanejo expuestas por el profesional en la consulta, se realizó el re-diseño de las tarjetas de actividades según áreas (ver foto inferior) y se desarrolló una plantilla que utilizaría el profesional en la consulta, definiendo así el área a trabajar.



Luis (monitor) utilizando las tarjetas de actividades - Elaboración propia

Para este tercer testeo se trabajó nuevamente con la Organización Ganas de Vivir (OGV), con el fin de poder revisar los avances de la propuesta de manera más formal y con objetivos a largo plazo. Se buscaba testear, durante tres semanas, el rol del “monitor” y el compromiso del “participante”.

En primer lugar se explicó la Red APA (Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas) a la OGV y se definieron los roles de “monitor” y “participante”, en base a la personalidad y conocimiento de las personas, donde las tres personas elegidas como “monitor” habían ya realizado la capacitación del Programa “Tomando control de mi salud” (analizado dentro del Marco Teórico), y por lo tanto tenían un conocimiento previo en el manejo de ECNT.

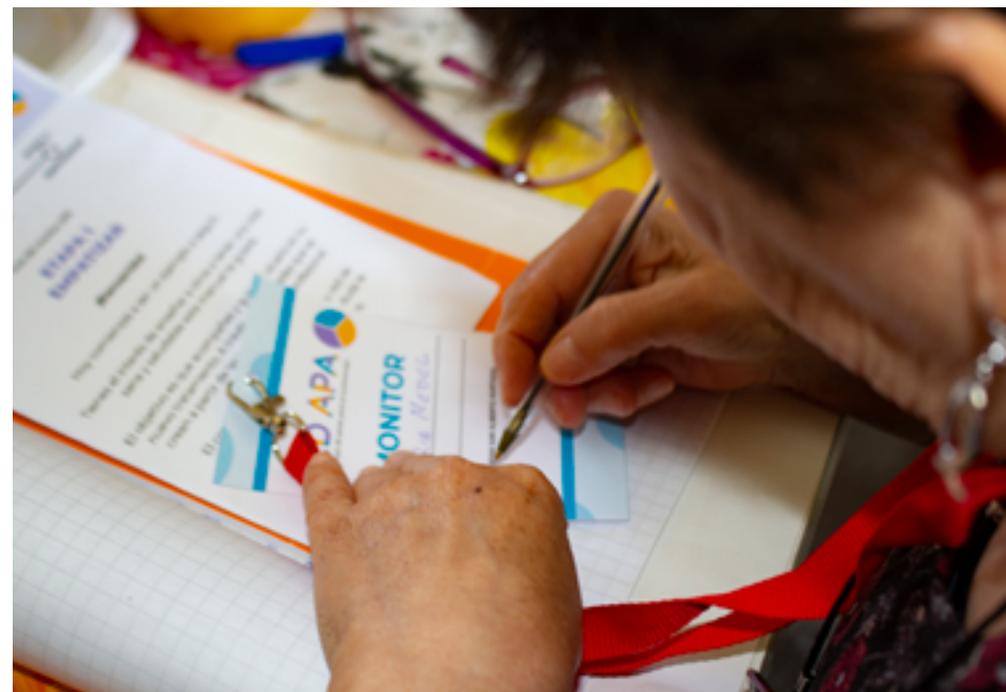
Se le explicó al grupo OGV que el rol del “monitor” es de acompañante en el tratamiento del “participante” y debe guiar a la persona en realizar las metas que se proponen en la consulta con el profesional, eligiendo una actividad a realizar a partir de las nuevas tarjetas de actividades.

Además se explicó que el compromiso del “participante” es fundamental, ya que debe realizar las metas propuestas, llevar el registro en su carpeta de avance y participar en los talleres, con el fin de cumplir sus metas.

Una vez explicados y definidos los roles de “monitor” y “participante”, se entregó a los “monitores” la Guía de Monitor APA con las tarjetas de actividades.

Al “participante” se le entregó la ficha “Me propongo”, la cual debe ser rellena en la consulta y la carpeta de usuario, donde lleva el seguimiento de las metas a realizar.

Se definieron las duplas entre “monitor” y “participante”. El monitor utilizó las tarjetas de actividades, tomando en cuenta lo acordado por el “participante” con el profesional en su último control.



Gloria (monitora) escribiendo su nombre en el identificador entregado - Elaboración propia

CATEGORÍAS



Actividad física



Automonitoreo



Medicamentos



Alimentación



Consumo de sustancias



Vinculación familiar



Actividad física



Actividad física

ME PROPONGO A

Invitar a un amigo/amiga a caminar 30min por el barrio
¡No olvides tu botella de agua!



Tarjetas de actividades del monitor
Testeo 3: re-diseño tarjetas y carpeta usuario

A continuación se muestra el trabajo de las tres duplas:

Dupla 1: Eladia y Luis

Eladia (participante) le comentó a Luis (monitor) que en su último control se propuso trabajar en su actividad física y medicamentos. Por lo tanto Luis utilizó las tarjetas de Actividad Física y Medicamentos para guiarla en qué actividad hacer. A partir de las tarjetas Eladia anotó en su carpeta: “me propongo a hacer un itinerario para poder tomarme los remedios a la misma hora”, y “me propongo salir a caminar 30 minutos tres veces a la semana”.



Luis explicándole a Eladia de qué manera lograr la meta propuesta- Elaboración propia

Dupla 2: Anita y Gloria

Anita (participante) le contó a Gloria (monitor) que en la consulta le dijeron que tenía que bajar de peso, por lo tanto se propuso trabajar en actividad Física. Gloria sacó las tarjetas de Actividad Física y se las mostró para que decidiera cuál hacer. Ana eligió: “invitar a una amiga a caminar 30 min tres veces a la semana” y lo anotó en la carpeta de usuario.



Gloria a la izquierda y Anita a la derecha. Están compartiendo el n° telefónico- Elaboración propia

Dupla 3: Isabel y Cecilia

Cecilia (monitora) guió a Isabel (participante) a trabajar Actividad Física, y la “participante” se propuso “caminar 30 minutos tres veces a la semana”.



Cecilia mostrando la actividad a realizar mientras que Isabel la anota - Elaboración propia

Hallazgos

A modo de análisis se pudo observar un mayor enfoque en salud (dimensión física de automanejo), gracias a las temáticas definidas en las tarjetas, donde los “monitores” incentivaron la realización de la actividad a partir del último control y en lo que dijo el profesional.

También se observó un mayor compromiso del “participante” al utilizar su carpeta e ir rellenándola con las metas propuestas, ya que era la “participante” quien escribía y se comprometía, y no el “monitor” (como en la propuesta preliminar).

Se pesquizó también, en el ámbito gráfico, que para el próximo testeó se debe buscar un diseño más simple, visualmente accesible para aquellas personas que no ven tamaños pequeños de letras. También el utilizar un mayor contraste, ya que la mezcla de colores dificulta la lectura, e íconos sólidos, ya que al utilizar líneas, éstas se pierden.

Testeo 4: seguimiento de duplas

El objetivo de esta instancia fue de validar la realización de las actividades planeadas por parte de los usuarios y el cumplimiento del rol del “monitor”.

Se preguntó a los “monitores” de qué manera se contactaron con los “participantes”. Gloria, “monitora” de Ana María (participante), muestra una conversación por Whatsapp con su “participante”, Ana María (ver la foto superior), y dice: “Yo con la Ana nos hablamos siempre, hasta me mandó una foto haciendo ejercicio junto a su hija”. Demostrando así que Ana logró realizar lo que se propuso y a la vez compartir la actividad junto a un familiar. Ana cuenta su experiencia diciendo: **“Gloria me indicó cuáles eran los ejercicios que hiciera. Que no me causaran molestias. Siempre nos contactamos las dos. Todo me resultó bien. Fue una buena experiencia que ayudó a mi salud”**.

Por otro lado Eladia (participante) cuenta que al ser poco tecnológica no se comunicó por whatsapp con Luis (su monitor), pero sí por teléfono. Eladia cuenta: **“Yo me pude tomar todos mis remedios a la hora y siento que adelgacé por tanto caminar”**, y muestra su carpeta donde iba marcando cada vez que salía a caminar (ver foto).



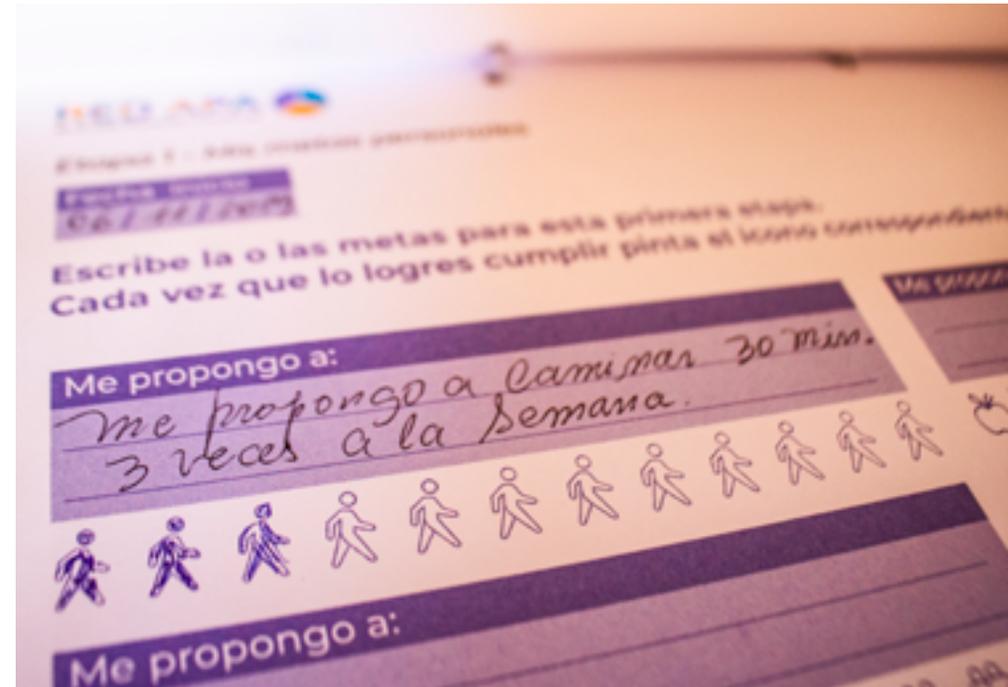
Conversación por Whatsapp entre Ana María (participante) y Gloria (monitora) - Elaboración propia

Cecilia, monitora de Isabel cuenta: **“nosotras nos juntamos y salimos a las máquinas a hacer ejercicio”**. Isabel muestra su carpeta y dice: “también salí a caminar con mi marido, fuimos al supermercado e hicimos la vuelta larga”.

Hallazgos

A través de este registro se puede afirmar que el apoyo de pares y el telecuidado es un complemento perfecto para incentivar la realización de actividades beneficiosas para la salud y entrega bienestar emocional y social. Las tres parejas se comunicaron y lograron el cumplimiento de la actividad propuesta. Se pudo observar la felicidad y orgullo por parte de los usuarios al momento de mostrar en la carpeta la cantidad de veces que realizaron la actividad, y por parte del monitor el sentimiento de realización por el apoyo entregado.

En cuanto al uso del material, se comentó la dificultad de algunos participantes de ir rellenando cada vez que se realizaba la actividad. También se corroboró que el uso de muchos colores dificulta el anotar las actividades realizadas, debido al poco contraste entre los colores morado y azul. Por lo tanto se debe diseñar una gráfica con un lenguaje más simple y un colorido de menor contraste (blanco y negro).



Carpeta de Eladia y su registro de caminatas durante una semana- Elaboración propia

Etapa 1 - Mis metas personales

Fecha inicio
6 / 11 / 2019

Escribe la o las metas para esta primera etapa.
Cada vez que lo logres cumple pinta el icono correspondiente.

Me propongo a:

Invitar a una amiga a caminar por el barrio 30 min. (llevar agua).



Me propongo a:

Hacer ejercicios y comer bien.



Me propongo a:



Firma usuario

Diana M. Galdames Fuentes

Me propongo a:



Me propongo a:



Me propongo a:



Firma monitor

Gloria...

Etapa 1
EMPATIZAR

Etapa 2
ACTIVAR

Etapa 3
COMPROMETER

A partir de lo acordado en la consulta
Marca el o los objetivos para esta tercera etapa

Fecha: 27/11/2019

¡Ahora involucra a algún familiar/amigo/vecino en la actividad!



Actividad física



Vinculación familiar



Alimentación



Automonitoreo



Medicamentos



Consumo de sustancias



Objetivo 1

Me propongo a:

Hacer una dieta saludable, para bajar de peso e consumir todos los productos alimenticios que me ayuden a mantener una vida sana.

Mi firma

Ara M. Galanes

Objetivo 2

Me propongo a:

*Hacer más ejercicio, caminar más acompañado.
Consumir más agua.*

Firma monitor

G. Jefe

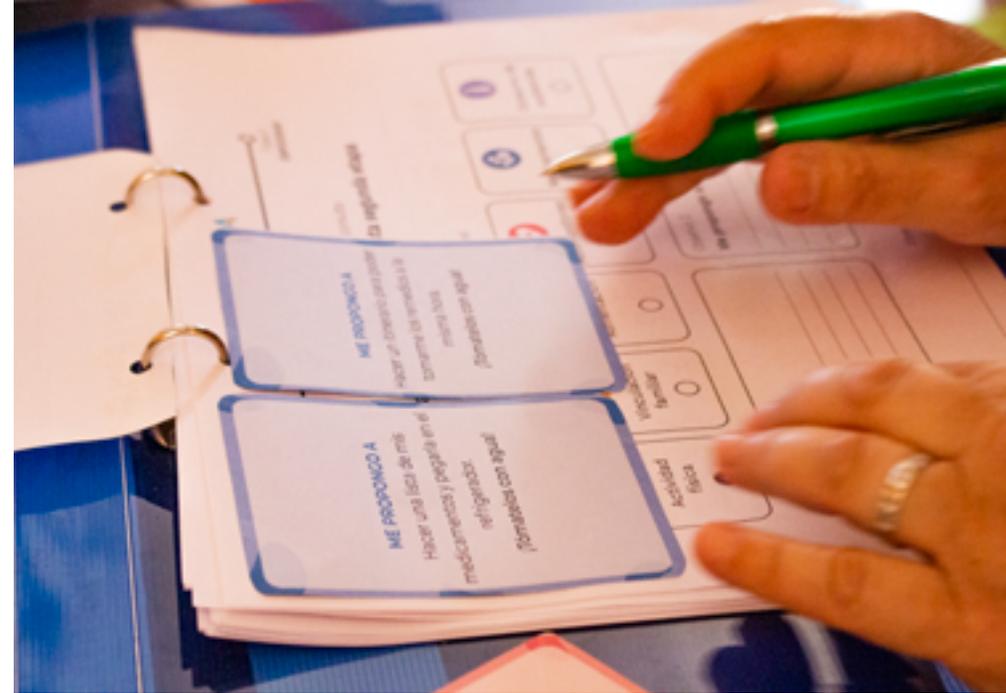
Testeo 5 : re-diseño carpeta usuario

A partir de los resultados del testeo anterior se buscaron referentes de interfaces y diagramación para personas mayores.

Se menciona la importancia de utilizar tamaño de tipografía mínima de tamaño 13 para textos, y de tamaño 16 para títulos, siendo la mejor tipografía de estilo sans serif, como Roboto, Helvetica, Arial, Futura, Avant Garde, Verdana. Debe haber un buen uso del grosor de tipografías, utilizando bold y regular según la importancia. En cuanto a los íconos es importante, al momento de utilizarlos, que sean definidos a la par con un texto. El uso del color también es importante a considerar en donde los rojos y verdes son los más difíciles de reconocer para los daltónicos, por lo tanto el uso de colores simples como blanco y negro o azul marino entregan un mayor contraste (Spire Digital, 2019).

A partir de la información levantada se realizó un re-diseño de la carpeta de usuario (foto a la derecha), en donde se simplificaron las etapas y se utilizó un lenguaje más inclusivo para las personas mayores. Se incorporó una tabla de registro de los grados de presión arterial y una tabla de registro de los índices glucémicos.

En una nueva instancia se les entregó a los participantes (duplas) este nuevo diseño. En esta etapa el objetivo fue incentivar a los participantes a comprometerse con metas más avanzadas y llevar registros de sus avances.



Rediseño carpeta usuario - Elaboración propia



Rediseño carpeta usuario - Elaboración propia

Hallazgos

Se pudo observar que algunos “participantes” se mostraron motivados a desafiarse a sí mismos: “¿entonces ahora camino 60min en vez de 30min?, ¿podría hacer la vuelta más larga al supermercado?” (participante Isabel). Pero por otro lado había participantes que querían mantener el objetivo o cambiarlo a otro.

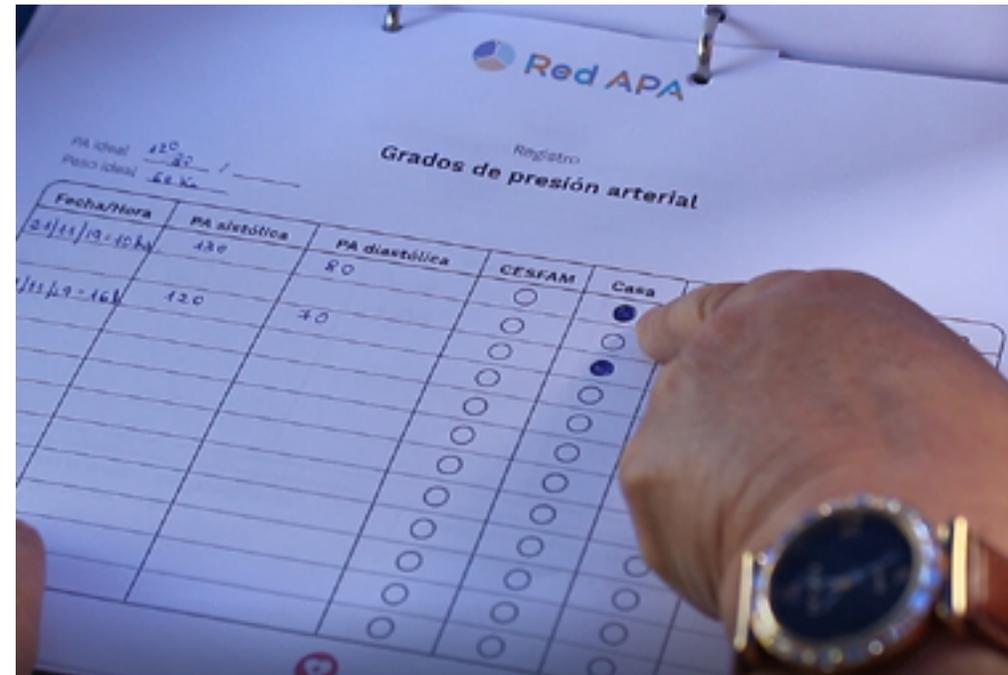
De esta manera se puede desprender que hay “participantes” con un mayor grado de motivación que otros y por lo tanto sería interesante desarrollar actividades según la motivación al cambio de los distintos participantes.

En cuanto al material, uno de los cambios principales fue utilizar los mismos iconos de las cartas en las hojas de seguimiento, lo que les hizo más fácil ir siguiendo los pasos.

En cuanto al material del “monitor”, Gloria (monitora) dijo: “necesito algo igual o parecido a lo que tiene Ana María (participante) para poder ir anotando qué metas va cumpliendo y que sea visualmente entendible”.

Por lo tanto, para algunos “monitores” es importante tener una carpeta para poder ir haciendo el seguimiento al participante, que esté pautada, para que sientan que lo están haciendo de la manera correcta.

En este punto queda claro que el “monitor” ya debería haber pasado por el rol de “participante” y por



Registro de la presión arterial de la usuaria Ana María - Elaboración propia

lo tanto ya habría tenido su carpeta y entendido el funcionamiento de ésta. Entonces se concluye que no es necesario entregarle material de seguimiento al “monitor”, sino que basta con la guía.

Testeo 6 : certificación

Se realizó una nueva reunión con las duplas y se compartieron las experiencias de las metas pasadas y se planificaron las actividades para la tercera etapa: “Empoderar”.

Se observó que una de las metas de Ana María (participante) fue el Automonitoreo. Para esto utilizó la tabla de registro de presión (ver foto página anterior), en donde se destaca una mejoría en las cifras, significando que el complemento de realizar ejercicio y anotar los cambios positivos en su carpeta ayudó al mejoramiento de su salud.

Lo anterior muestra que el registro regular, en este caso de la presión, ayuda en el seguimiento y puede ser analizado también por el “monitor” y/o los profesionales.

En la foto a la derecha se ve la dupla de Gloria (monitor) y Ana María (usuaria) muy felices de comenzar la última etapa.

Lamentablemente no se pudo planificar la actividad final que tiene como objetivo desarrollar un encuentro familiar para la comunidad, ya que era la última actividad del año. Pero sí se realizó un cierre del año en donde se observaron los avances de la última etapa y se entregaron certificados por participar en el proyecto y por el cumplimiento de las metas y objetivos.



Ana María y Gloria, dupla de usuaria y monitora - Elaboración propia

Hallazgos

En esta tercera etapa se observa una mayor cercanía entre los participantes de la OGV, hay una mayor participación los miembros del grupo, donde se observa que quieren compartir sus experiencias. Además se destaca un empoderamiento por parte de los “participantes”, ya que de manera autónoma se proponen nuevos desafíos, consultándole al monitor qué actividad sería bueno realizar, sin usar las tarjetas. Esto muestra que hay una mayor seguridad en la toma de decisiones y un aumento en la autoestima de los participantes.

Se realizó una ceremonia de certificación, donde algunos participantes comentaban: “a mi me gustaría llegar a ser monitor, pero siento que me falta informarme más”, Y una monitora (Gloria), agrega: “esto debería ir de la mano con un tipo de capacitación, así la gente llega más preparada”.

Por lo tanto se puede observar la motivación de los participantes en querer ayudar a otros y la importancia de entregarles más herramientas para que se sientan más capaces y seguros en ayudar a otros.

Resumiendo, se concluye que sería bueno realizar un re-diseño de las tarjetas de actividades. Además buscar la forma de que las tarjetas tengan distintos grados de dificultad, según la motivación al cambio. Para llevar a cabo lo recién expuesto, se organizó una reunión con profesionales expertos.



En conjunto con el grupo de personas de la Organización Ganas de Vivir- Elaboración propia

7.2

Testeo e iteraciones / **Validación**

1. Validación con expertos

Una vez testada e iterada la propuesta en terreno, se realizó una validación con expertos. Para esto se organizó una reunión con el Dr. Patricio Céspedes y la enfermera Sra. Paulina Muñoz, con el fin de poder obtener feedback y así realizar los ajustes finales.

Junto al Dr. Céspedes y a la Sra. Muñoz, se validó el potencial que tiene el proyecto, comentando esta última: “se ve mucho más unificado el material”, y “es increíble que hayas logrado que anotaran en su carpeta los avances”.

Luego de presentarle los avances a los profesionales mencionados anteriormente, se realizó con ellos una instancia de co-creación con el objetivo de idear nuevas actividades para las tarjetas (foto superior).



Paulina y Patricio ideando actividades para las tarjetas de actividades - Elaboración propia

Se agregaron dos áreas a las seis ya definidas: actividades cognitivas y actividades de bienestar, ya que “es importante que las personas hagan otro tipo de actividades para despejarse y así balancear las actividades enfocadas en la enfermedad” (Dr. Céspedes).

Fue así como se idearon más actividades y se definieron dos niveles: nivel 1 en donde existan actividades básicas y nivel 2 en donde se le agrega dificultad a la actividad.

Esta fue una instancia muy enriquecedora, en donde se logró definir las actividades y el potencial de la Red APA.

Al cierre de la reunión, la Sra. Muñoz pidió el material mostrado con el objetivo de realizar una presentación formal a todo su equipo y ver la posibilidad de realizar una implementación piloto del Proyecto. Esto significa una muy buena noticia, por lo que es importante planificar un plan piloto de implementación del servicio.

Temáticas definidas en conjunto con los profesionales para las tarjetas de actividades:

- 1 Alimentación
- 2 Medicamentos
- 3 Actividad física
- 4 Vinculación familiar
- 5 Consumo de sustancias
- 6 Automonitoreo
- 7 Bienestar
- 8 Actividades cognitivas

2. Validación con participantes de la Mesa Territorial del Adulto Mayor

Con el fin de mostrar los avances de la propuesta se participó en la mesa territorial del Adulto Mayor. En esta instancia participaron los profesionales de CESFAM SAH (enfermera Sra. Marjorie Ramírez, encargada del programa adulto mayor, la Dra. Rosario Fuenzalida y la nutricionista) y personas mayores que se encontraban presentes.

Una vez expuesta la propuesta, los asistentes comentaron que ésta va muy de la mano con la problemática actual relativa a la participación de adultos mayores en la mesa territorial y en otras actividades del CESFAM, en donde no hay roles definidos o personas que se hagan cargo de llamar a otros e incentivarlos a participar. Además se observa una falta de vínculos y apoyo de pares entre los mismos usuarios.

La enfermera, Sra. Marjorie, comentó que: “sería muy bueno para disminuir la carga del profesional, poder tener al monitor dentro del equipo de doctor, nutricionista y enfermera en el cuidado de las ECNT” (dentro del equipo se refiere dentro del Programa MaCep).

La Dra. Fuenzalida al revisar las tarjetas de actividades comentó que podría ayudar con nuevas ideas al desarrollo de actividades.

Etapa 1
EMPATIZAR

Fecha: 20-11-2018

Marca el o los objetivos para esta tercera etapa

Etapa 2
ACTIVAR

A partir de lo acordado en la consulta

Actividad física

Vinculación familiar

Alimentación

Automonitoreo

Medicamentos

Propongo a: actividad física

Objetivo 2
Me propongo a:

Propuesta

08

“Promover la práctica de automanejo en usuarios de atención primaria con enfermedades crónicas mediante un enfoque biopsicosocial y apoyo de pares, permitiéndole al usuario ser un agente activo en el cuidado de su enfermedad.”

Objetivo Red APA

8.1

Propuesta / **Atributos y Referentes**

Artributos

A partir del nuevo modelo y sus tres dimensiones de automanejo se ejemplifica de qué manera poder hacer este cambio de enfoque a partir del usuario con ECNT. La propuesta incorpora los siguientes atributos que van de la mano con las tres dimensiones del automanejo:

1. Rigurosidad - dimensión física

La propuesta busca que los usuarios puedan llevar un registro riguroso del seguimiento de su enfermedad, logrando así un material de continuidad, breve, explicativo, portable, atractivo en su gráfica, fácil de comprender y utilizar.

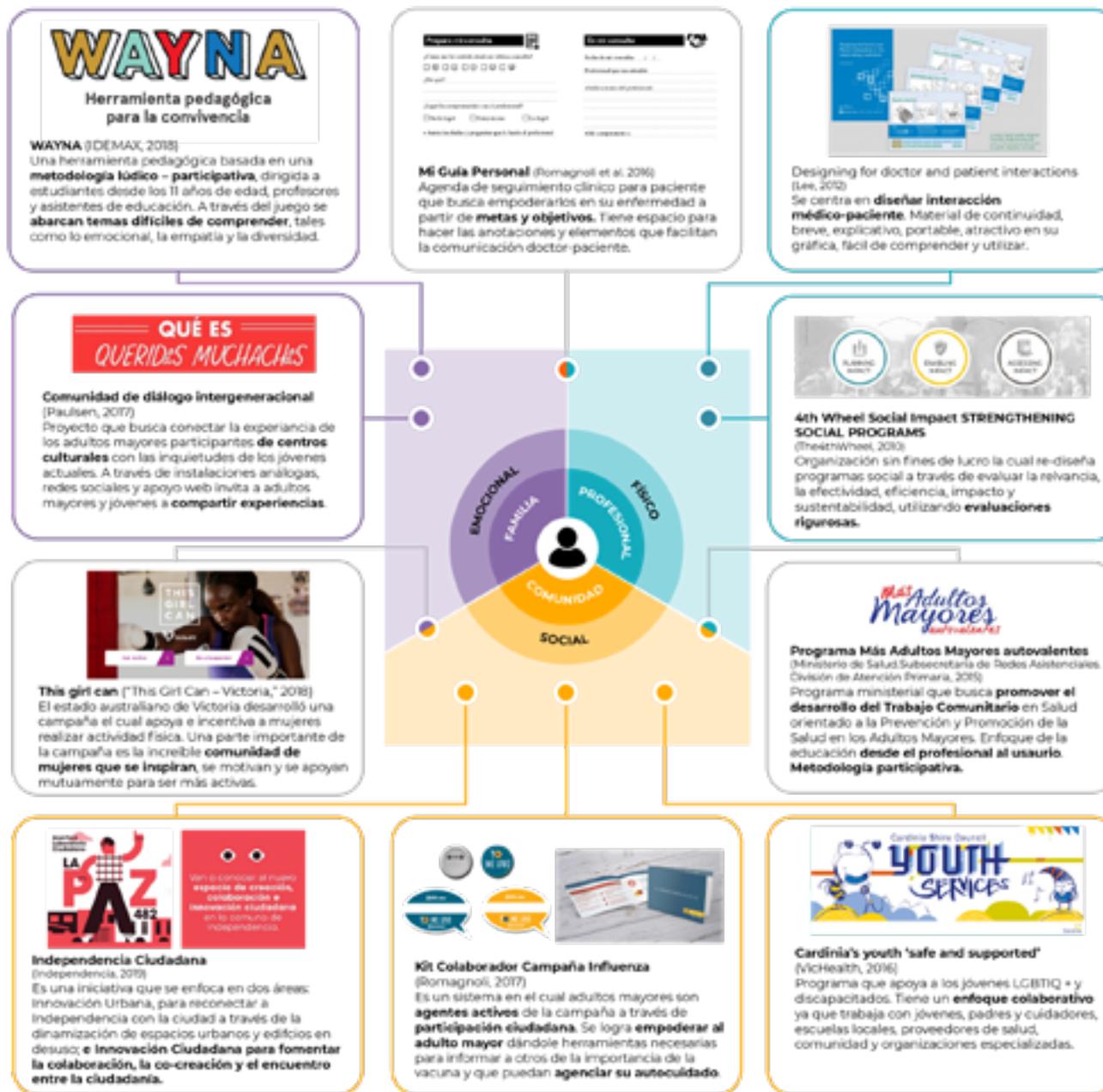
2. Participativo y colaborativo - dimensión social

Desde un principio se trabajó de manera colaborativa en conjunto con los usuarios, por lo que se busca que ese espíritu se mantenga a lo largo del seguimiento del tratamiento, en donde el usuario se sienta escuchado, con el fin de que sea una experiencia colaborativa entre los actores del sistema.

3. Conector y empoderador- dimensión emocional

Se busca que a través de la propuesta se generen lazos entre las personas con el fin de que sea sostenible el tratamiento en el tiempo. Esto se lograría a partir de entregar las herramientas necesarias para que los diversos actores construyan la Red APA.

Los siguientes referentes (diagrama 23) buscan alimentar las decisiones que se pretende abarcar en la Propuesta.



Referentes

Diagrama 23 - Elaboración propia

8.2

Propuesta / **Red APA**



La Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas es una estrategia integral de automanejo enfocada en usuarios con enfermedades crónicas. Su función se basa en el apoyo de pares, la cual establece una conexión entre dos personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad crónica.

La Red APA busca ser un apoyo para disminuir la sobrecarga del profesional, a través de un monitor de la Red, que de manera voluntaria tiene el rol de activar a la persona entre los periodos de tiempo que hay entre cada

control médico, incentivándola a través de actividades a generar adherencia al tratamiento, aumentar la participación en talleres, cumplir con las metas y objetivos que indica el profesional.

La Red APA busca promover la participación de la familia, comunidad y profesionales de la salud, permitiendo empoderar al usuario en el buen manejo de su enfermedad. Se busca poder hacer crecer esta red con el fin de conectar a todas las personas con ECNT de los diversos CESFAM del país, contribuyendo así a un Chile más sano.



Modelo de Apoyo de Pares para el Automanejo de ECNT
Diagrama 24 - Elaboración propia

Relación y contexto

Uno de los principales desafíos de este Proyecto fue integrar la multidimensionalidad del automanejo y lograr vincular a los diferentes actores que coexisten. En el diagrama 24 se puede ver los actores involucrados en la propuesta y el contexto de su vinculación, utilizando como base las tres dimensiones del automanejo.

Rol de los profesionales

Dentro de la dimensión física está el profesional (diagrama 24) quien en el CESFAM está encargado de educar y entregar herramientas de automanejo a los usuarios con ECNT. Es en los talleres donde se capacita a los usuarios en alimentación, toma de medicamentos y automonitoreo. Por otro lado es en la consulta donde se crea un acuerdo entre el profesional y el usuario en qué área quiere mejorar, con el fin de poder aprender junto a su monitor a controlar mejor su enfermedad y crear hábitos saludables.

Dentro de la Red debiera haber un profesional encargado de vincular a los usuarios nuevos con los monitores de la Red, y a organizar reuniones mensuales entre los monitores para poder ir comentando los avances de su usuario a cargo (Blueprint del servicio).

Rol del monitor

El monitor es seleccionado por los profesionales debido al cumplimiento y compromiso durante su tratamiento (Diagrama 19 Perfiles de usuarios el "ejemplar"). Esta persona con ECNT ha logrado mantener su salud estable y ha tenido logros positivos en el manejo de su enfermedad, se destaca por su interés en aprender y poder enseñar a otros. Debido a esto es invitado a una capacitación y se involucra de manera voluntaria a la Red. En esta instancia se entregan herramientas no solo de automanejo de ECNT. sino que también de liderazgo y de comunicación efectiva, con el fin de que estas personas sean referentes en sus consultorios.

Se busca generar lazos entre los monitores con el fin de asegurar una mayor sostenibilidad del programa a través de reuniones mensuales con los profesionales (Blueprint del servicio).

Estos monitores, al estar en la dimensión social, su función no es tan solo ser un apoyo en el cumplimiento del tratamiento del usuario, sino que además, ser un apoyo de amistad, con el fin de poder generar conexión recíproca y poder entregarse apoyo mutuo entre monitor y participante.

Rol de la familia

La Red APA busca involucrar a la familia con el fin de entregar apoyo emocional. El rol de la familia es crucial al momento de ser diagnosticado con alguna enfermedad, en especial crónica, ya que es para toda la vida. Esto significa que para la persona con ECNT, el tener que cambiar hábitos y hacerlo solo es muy difícil.

Es por esto que dentro de las tarjetas de actividades, existe “vinculación familiar” y también en las otras tarjetas se busca involucrar a la familia (puntos de contacto - tarjetas).

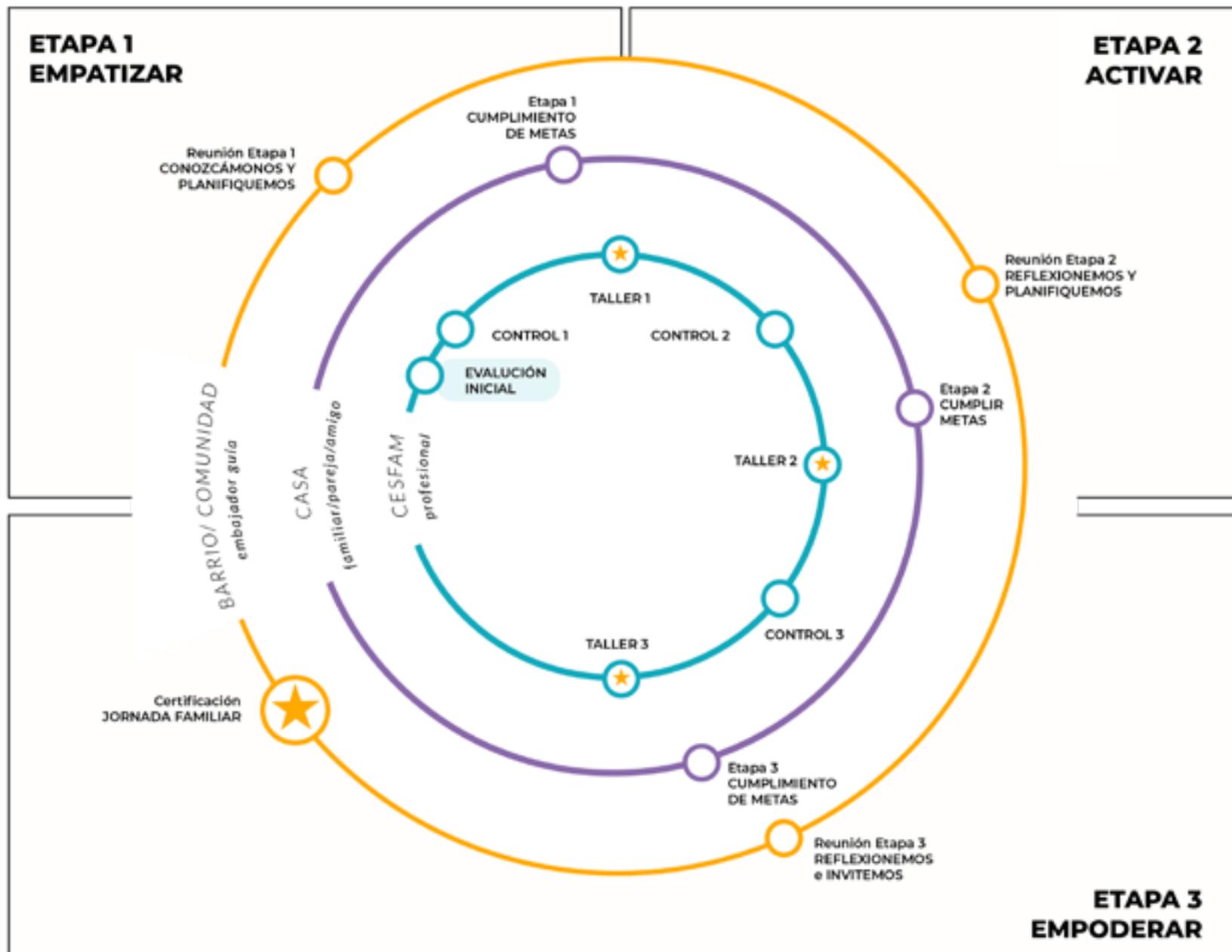
Rol del participante

El participante es el eje central de la Red APA. Se busca involucrarlo de manera positiva para que sea consciente que debe hacer cambios en su estilo de vida, con el fin de mantener compensada su enfermedad. Se busca a través del apoyo del monitor incentivar a la persona en asistir a

sus controles, participar en los talleres y cumplir con las metas que se propone, como asimismo llegar a ser “monitor”.

Se puede observar en el diagrama 25, en comparación con la propuesta preliminar, diagrama 22, que hay una disminución de actividades y la incorporación de un tercer taller. Esto es debido a que dentro de la validación realizada junto con los profesionales, se definieron solo tres instancias de reunión en conjunto con el monitor y se remplazaron las otras reuniones por llamadas telefónicas, ya que juntarse en más oportunidades resultaba una sobrecarga para los participantes.

Se incorpora, a petición de los profesionales, la asistencia a un tercer taller.



Etapas de la propuesta final del servicio
Diagrama 25 - Elaboración propia

Puntos de contacto

A continuación se detallan los diferentes puntos de contacto (materiales desarrollados para el funcionamiento de la Red APA).

Se tomó la decisión de ir desarrollando aquellos materiales que apoyan el funcionamiento de la Red, debido a su importancia dentro del Proyecto. Están también los materiales de segunda categoría, que no fueron considerados claves para los testeos e iteraciones. Se busca incorporarlos a futuro en la etapa de pilotaje.

Puntos de contacto claves

Kit del monitor

Este kit se entrega al monitor una vez que realiza la capacitación. Se compone de un identificador (donde va su nombre), el cual valida el rol del monitor. Un cuaderno guía en cuyo interior están explicitadas las tres etapas, un dado y las tarjetas de actividades.

El cuaderno guía busca entregar de manera resumida lo explicado en la capacitación, enfocándose en la forma de comunicarse con el usuario, para poder ir guiándolo en cada etapa.

El dado se utiliza en la primera etapa de “Empatizar”, donde se busca romper el hielo a partir de preguntas generales.

Las tarjetas de actividades se basan en las temáticas centrales que se conversan en la consulta entre el

profesional y el usuario. Hay tarjetas de automonitoreo, medicamentos, actividad física, vinculación familiar, consumo de sustancias, bienestar, alimentación y actividades cognitivas. El monitor las utiliza para guiar al usuario e incentivarlo a proponerse un nuevo objetivo. Estas tarjetas entregan actividades gatillantes que incentivan al usuario a incorporar nuevos hábitos saludables en su vida diaria, con el fin de que la persona se empodere y logre aprender a hacerlo a futuro de manera autónoma.



Guía del monitor

Definición de las tres etapas y hojas para anotar.



Credencial del monitor
Identificador dentro del CESFAM.



Bolso

Para transportar los materiales.



Dado

Para romper el hielo en la etapa empatizar.



Tarjetas de actividades

Ocho mazos a partir de las ocho áreas de actividades a trabajar.



Kit monitor
Diseño final de la propuesta

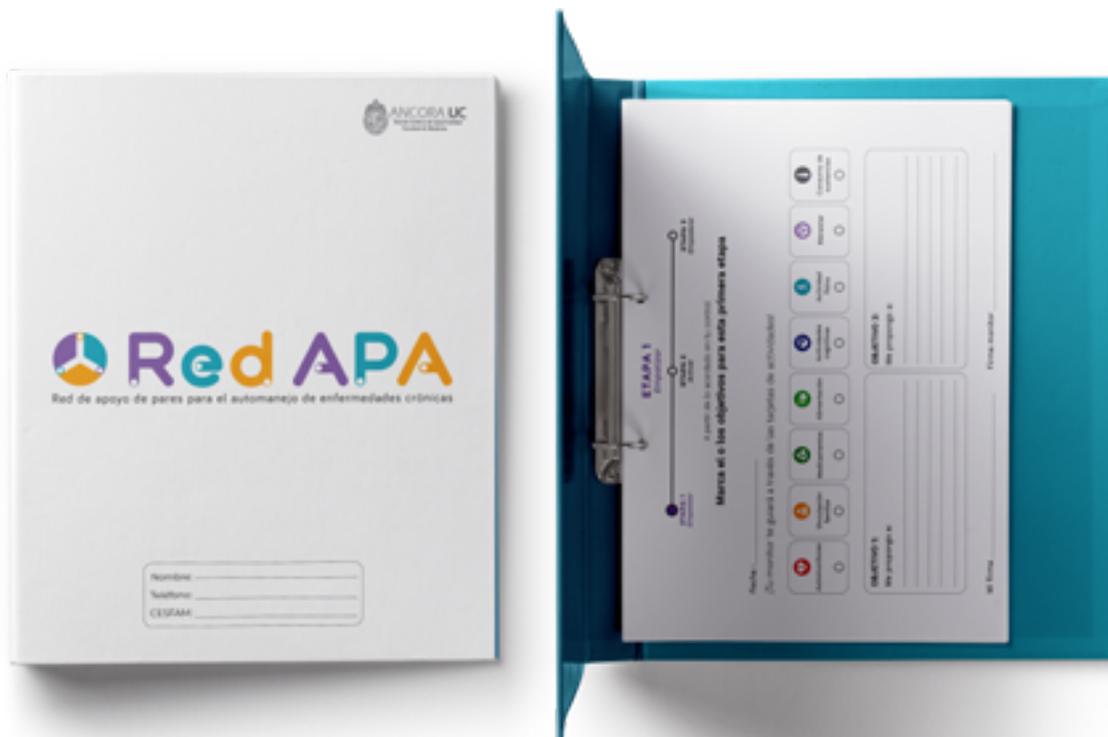
Carpeta de Usuario

Este material es esencial ya que acompaña al usuario a lo largo de las tres etapas. Está organizado para incentivar el seguimiento del tratamiento, ya que visualiza las etapas y actividades a realizar, incorpora hojas de seguimiento de las actividades propuestas, donde se planifica y se reflexiona a partir de lo indicado por el profesional en la consulta. También incorpora hojas para el uso en los talleres, donde el usuario puede anotar lo aprendido, las dudas a plantear a su profesional y metas a realizar. Incluye además hojas de automonitoreo para llevar registro de la presión arterial y los índices glucémicos.



Bolso

Para transportar los materiales.



Carpeta

Para el seguimiento de las etapas.



Carpeta de usuario
Diseño final de la propuesta

ETAPA 1
Empatizar

ETAPA 1
Empatizar

ETAPA 2
Activar

ETAPA 3
Empoderar

A partir de lo acordado en tu control
Marca el o los objetivos para esta primera etapa

Fecha:

Tu monitor te guiará a través de las tarjetas de actividades!



Automonitoreo



Vinculación familiar



Medicamentos



Alimentación



Actividades cognitivas



Actividad física



Bienestar



Consumo de sustancias

OBJETIVO 1:
Me propongo a:

Me propongo a:

Mi firma _____

OBJETIVO 2:
Me propongo a:

Me propongo a:

Firma monitor _____

Activar

Empoderar

Planilla actividades

Este material es utilizado en la consulta entre el profesional y el usuario. Busca dejar claro cuál área se trabajará junto al monitor. Una vez que el profesional y el usuario definen el o las áreas a trabajar, se le entrega al usuario, generando con esto un vínculo entre el profesional del CESFAM y el usuario de la Red APA.

Las ocho áreas definidas son las mencionadas anteriormente en las etapas de validación y se muestran en el siguiente recuadro:



Zoom áreas a trabajar

Las tarjetas de actividades se basan en estas ocho áreas.

Red APA **ANCORA UC**
Red de Centros de Salud Familiar
Facultad de Medicina

Control N° _____

Con el fin de poder ir avanzando en mi tratamiento me gustaría trabajar en conjunto con mi monitor la siguiente área:

 Actividad física <input checked="" type="checkbox"/>	 Vinculación familiar <input type="checkbox"/>	 Alimentación <input checked="" type="checkbox"/>	 Bienestar <input type="checkbox"/>
 Automonitoreo <input type="checkbox"/>	 Medicamentos <input type="checkbox"/>	 Consumo de sustancias <input type="checkbox"/>	 Ejercicios Cognitivos <input type="checkbox"/>

Fecha _____ Firma usuario _____

Firma profesional _____

Talonario

Utilizado entre el usuario y el profesional en la consulta.

Control N° _____ Fecha _____
Con el fin de poder ir avanzando en mi
tratamiento me gustaría trabajar en
conjunto con mi monitor la siguiente área:

 Automonitoreo <input type="radio"/>	 Medicamentos <input type="radio"/>	 Actividad física <input type="radio"/>	 Bienestar <input type="radio"/>
 Vinculación familiar <input type="radio"/>	 Alimentación <input type="radio"/>	 Actividades cognitivas <input type="radio"/>	 Consumo de sustancias <input type="radio"/>

Máximo dos áreas que se definen en la consulta.

Observaciones

Firma usuario _____

Firma profesional _____

Roles de segunda categoría

Profesional coordinador de la Red APA

Es el encargado del funcionamiento de la Red APA. Realiza el trabajo de difusión, coordinación y capacitación durante el pre-servicio para la implementación del Programa. Ayuda en la organización de conectar a los monitores con usuarios que ingresan a la Red. Luego, durante el funcionamiento de la Red, trabaja junto a los monitores realizando reuniones mensuales con el fin de medir el avance de cada usuario.

Durante la etapa de “Empoderar” se coordina con los monitores para participar en la Jornada Familiar de la Red APA y realizar la Certificación a aquellos usuarios que, una vez finalizadas las tres etapas y cumplidos con los objetivos, quieran involucrarse a la Red y ser monitores.

Monitor coordinador de la Red APA

Son aquellos que coordinan el funcionamiento de la Red y están en constante comunicación con el Profesional coordinador. Es quien organiza la Jornada Familiar Red APA y está encargado en la entrega de materiales.

Puntos de contacto

Invitación

Invitación diseñada para ser entregada por los profesionales a los usuarios dentro de la consulta. En ésta se explica el funcionamiento de la Red APA. Tiene como fin poder difundir la Red a los usuarios con ECNT para que se inscriban y puedan ser guiados en su tratamiento. Se deja en el buzón de inscripción.

Buzón de inscripción

Situado en las salas de espera para que los usuarios introduzcan la invitación entregada en la consulta, colocando su nombre y sus datos para que luego sean contactados por el monitor coordinador de la Red.

Certificado

Certificado entregado a los usuarios que realizan las tres etapas de manera completa, con el objetivo de validar su compromiso y el cumplimiento de todas las actividades realizadas. Este Certificado debe estar firmado por el profesional coordinador de la Red y por el monitor a cargo.

Blueprint

¿Qué es un Blueprint?

Para explicar cómo funciona un servicio, el diseño de servicios utiliza la herramienta Service Blueprint.

El Service Blueprint se lee igual que una partitura musical. En un mismo tramo hay varias acciones y eventos que ocurren al mismo tiempo continuando en una secuencia lógica. Permite identificar los diversos actores, sus tareas correspondientes y las interacciones entre éstos mediante los puntos de contacto.

En otras palabras, un Service Blueprint es un diagrama visual que muestra cómo los procesos y sus componentes están vinculados entre sí.

Puntos de contacto de cada actor:

Profesional MaCep



Lista usuarios con ECNT



Invitación Red APA



Planilla de metas y objetivos

Monitor Red APA



Cuaderno Guía



Tarjetas de actividades



Dado "conozcámonos"

Usuario ECNT Red APA



Carnet usuario ECNT



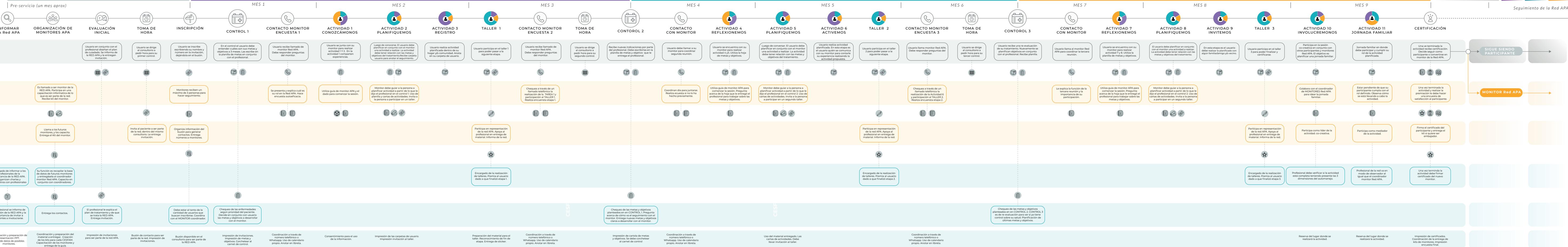
Carpeta usuario ECNT

INFORMAR

ETAPA 1 EMPATIZAR

ETAPA 2 ACTIVAR

ETAPA 3 EMPODERAR



Identidad gráfica



Colores de las tres dimensiones
y etapas del servicio



El nombre de la Red APA es un acrónimo conformado por las palabras Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas. El cual se compone de los tres colores que conforman las tres dimensiones del automanejo y sus etapas correspondientes: Empatizar - Activar - Empoderar.

La elección de los colores se basó en los conceptos expuestos en el libro “Psicología del color” (Heller, E., & Mielke, J. C. ,2004), poniéndose más abajo entre comillas (“”), citas del texto mencionado.

Se utilizó el color violeta para la “Dimensión emocional” y para la etapa “Empatizar”, debido a que uno de sus significados es de ser un “color mixto de sentimientos ambivalentes”, donde ambivalente significa “estado de ánimo en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos”.

El color celeste fue elegido para la “Dimensión física”, ya que según lo expuesto en el libro citado anteriormente, este color muestra un 32% de relación con lo deportivo.

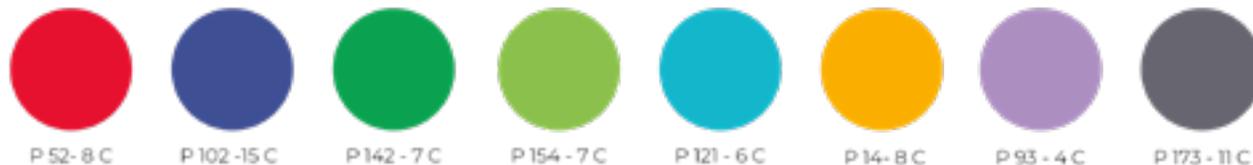
Se utilizó también en las tarjetas de “Actividad física” y en la etapa de “Activar”.

El color azul se utilizó en las tarjetas de “Actividades cognitivas”, por ser “el color de las cualidades intelectuales y masculinas”.

El color naranja fue elegido para la “Dimensión social”, debido a que es “el color de la diversión y la sociabilidad”. Por esta misma razón se utilizó este color naranja para las tarjetas de “Vinculación familiar”.

Para las tarjetas restantes se utilizaron otros colores: para las tarjetas de “Alimentación” y “Medicamentos”, se utilizaron dos tonos de verde, ya que “es el color de la vida y la salud. Se utilizó el color rojo para las tarjetas de “Automonitoreo”, ya que “es el color de la sangre y de la vida”. Y el color gris, para las tarjetas de “Consumo de sustancias”, ya que “es el color de la crueldad y de todos los sentimientos sombríos”.

Colores de las tarjetas de actividades





Implementación

09

“El Modelo Radar permite considerar de mejor forma el carácter sistémico del servicio, la contribución de los distintos actores a la co-creación de valor y la reciprocidad de las interacciones”

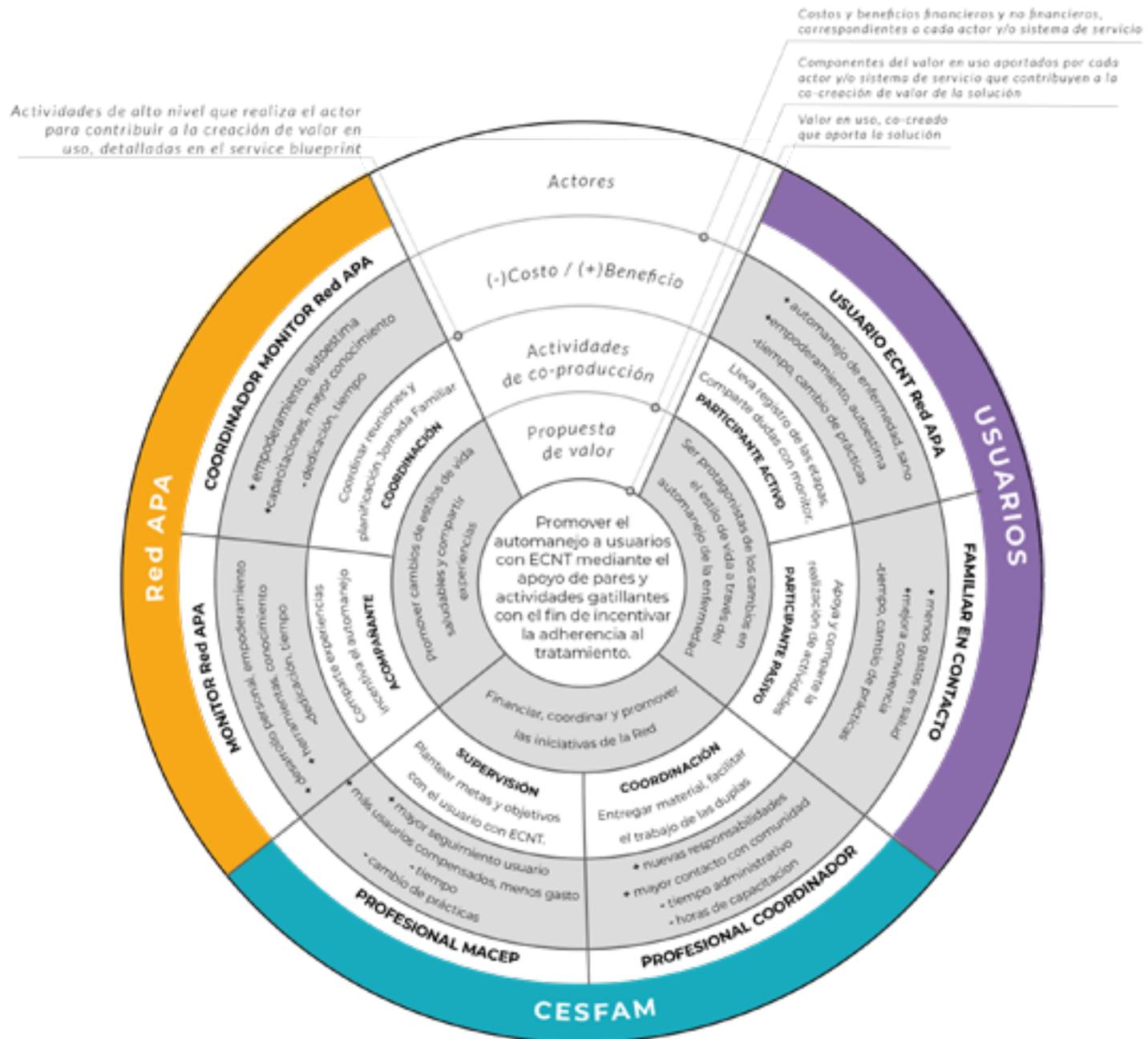
Service Dominant Business Model Radar
(Turetken & Grefen, 2017)

9.1

Implementación / *Modelo de Negocios*

Modelo de negocios

Para la realización del modelo de negocios se utilizó el Modelo Radar desarrollado por Turetken y Grefen (2017), el cual “permite considerar de mejor forma el carácter sistémico del servicio, la contribución de los distintos actores a la co-creación de valor y la reciprocidad de las interacciones”, el cual está organizado en círculos concéntricos. El elemento central corresponde a la propuesta de valor en uso y co-creada. En el diagrama 26 se puede observar que a medida que uno se aleja del centro, los elementos del modelo de negocios explican la forma en que la propuesta de valor es co-creada por los distintos actores que participan de la Red APA. Las actividades de coproducción se detallan en el Blueprint visto anteriormente.



Modelo de negocios
Diagrama 26 - Elaboración propia a partir de (Turkenten & Grefen, 2017)

Estrategia de implementación

El Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ha dado la posibilidad de realizar un plan piloto de la Red APA durante el primer semestre del año 2020, debido al alcance que tiene el Proyecto. Es por esto que se ha desarrollado un plan piloto, el cual busca sistematizar la implementación del servicio en tres etapas.

La primera etapa de pilotaje (diagrama 27) buscaría informar acerca de la Red a profesionales del programa MaCep (CESFAM por definir). En esta etapa se definiría el Profesional Coordinador de la Red APA, quien estaría a cargo de informar y capacitar a futuros monitores de la Red. Una vez capacitados se realizaría la coordinación de las duplas para comenzar la implementación del servicio.

Se buscaría en este pilotaje evaluar la autoeficacia de los “participantes”, al inicio de la etapa “Empatizar y al final de la etapa “Empoderar”, con el fin de tener registro de indicadores de avance en el automanejo de la enfermedad.

Además se debería recopilar información relevante dentro del pilotaje para realizar un re-diseño del servicio y ajustes pertinentes.

En la segunda etapa de pilotaje se capacitaría a los nuevos monitores. En un inicio se buscaría comenzar con 20 monitores y 20 usuarios, para que de esos 20 usuarios 12 quisieran ser monitores.

Para la tercera etapa de pilotaje se trataría de extender la cobertura de la Red APA a otros consultorios, invitando a los monitores más capacitados a un nuevo consultorio a informar acerca de la Red y su funcionamiento.

Así de esta forma la Red APA se iría expandiendo y retroalimentándose.

Costos de los materiales

El servicio de la Red APA para lograr implementarse de la manera correcta, necesita la materialización de los puntos de contacto. Como se mencionó anteriormente, existen materiales para el monitor y para el usuario. Es por esto que se realizó una cotización de los materiales con el fin de detallar los costos de cada uno.

En la siguiente tabla se detalla cada uno:

Material	Detalle	Valor unitario	Valor 100 unidades
Kit monitor			
Credencial	- Couche 300grs. tiro y retiro	Valor unitario: \$1.200	\$120.000
Tarjetas Credencial	- Couche 300grs. tiro y retiro	Valor unitario: \$300	\$30.000
Cuaderno Guia	- Tapa dura, anillado, 90 hojas con líneas. - Couche 300grs. 7 hojas tiro y retiro color. - Couche 300grs. 3 separadores a color solo tiro.	Valor unitario: \$15.000	\$1.500.000
Tarjetas de actividades	- 40 cartas tiro y retiro. 16 cartas solo tiro. - Couche 300grs. Tiro y retiro. 15 x 5,5 cm. - Termolaminado, puntas redondeadas, unión metálica	Valor unitario: \$5.800	\$580.000
Dado de madera	- Cubo de madera de pino de exportación - 7,5 x 7,5 cm. Lijados y pulidos - Stickers	Valor unitario: \$15.000	\$1.500.000
Stickers	- Adhesivo brillante, troquelados	Valor unitario: \$400	\$40.000
Carpeta Usuario			
Carpeta tipo archivador	- Carpeta tamaño carta - Bolsillo interior - Sticker exterior	Valor unitario: \$1.750	Valor uni: \$1.500 Valor 100 \$150.000
Hojas carta	- 31 hojas cartas a color solo tiro - 5 hojas 300grs separadores color solo tiro.	Valor unitario: \$8.000	\$800.000
Bolsas Crea			
Bolsa materiales	- Bolsa de tela 40 x 40 cm. - Sublimación logo	-\$ 1.250 Valor unitario: - \$ 2.500 \$3.750	-\$ 1.000 Valor uni: Valor 100 - \$ 2.000 \$3.000 \$300.000
Bolsa tarjetas	- Bolsa de tela 12 x 19 cm. - Sublimación logo	- \$ 800 Valor unitario: - \$ 1.000 \$1.800	- \$ 600 Valor uni: Valor 100 - \$ 800 \$1.400 \$140.000

Proyecciones

En cuanto a las proyecciones del Proyecto, éstas se encontrarían relacionadas a la estrategia de transferencia de la Red APA (diagrama 26), donde se debería nuevamente observar los talleres de automanejo, con el fin de poder alinearlos a la Red APA.

Luego en la etapa de Piloto 2, se buscaría implementar los cambios observados en los talleres con el fin de diseñar e iterar nuevas propuestas para éstos.

Por ejemplo, se podría incorporar un monitor de la Red APA encargado de participar en las sesiones para vincular de esta manera los talleres a la Red.

Para el desarrollo completo de la Red APA quedaría pendiente en la Etapa “Empoderar” la Jornada Familiar (blueprint). Esta instancia es esencial para el cierre de las actividades de los “participantes”, ya que éstos se certificarían y optarían por ser “monitor”. Para esta instancia sería interesante buscar fondos de la Municipalidad con el fin de entregar premios a aquellos usuarios que hayan logrado el cumplimiento de las tres etapas.

Finalmente se está viendo la posibilidad de postular al FONIS, Fondo de Innovación en Salud, con el fin de tener fondos para la futura implementación del Proyecto. En la reunión final de validación del Proyecto, junto a expertos del Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se les explicó a los

participantes la necesidad de conformar un equipo para postular al FONIS, lo que tuvo una amplia acogida por parte de éstos.

De esta manera, a través de la investigación vía FONIS, se lograría el desarrollo de material específico para el levantamiento de indicadores, y así obtener resultados cuantitativos del funcionamiento de la RED APA.

9.2

Conclusión / **Conclusión**

Conclusiones

La Red APA surge a partir de la iniciativa del Centro de Innovación en Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para diseñar una solución innovadora que incentive a las personas a participar en talleres de automanejo, siendo el principal objetivo la adquisición de habilidades para el automanejo de las ECNT. A partir de esto, es que el Centro de Innovación invita a la Escuela de Diseño a trabajar de manera multidisciplinaria en la búsqueda de una solución que sea costo-efectiva y replicable dentro de los Centros de Atención Familiar (CESFAM) a nivel nacional. La autora de esta Tesis decide trabajar en este desafío durante dos semestres académicos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) resultan ser hoy una problemática importante en la Atención Primaria en Salud (APS), principalmente por ser una de las mayores causas de muerte a nivel mundial y nacional, afectando especialmente de manera aguda a las personas mayores.

Debido a lo anterior, la APS mediante los CESFAM, tiene la tarea de entregar estrategias de prevención y cuidado para prevenir el avance y mal manejo de las ECNT, siendo el automanejo un eje esencial para cuidado integral de la persona que presenta este problema (ECNT).

Durante la investigación realizada en terreno, se pudo entender la importancia de la multidimensionalidad del automanejo, donde las tres dimensiones, física, social y emocional deben funcionar de manera integral para lograr manejar de manera correcta la ECNT.

A partir del trabajo en terreno, participación en talleres de automanejo, reuniones con expertos y participación activa en el desarrollo de la propuesta con la Organización Ganas de Vivir, se logró llegar al diseño de la Red APA, una Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas.

Para el desarrollo del Proyecto se plantearon cuatro objetivos específicos a cumplir, de los cuales se desprenden algunas conclusiones que se expondrán en cada caso.

1. Profundizar en la complejidad del Modelo actual de atención Centrado en la persona con morbilidad crónica (MaCep) del Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado de la comuna de Puente Alto.

Para el correcto desarrollo del Proyecto fue de suma relevancia entender el modelo de este servicio (MaCep) para las personas con ECNT. Se investigó en profundidad, desde la literatura el modelo MaCep y luego se realizaron visitas a terreno. Estas instancias dieron la posibilidad de entender el funcionamiento de los talleres y las formas de abordar las dimensiones del automanejo.

2. Implementar nuevos recursos mediante la construcción colaborativa con profesionales y personas mayores para el ejercicio guiado práctico del automanejo.

Para el segundo objetivo se buscó organizar las problemáticas y las oportunidades encontradas en el levantamiento de información, para la construcción de la propuesta.

La principal problemática encontrada fue la baja incorporación de la dimensión física y social en los talleres de automanejo del MaCep. Otro hallazgo fue la participación constante de personas mayores dentro del CESFAM.

Fue así que se logró prototipar e iterar con personas mayores del CESFAM, pertenecientes a la Organización Ganas de Vivir, e ir validando la propuesta en conjunto con profesionales.

3. Desarrollar una estrategia de apoyo de pares para el automanejo de enfermedades crónicas.

Para este objetivo se buscó prototipar la propuesta, construirla y diseñarla. Esta fue la etapa más larga y más difícil, ya que había que lograr incorporar la multidimensionalidad del automanejo y formalizar la propuesta. Fue aquí donde nace la Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas, la cual fue desarrollada a partir de sesiones de validación con duplas de personas mayores.

4. Comprobar la vinculación y el compromiso de personas mayores con ECNT a la Red de Apoyo de Pares para el Automanejo de enfermedades crónicas.

A través de los testeos realizados, se pudo hacer un seguimiento de las etapas de la Red APA mediante el trabajo de duplas. A lo largo de estas instancias se pudo comprobar la adherencia a las metas propuestas y una mayor seguridad por parte de los usuarios. Se observó que a medida que los usuarios iban avanzando a través de las etapas, lograban proponerse gradualmente metas más difíciles, en donde ya no le preguntaban al monitor qué hacer, sino que de manera autónoma se proponían nuevas metas. En cuanto al compromiso por parte del usuario, las duplas lograban comunicarse mediante llamada telefónica o whatsapp, donde se compartían las experiencias mediante fotos y mensajes, comprobando así la realización de la actividad.

Esto corroboró la importancia de vincular lo emocional y social en el manejo de la enfermedad, donde es de igual importancia saber manejar los valores óptimos de la presión y/o glucemia y recibir apoyo durante el tratamiento. Así, mediante el apoyo de otra persona, que en este caso también tiene un ECNT, se logra incentivar a la otra persona a cambiar de manera positiva su estilo de vida.

La Red APA es una propuesta simple y pertinente a la problemática, ya que no interfiere en el modelo actual MaCep, sino que se incorpora y potencia los servicios que actualmente entrega.

De esta manera, se podría postular que el diseño puede jugar un rol fundamental dentro el área de la salud, ya que al observar y entender de manera distinta las problemáticas existentes, se llegaría a una solución no prevista e innovadora.

Para la creación de la Red APA fue esencial compartir, empatizar y escuchar, siendo éstas habilidades muy importantes para poder sacar el Proyecto adelante.

La vinculación con la Organización Ganas de Vivir fue muy enriquecedora, y motivó a la tesista a seguir trabajando con las personas que utilizan el servicio.

En palabras de la Tesista:

“Al terminar este proyecto, me gustaría expresar que para mi esta ha sido una experiencia de crecimiento, ya que me enseñó a que si se quieren generar cambios, primero hay que ser organizada, motivada y permitirse equivocarse.

La frase aprendida en el Seminario de Diseño de Servicios, dicha por Marc Stickdorn autor del libro “This is service Design Doing”, “first prototypes are always shitty” (los primeros prototipos son siempre una mierda), ha sido para mi muy alentadora, ya que fue un incentivo para comenzar a diseñar sin miedo, logrando transformar las ideas en soluciones simples y tangibles, y así llegar a la propuesta final.

Asimismo es para mi muy motivante el pensar que mi propuesta se podría llevar a cabo y ser un importante aporte a la salud de las personas mayores”.

" CERRO LA BALLENA "

Talleres y Agrupaciones de Nuestra Sede Social 2019

MUJERES	
TALLER MUNICIPAL BUENOS DÍAS	04/01/2019
GRUPO FERIA ESPERANZA	04/01/2019
TALLER DE PULLER ASES CONSULTORAS	04/01/2019
NIÑOS	
CONSULTORIAS ACTIVIDAD COMUNITARIA Y RECREACION	04/01/2019
TALLER TERCERAS EDAD (ADULTOS Y NIÑOS)	04/01/2019
JUEGOS	04/01/2019
ADULTOS	
CONSULTORIAS ACTIVIDAD COMUNITARIA Y RECREACION	04/01/2019
TALLER MUNICIPAL CANTO Y COMPLEJIDAD	04/01/2019
TALLER DE PULLER ASES CONSULTORAS	04/01/2019
ADULTOS	
TALLER ASES DE AYUDA "QUE TIEMPO FELIZ"	04/01/2019
ACTIVIDAD FÍSICA "DEBILIDAD COMUNITARIA"	04/01/2019
TALLER ASES DE AYUDA "QUE TIEMPO FELIZ"	04/01/2019
TALLER TERCERAS EDAD	04/01/2019
JUEGOS	04/01/2019
ADULTOS	
ACTIVIDADES TERCERAS EDAD	04/01/2019
TALLER ASES DE AYUDA "QUE TIEMPO FELIZ"	04/01/2019
TALLER MUNICIPAL GRUPOS DE ASISTENCIA	04/01/2019
TALLER DE PULLER ASES CONSULTORAS	04/01/2019
ADULTOS	
TALLER MUNICIPAL "PROYECTO"	04/01/2019
ASES DE LA COMUNITARIA	
COMUNIDAD DE AYUDA	04/01/2019
PROYECTO	04/01/2019





Anexos

“First prototypes are always shitty”
“Los primeros prototipos son siempre una mierda”

Marc Stickdorn
Seminario de Diseño de Servicios, DISE, 2019

10.1

Anexo / **Bibliografía**

Aguayo, E., & Rojas, V. (2005). Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Serie Cuadernos de Redes, 18, 197. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>

Ahn, S., Basu, R., Smith, M. L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N., & Ory, M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1141>

Américas, L., & Rica, C. (2016). Indicadores básicos. In Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Indicadores+B?sicos#9>

Barceló, A; Epping-Jordan, J; Orduñez, P; Luciani, S; Agurto, I; Tasca, T. et. al. (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas. [https://doi.org/ISBN 978-92-75-11738-5](https://doi.org/ISBN%20978-92-75-11738-5)

Biblioteca del congreso Nacional de Chile. (2017). La Florida - Reportes Estadísticos Comunales. Retrieved November 21, 2019, from https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/La_Florida

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2017). Puente Alto - Reportes Estadísticos Comunales. Retrieved November 21, 2019, from https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Puente_Alto

Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Scoles, K. L., & Zapert, K. (2002). Inequities in health care: A five-country survey. *Health Affairs*, 21(3), 182–191. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.182>

Bracke, P., Christiaens, W., & Verhaeghe, M. (2008). Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons With Chronic Mental Health Problems. Retrieved from https://pdfs.semanticscholar.org/4c9a/9ad7fale601494808bd99448bcfb6a9839d5.pdf?_ga=2.81411863.1257707240.1565710849-1071628868.1565710849

Caro Dougnac Profesor Guía, D., & Ramos Quiñones, J. (n.d.). Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas. Retrieved from [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%20mico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%20nicas.pdf?sequence=1)

CESFAM La Florida. (2017). CUENTA PÚBLICA GESTIÓN.

Embuldeniya, G., Veinot, P., Bell, E., Bell, M., Nyhof-Young, J., Sale, J. E. M., & Britten, N. (2013). The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.002>

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Corporación de Salud de la Florida, Corporación Municipal de Puente Alto, D. de S. de la P. (2018). Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica.

Figuroa, B., Mollenhauer, K., Rico, M., Salvatierra, R., & Wuth, P. (2017). Creando valor a través del diseño de servicios. Retrieved from <http://www.dsuc.cl/pdf/Creando-valor-a-traves-del-Diseño-de-Servicios-DSUC.pdf?pdf=Publicacion>

Gob.cl. (2018). Presidente Y Primera Dama Lanzas El Programa “Adulto Mejor.” Retrieved November 12, 2019, from 18 de Octubre de 2018 website: <https://www.gob.cl/noticias/presidente-y-primera-dama-lanzas-el-programa-adulto-mejor/>

Gobierno de Chile. (2018). Buen Trato. Retrieved November 12, 2019, from <http://www.planadultomejor.cl/buen-trato.html>

Gobierno de Chile. (2018a). Ciudades Amigables. Retrieved November 12, 2019, from <http://www.planadultomejor.cl/ciudades-amigables.html>

Gobierno de Chile. (2018b). Desarrollo y Oportunidades. Retrieved November 12, 2019, from <http://www.planadultomejor.cl/desarrollo-oportunidades.html>

Gobierno de Chile. (2018c). Vida Saludable. Retrieved November 12, 2019, from <http://www.planadultomejor.cl/vida-saludable.html>

Goic G., A. (2015). El sistema de salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista Medica de Chile*, 143(6), 774–786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>

Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327–342. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v38n2/v38n2a07.pdf>

Hart, J. T. (1992). Rule of halves: Implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *British Journal of General Practice*, 42(356), 116–119. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371996/pdf/brjgenprac00058-0030.pdf>

Holman, H., & Lorig, K. (2000, February 26). Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320(7234), 526–527. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7234.526>

Ibáñez, P., & Tello, C. (2017). Adultos Mayores: un activo para Chile. Retrieved from <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/06/Adultos-Mayores-un-activo-para-Chile.pdf>

IDEMAX. (2018). Proyecto WAYNA @ Herramienta pedagógica para la convivencia. Retrieved from www.fundacionsemilla.cl

IDEO. (2009). Design Kit. 2009, p. 192. <https://doi.org/https://doi.org/10.15642/mantik.2017.3.2.65-73>

Independencia, M. de. (2019). Independencia Ciudadana. Retrieved June 23, 2019, from <https://www.independenciaciudadana.cl/>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Adultos mayores en cifras. Retrieved from https://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2018/adultos-mayores-en-cifras-censo-2017.pdf?sfvrsn=1cfff56d2_4

Irarrázaval, I., Streeter, P., & Salas, I. (2019). COMPROMETIDOS CON CHILE.

Laboratorio de Innovación Pública. (2018). Redactiva. Retrieved January 11, 2020, from <https://www.redactiva.cl/>

Lee, K. (2012). Designing for Doctor & Patient Interactions in the Leave-Taking Experience, Student Runner up for Service. Retrieved January 11, 2020, from Core77 website: <https://www.core77.com/posts/23164/Core77-Design-Awards-2012-Designing-for-Doctor-n-Patient-Interactions-in-the-Leave-Taking-Experience-Student-Runner-up-for-Service>

Llibre Guerra, J. C., Guerra Hernández, M. A., & Perera Miniet, E. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4).

Ministerio de Salud.Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. (2015). Programa Más adultos mayores autovalentes. Manual para el trabajo de equipos de atención primaria. 184. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/012.Manual-para-el-profesional-programa-Mas-Adultos-Mayores-Autovalentes.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2013). Automanejo De Enfermedades No Transmisibles. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>

MINSAL. (2015). MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Directrices para la Implementación.

MINSAL. (2018). Programa Nacional del Adulto Mayor. (pp. 1–36). pp. 1–36.

Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*, 105(1), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.006>

OMS. (1978). AlmaAta.

OMS. (2002). Reduciendo riesgos y promoviendo un estilo de vida saludable. 66, 37–39.

OMS. (2007a). Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

OMS. (2007b). People at the Centre of Health Care : Harmonizing mind and body, people and systems.

OMS. (2008). La atención primaria de salud Introducción y panorámica Más necesaria que nunca. Retrieved from <http://www.ghbook.ir/index>.

OMS. (2013). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>

OMS. (2017). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 65a Asamblea Mundial de La Salud - A65/6 Add.1, 3–5. Retrieved from https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles&lang=es

OMS. (2018). Enfermedades no transmisibles. Retrieved November 8, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>

OMS, *Introducción y panorámica*. (2013). WHO. Retrieved from <https://www.who.int/whr/2008/overview/es/index5.html>

Osterwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G., Smith, A., & Papadakos, T. (2014). *Diseñando la Propuesta de Valor*. In Grupo Planeta.

Peter Jones. (2013). *Design for care: Innovating healthcare experience*. Brooklyn, New York: Louis Rosenfeld.

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018a). Niveles de prevención en el contexto de atención a personas con ENT - Módulo 1 - Semana 2 - Contexto de la atención de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) en las Américas | Coursera. Retrieved November 8, 2019, from <https://www.coursera.org/lecture/enfermedades-no-transmisibles/niveles-de-prevencion-en-el-contexto-de-atencion-a-personas-con-ent-E60Lf>

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018b). Panorama epidemiológico de las ENT - Pontificia Universidad Católica de Chile | Coursera. Retrieved November 8, 2019, from <https://www.coursera.org/learn/enfermedades-no-transmisibles/lecture/3Z63h/panorama-epidemiologico-de-las-ent>

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255–264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Romagnoli, F. (2016). Tu Guía Personal. Retrieved June 23, 2019, from <https://www.behance.net/gallery/53992995/TU-GUIA-PERSONAL>

Romagnoli, F. (2017). Kit Campaña Influenza. Retrieved June 19, 2019, from <https://www.behance.net/gallery/76792473/Kit-colaborador-Campana-Influenza>

Sapag, J. C., Lange, I., Campos, S., & Piette, J. D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000100001>

Self Management Resource Center, S. (2020). Tomando Control de su Salud (Spanish Chronic Disease Self-Management Program). Retrieved November 18, 2019, from <https://www.selfmanagementresource.com/programs/small-group-spanish/tomando-control-de-su-salud/>

SENAMA. (2018). Ciudades amigables con las personas mayores. Ser Mayor. Aprendamos a Vivir La Madurez, 18. Retrieved from <http://www.senama.gob.cl/Ciudades-amigables>

Spire Digital. (2019). Accessible Design: Designing for the Elderly – UX Planet. Retrieved from <https://uxplanet.org/accessible-design-designing-for-the-elderly-41704a375b5d>

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in All Policies Prospects and potentials. In *Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>

Subsecretaria de Previsión Social. (2018). Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. 105.

The4thWheel. (2010). 4th Wheel Social Impact. Retrieved June 17, 2019, from <http://www.the4thwheel.com/aboutus.html>

This Girl Can – Victoria. (2018). Retrieved June 17, 2019, from <https://thisgirlcan.com.au/>

Troncoso, D. S. (2012). La Experiencia en Salud Pública. Retrieved from <http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNSBlog:http://blogs.ead.pucv.cl/servicios/Pruebasdeinterfaz:http://proyectos.ead.pucv.cl/sns/>

Turetken, O., & Grefen, P. (2017). DESIGNING SERVICE-DOMINANT BUSINESS MODELS. Retrieved from http://aisel.aisnet.org/ecis2017_rp

UC, C. de P. P., & Chile+Hoy. (2018). Catastro Nacional de Organizaciones de Personas Mayores en Chile « Sociedad en Acción. Retrieved January 11, 2020, from <https://www.sociedadnacion.cl/estudios/catastro-nacional-de-organizaciones-de-personas-mayores-en-chile/>

Valdés Martinic, C. (2019). Guía del instructor-Programación de Talleres: Fomento del Automanejo. 1-19.

VicHealth. (2016). Cardinia's youth "safe and supported." Retrieved June 17, 2019, from <https://pakenham.starcommunity.com.au/gazette/2018-02-02/cardinias-youth-safe-and-supported/>

WHO. (2018). Enfermedades No Transmisibles (Ent). Health Diplomacy Monitor, 1-5. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

10.2

Anexo / *prototipos*

Mapa actual modelo MaCep

Realizado para validar el modelo con profesionales

ETAPA	BÚSQUEDA DE USUARIOS QUE ENTRAN AL PROGRAMA	INDUCCIÓN E INGRESO	PRE-EVALUACIÓN	ATENCIÓN MÉDICA EVALUACIÓN INICIAL
Actividad Regular		Contesta el teléfono. Acepta ingresar al programa	Contesta el teléfono. Responde los tests.	Persona que se preocupa de su salud, se hace responsable, es activo. Tiene conocimiento y habilidades necesarias para hacerse cargo de su salud. Define objetivos terapéuticos y lo adopta de forma compartida con los profesionales.
Actividad Eventual		No contestar el teléfono lo que significa que no se adhiere al programa	No contestar el teléfono lo que significa que no se adhiere al programa	Usuario no cede, no llegan a un acuerdo.
Puntos de contacto		TELÉFONO	DOMICILIO DEL USUARIO	CESFAM CARNET DE PACIENTE CRÓNICO
Personal en contacto		TENS	TENS	EGC MG
Actividad del personal en contacto		Busca el contacto de la persona y lo llama para decirle que debe formar parte del programa	Va al domicilio de la persona. Entrega de tests. - SALUFAM - CALIDAD DE VIDA	Evaluación de necesidades BIOPSICOSOCIALES. REVISÁ TESTS. Explica intervención y beneficios. Anamnesis, examen físico, diseño de plan de cuidado , entrega de número de contacto de EGC, evaluación necesidad visita domiciliaria, acordar próxima hora.
Usuario interno	Grupo clínico y técnico	Grupo clínico y técnico	Grupo clínico y técnico	PDE
Actividad del usuario interno	Identificación de población de alto riesgo. Criterios de inclusión y exclusión	Identificación de población de alto riesgo. Criterios de inclusión y exclusión	Identificación de población de alto riesgo. Criterios de inclusión y exclusión	
	RAYEN			RAYEN MI GUIA
Quiébre		¿Cómo la persona tiene acceso a estos test? ¿Si se hace una llamada la persona debe ir a buscar los test?	¿Cómo la persona tiene acceso a estos test? ¿Si se hace una llamada la persona debe ir a buscar los test?	¿Que pasa con aquellos que no tienen educación necesaria para el automanejo? ¿Que pasa con aquellos que no les interesa? Puede pasar que la persona no diga la verdad y guarde información necesaria.

INICIO DEL PROGRAMA
SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DE APOYO PARA EL AUTOMANEJO

CONTROL PRECENCIAL CON EGC	REUNION QUÍMICO FARMACEUTICO	CONTACTO TELEFÓNICO	TALLERES	CONTROL CON MG - MF	VISITAS DOMICILIARIAS	REEVALUACIÓN
Persona que se preocupa de su salud, se hace responsable, es activo. Tiene conocimiento y habilidades necesarias para hacerse cargo de su salud. Define objetivos terapéuticos y lo adapta de forma compartida con los profesionales.	Se dirige al CESFAM.	Contesta el teléfono. Responde los tests.	PARTICIPACIÓN DE TALLERES DE APOYO AL AUTOMANEJO.	Persona que se preocupa de su salud, se hace responsable, es activo. Tiene conocimiento y habilidades necesarias para hacerse cargo de su salud. Define objetivos terapéuticos y lo adapta de forma compartida con los profesionales.	Recibe a TENS en su hogar.	Recibe a TENS en su hogar.
Usuario no llega a su control	No va a la hora.	No contestar el teléfono lo que significa que no se adhiere al programa	No logra participar.	Usuario no llega a su control	No se encuentra en su hogar.	No se encuentra en su hogar.
CESFAM MI GUÍA CARNET DE PACIENTE CRÓNICO	CESFAM	DOMICILIO DEL USUARIO	CESFAM	CESFAM MI GUÍA CARNET DE PACIENTE CRÓNICO	DOMICILIO	DOMICILIO
EGC	GF	TENS	TENS Profesionales de salud	EGC	TENS	TENS
Revisión del plan consensuado diseñado. Responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de cuidados del usuario y su familia. ENFASIS EN EL APOYO AL AUTOMANEJO. Ofrecer al usuario servicios de apoyo al automanejo.	Realiza una entrevista al inicio de la intervención. Entrega sugerencias al médico de cabecera.	Consejerías telefónicas de apoyo al automanejo. Confirmación de horas médicas.	Diseñan talleres que abordan 3 componentes. Social, físico y emocional. Conocimiento y manejo de fármacos. Alimentación saludable, Actividad física.	MG- participación activa, médico cabecera. Entrega estrategias de apoyo al automanejo. MF - participa en el seguimiento clínico, interlocución entre APS y los especialistas del nivel secundario, PDE.	Aborda al usuario y su familia en manejo de ECNT. Supervisión de manejo de medicamentos.	Verificar avances y/o logros de los objetivos planteados. Identificar cambios. AJUSTAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN.
PDE	MG	Grupo clínico y técnico	Grupo clínico y técnico	PDE	EGC	EGC
EGC interactúa de manera directa con el PDE. Por ejemplo si el paciente debe ir a un especialista, el PDE asegura y prioriza la asignación de horas o ingresos y controles con especialistas. ACOMPAÑAMIENTO a los usuarios que van SU y Hospitalización.	COORDINACIÓN con GF para definir tratamiento entregado al usuario.		Desarrollo de talleres	EGC interactúa de manera directa con el PDE. Por ejemplo si el paciente debe ir a un especialista, el PDE asegura y prioriza la asignación de horas o ingresos y controles con especialistas. ACOMPAÑAMIENTO a los usuarios que van SU y Hospitalización.	Coordina con el TENS para recibir información recaudada en el domicilio.	Coordina con el TENS para recibir información recaudada en el domicilio.
RAYEN				RAYEN		
¿Cuál es la red de apoyo y los servicios de apoyo al automanejo? Profesional no alcanza a informar al paciente de los servicios. Talleres. Usuario no participa en los servicios que le recomiendan	No todos los cesfam cuentan con centros de telefonía. El usuario es contactado x el tens no por su EGC.	No todos los cesfam cuentan con centros de telefonía. El usuario es contactado x el tens no por su EGC.	Horarios poco accesibles para personas que trabajan. COMO SON LOS TALLERES? IR A TERRENO. QUIÉNES ENTREGAN TALLERES.	Le pregunta lo mismo que a EGC.	¿Es posible coordinar que el paciente se encuentre con su familia?	La persona no logra hacer un buen seguimiento de su enfermedad.

**ETAPA 1
YO EMPATIZO** YO.EMPODERO
Red de embajadores

Actividad 1 : YO TE CONOZCO

¡Bienvenidos!
 Hay están reunidos para comenzar una nueva aventura en conjunto.
 Tienen el interés en tener una vida sana y saludables y **YO.EMPODERO** los guiará.
 A través de este programa lograrán apoyarse mutuamente y poder lograr aprender acerca de cómo cuidarse y vivir de manera sana.
 El objetivo es que el embajador te guíe en tu nuevo tratamiento a través de actividades que se inventan y realizan en conjunto.
 Para ser un maestro del automanejo y lograr ser un embajador debes cumplir las 3 etapas!
 El consultorio ha confiado en su red de embajadores por lo tanto ante cualquier duda te preguntas a tu embajador en contacto.

Nombre de los integrantes

Actividades que disfrutan hacer
 1 Importante para Actividad 3

Planificación de actividades

COMENZAMOS FIN ETAPA 1

Actividad 1, 2 y 3 Actividad 4

¡Éxito!
Te estaremos esperando en la red!

YO.EMPODERO
Red de embajadores

**ETAPA 1
YO EMPATIZO** YO.EMPODERO
Red de embajadores

Actividad 2 : YO TE ENTIENDO
 Esta actividad tiene como fin conocer y poder empatizar con la persona para poder apoyarla en su nuevo tratamiento.

¿Qué piensa y siente sobre su salud?
emociones positivas e inquietudes

¿Qué es lo que escucha en cuanto a su salud?
de profesionales y familia

¿Cómo ve que hacen otros en cuanto a su salud?
funciones y acciones

¿Qué hace sobre su salud?
acciones positivas y negativas

¿Cuáles son sus miedos del tratamiento?
propuestas, obstáculos

¿Qué es lo que le motiva del tratamiento?
objetivos y metas

**ETAPA 1
YO EMPATIZO** YO.EMPODERO
Red de embajadores

Actividad 3 : YO TE GUIO
 Planear en conjunto la próxima actividad en base a alguna actividad que le guste hacer al participante. Esta actividad debe cumplir con comportamientos positivos y saludables.

Actividad **Lugar**

Objetivo **Tarea**

Rol del embajador:
 Rol del participante:

**ETAPA 1
YO EMPATIZO** YO.EMPODERO
Red de embajadores

Actividad 4 : YO COMPARTO
 Realizar en conjunto la actividad y reflexionar acerca de la experiencia.

Reflexión
 ¿Qué fue lo que aprendimos?
 ¿Cómo lo voy a incorporar a mi vida diaria?

Cómo me siento

☹️ 😐 😊

¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 1
 En esta etapa lograron conocerse y compartir experiencias positivas. Ahora en tu consulta comenta con el profesional qué aprendiste.

COMIENZO ETAPA 2

S
 Selecciona embajador

Testeo 1: Propuesta preliminar

Etapa 2 y Etapa 3

**ETAPA 2
YO EMPODERO**

Actividad 5: YO REFLEJONO

¡Bienvenidas nuevamente!

Hay están reunidas para comenzar una nueva etapa.

En esta etapa hablaremos de lo que el profesional le ha dicho con el fin de cumplir los metas y objetivos de tu tratamiento.

¿Sabes lo principal es entender los nuevos hábitos y de qué manera poder inculcarlos a la familia en el tratamiento.

¡Cual te estamos esperando en la red!

YO EMPODERO

Reflexión Control

1. ¿Qué es lo que me dijo el profesional?

2. ¿Qué es lo que debo hacer?

3. ¿Cómo lo voy a hacer?

• Importante para Actividad 6

Planificación de actividades

ETAPA 2 ETAPA 3

Actividad 5 Actividad 6

**ETAPA 2
YO EMPODERO**

Actividad 6: YO PLANIFICO

Planear una actividad en base a lo reflexionado en el control. En esta actividad debes involucrar a algún familiar, amigo o vecino. Ahora te toca a ti enseñar hábitos saludables.

Actividad

¿Cuál es la actividad a su objetivo?

Invitado

¿A quién voy a invitar y por qué?
¿Qué es lo que quiero generar en el día?

Etapas actividad

INVITAR EXPLICAR OBJETIVOS REALIZAR ACTIVIDAD REFLEXIONAR

**ETAPA 2
YO EMPODERO**

Actividad 7: YO INVITO

Realizar actividad en conjunto con algún familiar o amigo. El objetivo es poder involucrarlo a participar en tu tratamiento.

Reflexión

¿Qué fue lo que aprendí?
¿Cómo lo voy a incorporar a mi vida diaria?

Nombre y firma participante

Familiar Amigo/a Otro

Nombre: _____
Firma: _____

¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 2

En esta etapa logré ser embajador de qué manera cumplí con tus metas y aprendí gracias al apoyo de algunos cercanos.

COMIENZO ETAPA 3

E

**ETAPA 3
YO MOTIVO**

Actividad 8: YO ME INVOLUCRO

¡Bienvenidas nuevamente!

Estás en la última etapa para poder involucrarte a la red.

El objetivo principal (juntamente con otras participantes) y planear la sesión en comunidad, tu embajador te guiará en contacto con otros.

Al final de la actividad será la certificación.

¡Cual te estamos esperando en la red!

YO EMPODERO

¡UNION EN LA RED

¿Qué actividad se realizará?

¿Qué es mi rol?

¿Qué debo hacer?

Planificación de actividades

ETAPA 2 ETAPA 3

Actividad 7 Actividad 8

**ETAPA 3
YO MOTIVO**

Actividad 8: YO ME INVOLUCRO

Resumir la planificación en la reunión. En cada etapa deben haber participante. Involúcrate en una, así podrás planificar bien tu rol.

Etapas actividad

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

**ETAPA 3
YO MOTIVO**

Actividad 9: YO ME CERTIFICO

¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 3

Ahora que participaste en tu última actividad ya eres un experto en el auto manejo. Si quieres ser un **EMBAJADOR (CASA)** podré ayudarte a ser un **PARTICIPANTE**.

Yo _____ me comprometo a ser un _____
quejarse dentro de la red y del tratamiento _____

EMBAJADOR CUA

Nombre: _____ Firma: _____

EMBAJADOR LIDER

Nombre: _____ Firma: _____

PROFESIONAL DE LA RED

Nombre: _____ Firma: _____

ETAPA 1 YO EMPATIZO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

¡Bienvenidos!
 Hoy tú y tu embajador están reunidos para comenzar una nueva aventura.
 Tareas en esta etapa son tener una idea clara y detallada y **YO EMPODERO** lo que es.
 A través de este programa lograrán conocer profundamente a poder lograr aprender acerca de cómo funciona y por qué de manera sana.
 El objetivo es que el embajador te que en tu nuevo tratamiento a través de actividades que se crean y realizan en conjunto.
 Para ser un miembro del voluntariado y lograr ser un embajador debes cumplir las 3 etapas.
 El consultorio ha confiado en su red de embajadores por lo tanto ante cualquier duda te preguntará a tu embajador en contacto.
¡Éxito!
 Te estaremos esperando en la red!

Actividad 1 de 3: YO TE CONZCO
 El primer se deben conocer. Comparte acerca de la familia, salud y estado de ánimo.
 Recuerda que el embajador está para ayudarte, por lo tanto no dudes en contarte lo que estamos conversando.

Nombre embajador: _____

Numero de contacto: _____

Nota: Escribe así lo que quieres _____

YO EMPODERO

ETAPA 1 YO EMPATIZO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 2 de 3: YO TE SACHERO
 El objetivo es poder compartir realizando alguna actividad. Estas actividades entregan ideas de cómo realizar ejercicio físico, ejercicios cognitivos y actividades sociales.

1. Día de la rueda
 Según el color recoge una tarjeta.

2. Mensaje tarjeta del color
 Para ver qué actividad te toca.

3. Planificar
 Coordinar día y hora para realizarlo.

Planificar
 Escribe así cuándo y dónde realizarán la actividad.

Día: _____ **Hora:** _____ **Lugar:** _____

YO EMPODERO

ETAPA 1 YO EMPATIZO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 3 de 3: YO COMPARTO
 Realizar en conjunto la actividad y reflexionar acerca de la experiencia.

Nota: reflexiones _____

¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 1
 En esta etapa logramos conocer y compartir experiencias positivas. Ahora en tu consulta comenta con el profesional qué aprendiste.
COMIENZO ETAPA 2 [] [] []

E1

YO EMPODERO

ETAPA 2 YO EMPODERO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

¡Bienvenidos nuevamente!
 Hoy están reunidos para comenzar una nueva etapa.
 En esta etapa hablaremos de lo que el profesional te ha dicho con el fin de cumplir las metas y objetivos de tu tratamiento.
 El objetivo principal es entender los nuevos hábitos y de qué manera poder involucrar a otros en el tratamiento.

Actividad 1 de 3: YO REFLEXIONO
Nota: Escribe así lo que quieres _____

1. ¿Qué es lo que me dijo el profesional?

2. ¿Qué es lo que debo hacer?

3. ¿Cómo lo voy a hacer?

¡Éxito!
 Te estaremos esperando en la red!

YO EMPODERO

ETAPA 2 YO EMPODERO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 2 de 3: YO PLANIFICO
 Planear una actividad en base a la reflexión en el consultorio. En esta actividad debes involucrar a algún familiar, amigo o vecino. Almorzar local o enseñar hábitos saludables.

a. Actividad a realizar
 ¿Cuál es la actividad y su objetivo?

b. Invitar
Llamar a la persona especial
 Para esta actividad puedes invitar desde a tu pareja hasta a los niños, una persona es suficiente para si quieres invitar a más no hay problema.

Invitar - Explicar objetivos - Realizar actividad - Reflexionar

YO EMPODERO

ETAPA 2 YO EMPODERO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 3: YO INVITO
 Realizar actividad en conjunto con algún familiar o amigo.
 El objetivo es poder involucrando a participar en el tratamiento.

Describe que hicieron: _____

Forma del invitado
 Familiar Amigo Otro
Nombre: _____
Fecha: _____

¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 2
 En esta etapa logramos entender de qué manera cumplir con las metas y objetivos gracias al apoyo de algún cercano.
COMIENZO ETAPA 3 [] [] []

E2

YO EMPODERO

ETAPA 3 YO MOTIVO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

¡Bienvenidos nuevamente!
 Esta es tu última etapa para poder involucrar a la red.
 El objetivo principal juntarse con otros participantes y planear la sesión en comunidad. Tu embajador te pondrá en contacto con ellos.
 Al final de la actividad será la certificación.

Actividad 1 de 3: YO ME INVOLUCRO
 En esta última etapa debes juntarte con el equipo de la red a planificar la actividad mensual. ¡Motívate!

¡Manos a la obra!

Idea
 Qué actividad realizarán.

Planificar
 Qué actividad realizarán.

Ejecutar
 Definir roles para la actividad.

¡Éxito!
 Te estaremos esperando en la red!

YO EMPODERO

Sólo una lista de copiar y proponer ideas. ¿Cuáles las ideas son "bienvenidas"?

ETAPA 3 YO MOTIVO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 2 de 3: YO ME UNO
 Resuma lo planificado en la reunión. En cada etapa deben haber participado. Involucra en una, así podrás planificar bien tu rol.

Etapas a realizar

YO EMPODERO

ETAPA 3 YO MOTIVO

ETAPA 1 YO EMPATIZO ETAPA 2 YO EMPODERO ETAPA 3 YO MOTIVO

Actividad 3: YO ME CERTIFICO
¡FELICITACIONES! FIN ETAPA 3
 Ahora que participaste en tu última actividad es eres un experto en el voluntariado. Si quieres ser un **EMBAJADOR GUÍA** podrías ser si no puedes seguir siendo **PARTICIPANTE**.

Yo _____ me comprometo a ser un _____ ejemplo dentro de la red y del consultorio _____

EMBAJADOR GUÍA
 Nombre: _____ Fecha: _____

EMBAJADOR LÍDER
 Nombre: _____ Fecha: _____

PROFESIONAL DE LA RED
 Nombre: _____ Fecha: _____

Testeo 5: Re-diseño carpeta usuario

The image displays 12 user interface cards for Red APA, arranged in a 3x4 grid. Each card represents a different stage of a user's journey. The cards are organized into three rows and four columns.

- Row 1 (Etapa 1):**
 - Card 1: "Etapa 1. Marca el o los objetivos para esta primera etapa." (Stage 1. Mark the goal or goals for this first stage.)
 - Card 2: "Etapa 1. Marca cada vez que realices tu objetivo." (Stage 1. Mark every time you achieve your goal.)
 - Card 3: "Etapa 1. Reflexiona sobre la Etapa 1." (Stage 1. Reflect on Stage 1.)
 - Card 4: "Etapa 1. A partir de lo aprendido en el taller." (Stage 1. From what was learned in the workshop.)
- Row 2 (Etapa 2):**
 - Card 5: "Etapa 2. Marca el o los objetivos para esta segunda etapa." (Stage 2. Mark the goal or goals for this second stage.)
 - Card 6: "Etapa 2. Marca cada vez que realices tu objetivo." (Stage 2. Mark every time you achieve your goal.)
 - Card 7: "Etapa 2. Reflexiona sobre la Etapa 2." (Stage 2. Reflect on Stage 2.)
 - Card 8: "Etapa 2. A partir de lo aprendido en el taller." (Stage 2. From what was learned in the workshop.)
- Row 3 (Etapa 3):**
 - Card 9: "Etapa 3. Marca el o los objetivos para esta tercera etapa." (Stage 3. Mark the goal or goals for this third stage.)
 - Card 10: "Etapa 3. Marca cada vez que realices tu objetivo." (Stage 3. Mark every time you achieve your goal.)
 - Card 11: "Etapa 3. Reflexiona sobre la Etapa 3." (Stage 3. Reflect on Stage 3.)
 - Card 12: "Etapa 3. A partir de lo aprendido en el taller." (Stage 3. From what was learned in the workshop.)

Each card features the Red APA logo at the top, a progress indicator, and various interactive elements like checkboxes, grids, and text boxes. The cards are designed to help users track their progress and reflect on their learning throughout the process.

Categoría	Síntomas	Opciones
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	Menos de 80
Hipertensión grado 1 (leve)	140-159	Menos de 90
Hipertensión grado 2 (moderada)	160-179	Menos de 100
Hipertensión grado 3 (severa)	180 o más	Menos de 110

Categoría	Síntomas	Opciones
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	Menos de 80
Hipertensión grado 1 (leve)	140-159	Menos de 90
Hipertensión grado 2 (moderada)	160-179	Menos de 100
Hipertensión grado 3 (severa)	180 o más	Menos de 110

165

Proceso de diseño del logo
Primeras aproximaciones



Proceso de diseño del logo
Logo final y usos en color





Red de apoyo de pares para el automanejo de enfermedades crónicas

Fernanda Romagnoli Torres

Enero 2020