

MODELAR LOS SISTEMAS DE SALUD DEL FUTURO

Estudio de casos y
recomendaciones para la
atención integrada de las ENT



MODELAR LOS SISTEMAS DE SALUD DEL FUTURO

Estudio de casos
y recomendaciones para la
atención integrada de las ENT



Prólogos

En los 70 años transcurridos desde el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los 40 años desde la adopción de la Declaración sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, el panorama mundial de la salud ha cambiado drásticamente, con un enorme y bienvenido avance en la reducción de la carga de enfermedades infecciosas y muertes maternas e infantiles.

Pero más allá de estos logros, una cuestión cada vez más urgente es la que enfrentan los países de bajos y medianos ingresos: cómo atender mejor la creciente carga de enfermedades no transmisibles (ENT) de forma que se maximice el apoyo a las personas que viven con estas afecciones y que esto sea factible en sistemas de salud desbordados. A menos que actuemos de inmediato, 120 millones de personas morirán prematuramente a causa de una ENT de aquí al año 2025.

La atención integrada es una forma efectiva y económica de fortalecer el marco para prevenir y tratar las ENT. Es un componente esencial de los esfuerzos que se necesitarán para que el mundo alcance la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de una reducción del 30% en las muertes prematuras por ENT en 2030.

La atención integrada coloca a las personas y a las comunidades en el centro, brindando un tratamiento más personalizado, continuo y holístico para quienes que viven con afecciones físicas o de salud mental, y empodera a las comunidades al llevar la atención médica más cerca de sus hogares. Este enfoque se alinea con nuestro trabajo en la Alianza de ENT (NCDA) que busca garantizar que las voces y las necesidades de las personas que viven con ENT sean escuchadas y encuentren una respuesta de manera rápida y efectiva. Para que los sistemas de salud sean efectivos, las personas no pueden ser consideradas como una colección de partes del cuerpo aisladas: la atención y la prevención deben adaptarse a cada individuo como un todo. Como dijo Ban Ki-moon, “el éxito vendrá cuando enfoquemos nuestra atención y recursos en las personas, no en sus enfermedades; en la salud, no en la enfermedad”. La integración es una inversión en las personas, no en las enfermedades.

Sin embargo, a pesar de todos los beneficios para las personas y los sistemas de salud, puede no ser fácil avanzar en estos cambios sistémicos necesarios. Esta guía recomienda formas de superar estas barreras: crear un entorno propicio, capacitar a los trabajadores de la salud para la atención integrada, desarrollar enfoques centrados en las personas, capturar y utilizar la información, y garantizar una gobernanza y sostenibilidad efectivas. Esta guía también llena un vacío importante al proporcionar un conjunto de estudios de casos detallados que demuestran los beneficios prácticos de un enfoque integrado para las ENT, provenientes de países como India, Malawi, Ruanda, Etiopía, Kenia y Vietnam. Muchas son asociaciones multisectoriales, que esperamos sirvan de inspiración para todas las partes interesadas potenciales: gobiernos, trabajadores de la salud, donantes, ONG y el sector privado.

Esta guía se publica justo antes de la tercera Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ENT en septiembre de 2018 y de la Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, al mes siguiente. Con compromisos cada vez más fuertes con las ENT y la atención primaria de salud, enraizados dentro del robusto marco de los ODS, esperamos que la guía genere conciencia sobre estas prácticas novedosas y exitosas para impulsar el cambio y cumplir con los nuevos compromisos y aspiraciones que se proponen.

Sin asociaciones, no se logran avances. Esta guía es el resultado de un trabajo colaborativo en sí mismo, involucrando a ONG, academia y sector privado que contribuyeron con sus puntos de vista y experiencia, demostrando la fortaleza y el valor de la participación de las múltiples partes interesadas para implementar una acción eficaz contra las ENT. No hubiera sido posible sin los miembros de la red de la Alianza de ENT que respondieron a nuestra petición de compartir estudios de casos y que han trabajado con nosotros para crear un conjunto de ejemplos tan rico y sólido para ampliar las buenas prácticas demostradas y lograr avances concretos. Finalmente, deseamos agradecer a *Eli Lilly and Company* por su apoyo que permitió el desarrollo de esta guía, que refleja un nuevo e importante logro en su larga asociación con la Alianza de ENT y en sus contribuciones pioneras para mejorar la salud mundial.

Katie Dain,
Directora General de la Alianza de ENT (CEO, NCDA)

En las últimas décadas, los sistemas de salud en muchos de los países de ingresos medios y bajos (PIMB) se han desarrollado en torno a la necesidad de atender rápidamente las enfermedades infecciosas y las condiciones agudas. Como resultado, estos sistemas todavía están evolucionando para satisfacer las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, como las enfermedades no transmisibles (ENT), que requieren interacciones continuas con el sistema de salud en general. Ante el envejecimiento de la población y el aumento de las ENT, los gobiernos y las organizaciones de salud de todo el mundo luchan por brindar una atención eficaz y eficiente a las personas que viven con ENT.

Los esfuerzos por mejorar la salud mundial de Eli Lilly comenzaron hace más de 20 años cuando colaboramos por primera vez con *Partners in Health* (PIH) para brindar tratamiento contra la tuberculosis multi-resistente a medicamentos (MDR-TB) a las personas en entornos con alta carga de la enfermedad. Aprendimos mucho de nuestro trabajo en el área de la tuberculosis (TB), que se centró en la descentralización de la atención médica en los niveles más bajos del sistema de salud y en mejorar los resultados a través de modelos de apoyo al tratamiento. Luego aplicamos estos aprendizajes para abordar la creciente carga de las ENT.

Hoy, nuestra alianza mundial para la salud, *Lilly Global Health Partnership*, tiene como objetivo desarrollar modelos efectivos, centrados en las personas, para

la atención de enfermedades crónicas que amplíen el acceso y mejoren los resultados en el nivel primario de salud, en entornos de recursos limitados. Gran parte de esta estrategia es fortalecer los sistemas de salud, los mecanismos y la capacidad para impulsar la atención integrada, mirando al individuo de manera integral y en todas sus necesidades, no solo desde su enfermedad. Nuestros socios en los países seleccionados están poniendo a prueba estas iniciativas que abarcan el cribado bidireccional, la capacitación a los proveedores de salud y el tratamiento de enfermedades para personas con morbilidades múltiples.

La Alianza de ENT es una organización protagónica con un sólido historial en la generación de cambios, una red profunda y amplia de actores locales, regionales y mundiales, que lidera el pensamiento sobre políticas y prácticas para las ENT, y un equipo de personas comprometidas que impulsan el cambio todos los días. No podría haber una mejor organización para asociarse en este esfuerzo conjunto.

Creemos firmemente en el impacto de compartir las lecciones aprendidas y las mejores prácticas y reconocemos la limitada base de evidencia que existe actualmente en torno a modelos efectivos de atención integrada para abordar las necesidades de las personas que viven con ENT. Nuestra esperanza es que esta guía contribuya a ese cuerpo de conocimientos y a los crecientes esfuerzos para atender las ENT.

Amy Israel,
Directora de Políticas y Liderazgo de Pensamiento en
Salud Mundial, *Eli Lilly and Company*

Agradecimientos

Agradecemos al Grupo Asesor de Expertos, integrado por líderes mundiales de salud que representan a ONG internacionales, instituciones académicas y compañías de atención médica, por su guía en el contenido y la revisión de este informe:

Amy Israel, Directora de Políticas y Liderazgo de Pensamiento en Salud Mundial, de Eli Lilly and Company

Dr. Jaime Miranda, Director de CRÓNICAS, Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia; y profesor investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dr. Paul Park, Director de Implementación, *NCD Synergies en Partners In Health*; Instructor de Medicina, *Harvard Medical School*.

Profesora Anushka Patel, Científica en jefe, *The George Institute for Global Health*.

Catharine Taylor, Vicepresidenta del Grupo de Programas de Salud, *Management Sciences for Health*.

Profesor Gerald Yonga, Presidente de la Alianza de ENT África Oriental; Miembro de la Junta Directiva de la Alianza de ENT (NCDA).

Encargado por Eli Lilly & Company, este informe fue desarrollado por la Alianza de ENT, con aportes de: Katie Dain (NCDA), Jessica Beagley (NCDA), Tiphaine Lagarde (NCDA), Amy Israel (Eli Lilly and Company), Catharine Taylor (Management Sciences for Health), Elke Konings (Management Sciences for Health), Jo Ann Paradis (Management Sciences for Health), Paul Park (Partners in Health, Universidad de Harvard), Maia Olsen (Partners in Health), Gene Bukhman (Partners in Health, Universidad de Harvard), Anushka Patel (The George Institute for Global Health), Gerald Yonga (Alianza de ENT África Oriental), Jaime Miranda (Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas), Chite Asirwa (AMPATH), Ramya Ananthakrishnan (REACH), Helen McGuire (PATH), Roshini George (PATH), Jessica Daly (Medtronic Philanthropy), Nayanjeet Chaudhury (Medtronic Philanthropy), Lucia Cordon (Rabin Martin), Isabelle Lindenmayer (Rabin Martin), Paul Jensen (Pivit LLC).

Guía práctica Propósito

La reducción de muertes prematuras por ENT requiere brindar más y mejor atención para las enfermedades individuales. Igual de importante es reconocer las interacciones entre diferentes enfermedades y aprovechar la naturaleza superpuesta de algunos tratamientos y estrategias; en otras palabras, buscar la integración de los servicios de salud.* Sin embargo, hay disponible una base de evidencia limitada para divulgar en el mundo real las decisiones prácticas que deben tomarse mientras se promueven estrategias de integración para mejorar la respuesta a las ENT en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM).

Basado en entrevistas con expertos y profesionales de la salud que lideran la implementación de estrategias para la integración en el campo, esta Guía proporciona un análisis de la situación de los sistemas de salud en los PIBM, establece cómo puede funcionar la integración de la atención de ENT en los niveles primarios de los sistemas de salud e ilustra con casos de buenas y exitosas prácticas que proporcionan respuestas concretas a las siguientes preguntas:

- ¿Qué oportunidades y desafíos se enfrentan al implementar la integración?
- ¿Cómo se puede lograr una mayor integración para las ENT en la práctica y lograr mejores sistemas de salud y resultados para las personas que viven con ENT?
- ¿Qué enfoques han demostrado su impacto y podrían replicarse en otros contextos?

Esta guía está dirigida a quienes están interesados en la integración de la atención como estrategia para mejorar los resultados de las ENT, o simplemente buscan comprender más acerca de cómo las partes involucradas y comprometidas con la salud intentan la integración en entornos concretos.

Guía práctica Desarrollo

Este informe fue desarrollado a partir de:

1. Investigación de escritorio de la literatura gris y no revisada por pares sobre la integración de la atención, incluyendo documentos de políticas, guías de implementación, discusiones y documentos de trabajo;
2. Una revisión de la bibliografía revisada por pares sobre la integración para la salud pública, con un enfoque en textos sobre integración para las ENT; y,
3. Entrevistas con informantes clave, con expertos y ejecutores de políticas de salud que actualmente buscan la integración en India, Kenia, Ruanda, Malawi, Mongolia y Vietnam como medio para mejorar la respuesta a las ENT, a través de iniciativas respaldadas por empresas, ONG, instituciones gubernamentales y académicas.

* Harries AD et al, 2015. Communicable and non-communicable diseases: connections, synergies and benefits of integrating care. *Public Health Action*. 5(3): 156-157.

Resumen

En el contexto de las enfermedades no transmisibles (ENT), los servicios integrados de salud se implementan de manera que se asegure que las personas que viven con ENT reciban una atención médica continua. Esto incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, según sea necesario. Los servicios integrados se coordinan en todos los niveles de atención y su objetivo es optimizar la eficacia en todo el sistema de salud y durante todo el ciclo de vida. Aunque no existe un modelo único para la integración, esta Guía tiene como objetivo proporcionar información práctica y recomendaciones sobre modelos existentes que buscan satisfacer efectivamente las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo de vida. Lo que sigue es una revisión y análisis de tres modelos de integración que se están implementando en diferentes contextos de país.

Modelo 1

Integrar las intervenciones de control de ENT con otros programas de salud verticales

ESTUDIO DE CASOS

AMPATH

Superposición de la atención al cáncer en el sistema de prestación de servicios de VIH en Kenia

AMPATH reformuló el modelo tradicional de 'centro y periferia' o 'modelo radial' (*'hub-and-spoke' model*) – en el cual el núcleo es un sitio central de atención y los radios son sitios descentralizados–, utilizado para descentralizar los servicios de VIH e implementado para aumentar el acceso a servicios de una población rural empobrecida, superponiendo servicios para la atención del cáncer.

Bajo este modelo, la detección, el diagnóstico y el tratamiento para el cáncer se incluyen en las prácticas actuales desde el nivel de atención primaria hasta el nivel terciario, con mecanismos de retroalimentación que vuelven a los niveles más bajos de atención. El programa para el cáncer incluye una red de más de 100 sitios remotos alojados en instalaciones financiadas por el gobierno con diferentes niveles de infraestructura, y cuenta con procesos establecidos para la derivación de casos de cáncer más complejos a centros de atención de más alto nivel.

REACH

Superposición de los servicios para la diabetes en la atención a la TB en India

REACH estableció un modelo mixto público-privado que proporciona detección, diagnóstico y apoyo a la tuberculosis (TB) a través de una red de instituciones y proveedores de salud públicos y privados. El modelo se ha ampliado para apoyar la detección y el seguimiento de las personas con TB que también pueden tener diabetes. La ampliación del componente de diabetes ahora se está considerando como parte de una iniciativa para toda la ciudad -TB Free Chennai-, en colaboración con USAID y Stop TB Partnership.

MSH

Integración de los servicios para el VIH y el cáncer cervical en Malawi

MSH integró los servicios de detección y tratamiento para el cáncer de cuello uterino en cinco distritos donde los esfuerzos de fortalecimiento del sistema de salud se habían centrado originalmente en mejorar el acceso a los servicios relacionados con el VIH. El programa brinda capacitación y tutoría al personal sobre la detección y el tratamiento del cáncer cervical y estableció una red de derivación desde las clínicas de atención primaria hasta las instituciones terciarias.

Modelo 2

Integrar a las ENT dentro de los servicios existentes en los diferentes niveles del sistema de salud

ESTUDIO DE CASOS

Partners in Health (PIH)

Integración de los servicios de ENT en centros de salud y hospitales de distrito de las zonas rurales de Ruanda y Malawi

PIH está apoyando a los ministerios de salud de Ruanda y Malawi para integrar la atención de las ENT en centros de salud y hospitales de distrito locales con el objetivo de trasladar eficientemente la provisión de atención de ENT para enfermedades graves y fácilmente tratables tan cerca de la comunidad como sea posible.

PATH

Integrar la detección de la hipertensión en el nivel de atención primaria en Vietnam

La estrategia nacional de Vietnam para la prevención y el control de ENT exige la integración de la detección y atención de la hipertensión a niveles de atención primaria y comunitario, dirigidas a personas mayores de 40 años. El objetivo del programa *Communities for Healthy Hearts* es mejorar el control de la presión arterial entre los adultos de la ciudad de Ho Chi Minh logrando que los servicios de hipertensión se centren en la persona, con la prioridad de integrar los servicios de detección en los puntos de acceso comunitarios.

HealthRise

Integrando intervenciones en ENT a nivel comunitario en los servicios públicos de salud en India

Integración de los socios en intervenciones de ENT basadas en la comunidad con servicios del sistema de salud del sector público. Esto incluye la descentralización de los sistemas de diagnóstico, gestión y atención y el empoderamiento de los pacientes y las comunidades; al tiempo que aprovecha los sistemas de gestión de datos para rastrear y apoyar a las personas en el torrente de atención.

Modelo 3

Integrar las intervenciones para atender juntos a los factores de riesgo múltiples de ENT

ESTUDIO DE CASOS

MSH

Abordar múltiples factores de riesgo para la diabetes gestacional en Etiopía

Este programa es una iniciativa financiada por PEPFAR para integrar a los servicios completos y de calidad para el VIH con otros servicios de salud, que incluyen: salud materna, neonatal e infantil; planificación familiar; TB; enfermedades de transmisión sexual; malaria; enfermedades tropicales desatendidas; nutrición; salud mental; y servicios de laboratorio. Mientras que más del 95% de las mujeres embarazadas a las que se accede por la iniciativa se someten a la prueba del VIH, solo el 43% recibe pruebas de albúmina, niveles de pH y glucosa.

Incluso cuando se realizan todas las pruebas, los proveedores de atención médica a menudo ignoran los resultados de las pruebas de glucosa, que se pueden usar para detectar la diabetes mellitus gestacional (DMG). Utilizando materiales adaptados de la Asociación Estadounidense de Diabetes, se capacitó a los proveedores de servicios de salud sobre la importancia de la detección de la DMG durante los servicios de atención prenatal de rutina, así como sobre las formas de tratarla y manejarla. Los proveedores de atención fueron capacitados para proporcionar consejos nutricionales y de actividad física a quienes fueron diagnosticadas durante las sesiones de asesoramiento y en visitas de seguimiento.

Recomendaciones prácticas para la integración

Crear un entorno propicio para una integración exitosa

- Defender la integración como un mecanismo para movilizar el cambio a largo plazo y mejorar la eficiencia
 - Activar un proceso realista que comience entendiendo donde se encuentra actualmente el sistema de salud
 - Incorporar las discusiones sobre el financiamiento, las necesidades humanas y técnicas desde su origen
-

Capacitar a los trabajadores de la salud para lograr una integración efectiva

- Empoderar a la fuerza laboral de atención médica en todos los niveles del sistema de salud
 - Cultivar una cultura de equipo a través de capacitaciones y tutorías continuas
 - Establecer una red fuerte de derivaciones es fundamental
-

Desarrollar enfoques centrados en las personas para apoyar la integración

- Adoptar enfoques holísticos para los servicios de atención de ENT a lo largo de la vida
 - Apoyar un cambio dinámico en términos de cómo las personas interactúan con el sistema de salud
 - Involucrar a las partes interesadas de la comunidad y al personal de salud en todas las etapas del diseño del programa
-

Capturar y usar la información para apoyar la integración

- Las evaluaciones integrales de las instalaciones son clave desde el principio
 - El uso de datos para la toma de decisiones es esencial, incluso en instalaciones con sistemas de datos en papel
-

Garantizar una gobernanza efectiva y la sostenibilidad de las iniciativas de integración

- Desarrollar una colaboración constructiva entre las partes interesadas
- Asegurar una asignación adecuada de recursos en todos los niveles del sistema
- Administrar la naturaleza de integración de las múltiples partes interesadas
- Trabajar por la ampliación e implementación de los logros.

MODELAR LOS SISTEMAS DE SALUD DEL FUTURO

Estudios de casos y recomendaciones para la atención integrada de las ENT

Las ENT: un desafío creciente en los PIBM	12
Reorientación de los sistemas de salud para una respuesta eficaz a las ENT	13
Integración de las ENT: tres modelos de implementación	14
Acelerar la acción contra las ENT: recomendaciones prácticas para la integración	16
Cómo crear un entorno propicio para una integración exitosa	16
Cómo ayudar a los trabajadores de la salud a lograr una integración efectiva	17
Cómo desarrollar enfoques centrados en las personas en apoyo de la integración	18
Cómo capturar y usar datos para respaldar la integración	18
Cómo garantizar una gobernanza y sostenibilidad efectivas de las iniciativas de integración	19
De los desafíos a las soluciones: aprovechar las oportunidades y mejorar vidas	20
A nivel comunitario	21
A nivel de centros de salud	22
A nivel del sistema de salud	24
ESTUDIO DE CASOS	27

ENT: un desafío creciente en los PIBMs

Las ENT son ampliamente reconocidas como un gran desafío para la salud y el desarrollo humano sostenible en el siglo XXI. Las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo y son responsables del 70% de la mortalidad mundial. Se prevé que esta cifra trepe al 74% en 2030, lo que supondrá un grave y creciente costo para la salud y la seguridad económica de todos los países. Cada vez más, son los PIBM y las poblaciones más pobres y en mayor riesgo las más afectadas por estas enfermedades en gran medida prevenibles.¹

El foco principal de la respuesta mundial a las ENT ha sido sobre las cuatro enfermedades principales: las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las responsables de la mayor carga. Sin embargo, existe una variedad de enfermedades y afecciones, que incluyen trastornos mentales y neurológicos, trastornos autoinmunes como la psoriasis, afecciones óseas y articulares como la osteoporosis y la artritis, y las enfermedades renales, bucales, oftálmicas y auditivas que están vinculadas a las cuatro ENT más prominentes.

Las ENT surgen de relaciones complejas entre una variedad de factores diferentes, incluidos los cuatro principales factores de riesgo que son el tabaco, las dietas poco saludables, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol; pero también de la genética, el medio ambiente, los determinantes socioeconómicos, la edad y el sexo, con causas y consecuencias variables entre las poblaciones de entornos urbanos y rurales.^{2,3}

En entornos de pobreza extrema, la mayoría de las ENT no se atribuyen a riesgos conductuales y metabólicos y requieren la adopción de enfoques específicos para las poblaciones más empobrecidas.⁴

El impacto económico mundial de las ENT es asombroso, y los países de bajos ingresos se enfrentan a múltiples prioridades de salud superpuestas. Como resultado, las ENT carecen de recursos adecuados, predecibles y sostenidos dentro de los sistemas de salud. Si bien el financiamiento doméstico debe ser la columna vertebral de la prestación sostenible de atención en salud, actualmente pocos PIBM pueden brindar atención para las ENT en sus paquetes de beneficios de salud, y la mayoría de la atención se financia con gastos de bolsillo. En el caso de las ENT, también ha faltado asistencia externa para el desarrollo. Las ENT reciben el 2% de toda la asistencia para el desarrollo destinada a la salud, incluso cuando la salud y el bienestar económico de las personas se ven cada vez más perjudicados por las ENT.⁵

Al darse cuenta del creciente desafío de las ENT, los gobiernos han trabajado juntos para establecer una respuesta mundial coordinada. En 2011, los gobiernos adoptaron la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre ENT, seguida por el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2020 que apunta a lograr una reducción del 25% en la mortalidad prematura de ENT para el año 2025. Sin embargo, los avances hasta la fecha han sido insuficientes y desiguales.

De los 194 países incluidos en el Monitor de Progreso de la OMS 2017 sobre ENT, solo 90 tienen directrices para la gestión de las principales ENT, que es un primer paso esencial para proporcionar una atención eficaz.

Esta demora en los avances, junto con la creciente carga financiera de las ENT, ha creado una necesidad urgente de desarrollar y ampliar los enfoques para brindar efectivamente la atención necesaria a las personas que viven con ENT.

¹ Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017. WHO, Geneva, 2017. Accessed April 2018 at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf?ua=1>

² Brown SA and Sharpless JL. Osteoporosis: An Under-appreciated complication of diabetes. *Clinical Diabetes*, 2004; 22(1): 10-20

³ Mezuk B et al. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2008; 31(12): 2383-90

⁴ Bukhman G et al. Reframing NCDs and injuries for the poorest billion: A Lancet Commission, *The Lancet* 2015; 386(10000): 1221-1222

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2017: Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda. Seattle, WA: IHME, 2018. Accessed May 2018 at: <http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2017>

Reorientación de los sistemas de salud para una respuesta eficaz a las ENT

El aumento de las ENT plantea desafíos únicos que la mayoría de los sistemas de salud en países de bajos ingresos aún no están preparados para enfrentar.

Las ENT son de naturaleza crónica y requieren que las personas interactúen regularmente con el sistema de salud durante varias décadas

Históricamente, los sistemas de salud fueron diseñados para brindar atención a condiciones de salud agudas, en las que se supone que las personas están sanas la mayor parte del tiempo, mientras que ocasional y temporalmente padecen enfermedades. Muchos sistemas de salud están configurados para tratar enfermedades específicas en un enfoque vertical, lo que restringe su capacidad para abordar las necesidades de las poblaciones de manera integrada al tiempo que se hace un mejor uso de los recursos, especialmente en entornos donde estos son más limitados. Es de destacar que con las grandes mejoras en el tratamiento de enfermedades infecciosas como la TB resistente a los medicamentos y el VIH, estas enfermedades infecciosas a menudo también son crónicas y ofrecen oportunidades para una integración a largo plazo.

Las personas que viven con ENT a menudo se ven afectadas por dos o más enfermedades al mismo tiempo, independientemente de si enfrentan una combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, o múltiples ENT

Impulsados por factores de riesgo similares, junto a los cambios demográficos, que incluyen la urbanización rápida y el envejecimiento de la población, las diferentes ENT están estrechamente interconectadas. Con frecuencia, dos o más ENT se manifiestan en el mismo individuo, y se conocen como "comorbilidades de las ENT". Las comorbilidades de las ENT pueden ocurrir porque las enfermedades comparten los mismos factores de riesgo, como el consumo de tabaco que es un factor de riesgo de cáncer, ECV y demencia⁶; o porque algunas enfermedades predisponen a las personas a desarrollar otras, como en el caso de la diabetes, que es un factor de riesgo de ECV, apoplejía, osteoporosis⁷, insuficiencia renal y depresión⁸. Además, en la comorbilidad de las enfermedades infecciosas y las

no transmisibles se observan cada vez por más razones similares. Como resultado, estas condiciones pueden beneficiarse de una respuesta integral e integrada.

Las ENT requieren un enfoque en todo el ciclo de la vida que abarque tanto la prevención como el control

Las ENT pueden abordarse a través de intervenciones no clínicas que combinan medidas para toda la población e intervenciones relevantes para las personas durante toda su vida. Esto incluye no solo cuidados intensivos, sino también prevención, educación ampliada⁹ y mecanismos de "acompañamiento" no tradicionales para garantizar que las personas que viven con ENT reciban un apoyo médico, social y económico bien coordinado a lo largo del torrente de la atención. Centrarse en las primeras etapas del ciclo de vida tiene un enorme potencial de impacto en etapas posteriores de la vida: se puede mejorar la salud y el bienestar, al tiempo que se ahorran costos para los sistemas de salud.

Las ENT requieren apoyo fuera del sistema de salud tradicional, extendiéndose a las comunidades en las que las personas viven

Las personas que viven con ENT necesitan apoyo en su vida cotidiana para mantener hábitos saludables y controlar sus condiciones. Dados los complejos determinantes sociales de las ENT, los servicios integrados de ENT también implican idealmente la integración en todo el sistema de salud y el sistema social. Las ENT requieren que reconozcamos que las personas son las que tienen mayor influencia sobre su salud personal. En lugar de ser "proveedores", los sistemas de salud deben pasar a ser socios de las personas para promover y mantener una buena salud. Las raíces de las ENT abarcan múltiples sectores, y si bien los efectos de las ENT se observan en el sistema de salud, se necesita un enfoque mucho más amplio que abarque a las comunidades y a las autoridades municipales para impulsar el cambio. La participación de entidades como escuelas, lugares de trabajo formales e informales, y organizaciones religiosas ayudan a crear entornos en los que es fácil para las personas vivir de manera saludable.

⁶ Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2014, Dementia and Risk Reduction: An analysis of protective and modifiable factors. ADI, London, 2014

⁷ Amelung VE et al. Handbook Integrated Care. Springer, 2017. ISBN 978-3-319-56103-5

⁸ Bertram MY et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. The Lancet, 2018. Online, accessed April 2018: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30665-2)

⁹ Xiao Y. Community-based integration of management of non-communicable diseases in China. Chronic Diseases and Translational Medicine, 2015 Sep; 1(3): 133–140

Integración de las ENT: Tres modelos de implementación

Según la definición de la OMS, la integración es "la organización y gestión de los servicios de salud para que la gente reciba la atención que necesita, cuando la necesita, de forma que sea fácil de usar, logre los resultados deseados y proporcione calidad por precio"¹⁰

La integración implica cambiar el diseño del sistema de salud para que sus diversos niveles y funciones – financiamiento, administración, gestión, prestación de servicios clínicos– estén conectados cuidadosamente de una manera que mejore la coordinación entre los actores responsables de la prevención, la atención y el tratamiento.¹¹ Una integración exitosa puede mejorar significativamente la calidad general de la interacción de las personas con el sistema de salud y, por lo tanto, mejorar los resultados de salud, especialmente en entornos donde la prestación de servicios de salud ha estado históricamente fragmentada y mal coordinada.

La atención primaria de salud desempeña un papel importante en la gestión y la integración de las ENT. Para las personas que viven con ENT, el apoyo para manejar su condición debe ser de fácil acceso y enfocarse en la vida cotidiana. En muchos casos, las ENT pueden tratarse en el nivel de atención primaria de salud utilizando protocolos estándar y medicamentos de bajo costo.¹² Por lo tanto, la integración de la atención de ENT en los servicios de atención primaria de salud existentes puede generar rentabilidad y mejorar significativamente los resultados de salud para las personas con ENT. Si bien la clave para el manejo diario de las ENT y la prevención de complicaciones adicionales radica en el fortalecimiento de la atención primaria, la atención secundaria y terciaria tiene una mayor relevancia en los momentos del diagnóstico o cuando surgen complicaciones.

Los enfoques que adoptan los sistemas de salud para integrar la atención de las ENT son diferentes en cada país y cada contexto local. A menudo, los modelos pueden combinarse para abordar múltiples desafíos o para aprovechar las iniciativas existentes. La medida en que se integran los servicios de promoción, prevención y atención primaria varía según los programas que se estén llevando a cabo. La integración se entiende como un *continuum* más que como dos extremos entre 'integrado' frente a 'no integrado'.

La integración completa implicaría proporcionar servicios para dos o más factores de riesgo o condiciones de salud en el mismo lugar, utilizando el mismo personal, métodos, protocolos o directrices, vías de atención y sistemas de datos (es decir, el mismo lugar, las mismas personas, al mismo tiempo, con los mismos métodos y procesos). La viabilidad, la efectividad y la sostenibilidad pueden variar según la naturaleza de los factores de riesgo y las condiciones de salud que se integren y la situación misma del sistema de salud.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Integrated Health Services: What and Why? Technical Brief. WHO, 2008. Accessed April 2018 at http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf

¹¹ Kodner et al. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2002; 2: e12

¹² Amarchand R et al. Lessons for addressing noncommunicable diseases within a primary health-care system from the Ballabgarh. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2015; 4(2): 130-138

Los enfoques de integración que se implementan para las ENT a menudo incluyen uno o más de los siguientes modelos:

Modelo 1

Integrar las intervenciones de control de ENT con otros programas de salud verticales

La integración ascendente de los servicios de ENT en los programas de salud existentes, como los relacionados con el VIH, la TB y la salud materno infantil, incorpora servicios como educación, promoción de la salud, derivaciones de servicios, asesoramiento, apoyo para la adherencia y/o cambio de hábitos.

ESTUDIO DE CASOS

AMPATH: Superposición de la atención del cáncer en los sistemas de prestación de servicios del VIH en Kenia

REACH: Superposición de los servicios de la diabetes en la atención de la tuberculosis en India

MSH: Integración de servicios integrales de VIH y cáncer cervical en Malawi

Modelo 2

Integrar a las ENT dentro de los servicios existentes en los diferentes niveles del sistema de salud

Este modelo puede implicar la integración de la adquisición de medicamentos para las ENT con los sistemas generales de adquisición y administración de suministros, integrando los servicios de laboratorio para las ENT en la infraestructura de laboratorio preexistente o integrando la vigilancia de las ENT o la capacitación de los trabajadores de la salud.¹³

ESTUDIO DE CASOS

Partners in Health: Integración de los servicios de ENT en los niveles más bajos de atención en las zonas rurales de Ruanda y Malawi

PATH: Integración de la detección de la hipertensión en el nivel de atención primaria en Vietnam

HealthRise: Integración de intervenciones de ENT basadas en la comunidad en servicios de salud pública en India

Modelo 3

Integrar las intervenciones para atender juntos a los factores de riesgo múltiples de ENT

La provisión de un paquete de servicios y de educación puede ayudar a las personas a controlar su consumo de tabaco, limitar su ingesta de alcohol, mantener una dieta saludable y aumentar la actividad física.

ESTUDIO DE CASOS

MSH: Atender los factores de riesgo múltiples de la diabetes gestacional en Etiopía

¹³ Narain JP. Indian Journal of Community Medicine, 2011; 36(Suppl1): S67–S71

Acelerar la acción contra las ENT: recomendaciones prácticas para la integración

Cómo crear un entorno propicio para una integración exitosa

Fundamentar la integración como un mecanismo para lograr cambios a largo plazo y mejorar la eficiencia

Dada la diversidad de puntos de vista y prioridades que compiten entre los interesados, todos los actores que deben reunirse deben tener claro el propósito, los objetivos y los beneficios de la integración para poder trabajar juntos en un solo proceso unificado. Uno de los mayores activos es la confianza en las relaciones entre las diversas partes interesadas para aprovechar de manera efectiva las diferentes habilidades y recursos necesarios para lograr el éxito. Es fundamental demostrar de manera concreta los beneficios colaterales de la integración a diferentes niveles de las partes interesadas y cómo las actividades pueden reforzarse mutuamente para garantizar la responsabilidad compartida sobre el proceso a largo plazo.

Activar un proceso realista que comience con el estado del sistema de salud actual

El grado en que los factores de riesgo y las condiciones de salud individuales se prestan para integrarse varía según las causas o factores subyacentes comunes, y los facilitadores o las barreras que presentan para un control exitoso. La estructura del sistema de salud y los recursos disponibles también son factores importantes a considerar. En teoría, hay muchos pasos a considerar cuando se busca la integración, pero es crítico comenzar por evaluar la 'disponibilidad del sistema de salud' para la integración, es decir, las áreas consideradas conducentes y las prohibitivas para implementar estrategias de integración. Construir sobre los recursos existentes y las fortalezas con procedimientos administrativos claros que operan con eficiencia ayudará a asegurar la priorización y la adaptabilidad adecuadas y realistas respecto a la complejidad del sistema. No hay un plan para la integración; más bien, es un proceso que requiere abrazar el método de prueba y error mientras se amplía continuamente el límite de lo que es posible lograr. Comenzar con proyectos pilotos y de demostración ofrece más tiempo para la adaptación y garantiza una mayor sostenibilidad de los enfoques a largo plazo.

Integrar las discusiones sobre financiamiento, necesidades humanas y técnicas desde el principio

La integración de los servicios de ENT en el nivel de atención primaria puede requerir financiación adicional y optimización de recursos. Por ejemplo, la descentralización de los servicios clínicos requiere fortalecer la capacidad a nivel de atención primaria. La integración de las ENT también debe implementarse de una manera que promueva el logro de la cobertura universal de salud y elimine las barreras financieras para la adopción y la adhesión de intervenciones de ENT que sean rentables. Por lo tanto, la integración de los servicios de ENT requiere estrategias para un financiamiento adicional que desarrollará el Ministerio de Salud, en asociación con otras partes interesadas.



Cómo apoyar a los trabajadores de la salud a lograr una integración efectiva

Empoderar a la fuerza laboral de atención médica en todos los niveles del sistema de salud

La integración efectiva de las ENT requiere el uso óptimo y eficiente de los recursos humanos existentes o disponibles para emparejar de manera efectiva los recursos y las habilidades de los trabajadores de la salud con la carga de la enfermedad y las necesidades de la población. La prevención y el control de las ENT deberían incluirse en todas las fases de capacitación, desarrollo y gestión de la fuerza de trabajo de salud para explotar mejor el potencial de los diferentes trabajadores sanitarios y crear una combinación de habilidades receptiva. Además, la responsabilidad sobre las tareas y el liderazgo de equipo son esenciales para comprender y secuenciar el proceso de integración de ENT y enfermedades infecciosas y sirven para maximizar

la eficiencia de los enfoques multidisciplinarios basados en equipos y garantizar que los trabajadores de la salud se desplieguen estratégicamente.

Fomentar una cultura de equipo con capacitación y tutorías como un esfuerzo continuo

La tutoría continua y la capacitación para fortalecer los conocimientos del equipo, las habilidades y la capacidad de mantenimiento son clave. La supervisión de profesionales experimentados de los hospitales de distrito y terciarios juega un papel importante en la construcción de la confianza entre los proveedores de atención médica en las instalaciones de atención primaria de salud. Esto puede incluir observación directa y asesoramiento práctico. Los hospitales de distrito pueden servir como fuente de liderazgo clínico. La divulgación de conocimientos, el fortalecimiento de las capacidades y las actitudes que respaldan la prestación de servicios integrados debe ser un proceso continuo con cursos cortos en el lugar y apoyo y tutoría continuos.

Establecer una red de derivación sólida es fundamental

Los proveedores de atención informales y los proveedores de atención tradicional suelen no derivar a las personas que viven con ENT a otras instalaciones de salud más apropiadas hasta que la situación de la persona se complica o se vuelve difícil de manejar. Este retraso en la derivación puede empeorar los síntomas y representar una carga costosa para las personas que viven con ENT. Establecer una red sólida de derivaciones es fundamental. Esto requiere el compromiso de los proveedores de atención médica formales e informales, incluso en los procesos de planificación. La integración de la promoción de la salud, el cribado y las actividades de los agentes de salud comunitarios en materia de salud reproductiva, nutrición, enfermedades infecciosas y ENT también garantizará el control de los factores de riesgo y la detección temprana de las ENT. Se deben identificar y aprovechar al máximo las posibilidades de sinergias.



Cómo desarrollar enfoques centrados en las personas en apoyo de la integración

Fomentar enfoques holísticos para los servicios de atención de ENT a lo largo de la vida

La planificación de los servicios para las ENT debe ser diferente de la planificación para las enfermedades infecciosas como el VIH y la TB. Los enfoques completamente específicos de cada enfermedad para las ENT individuales resultan en un uso ineficaz de los recursos y una carga financiera adicional para el sistema de salud; por lo tanto, se debe adoptar un enfoque holístico para abordar las ENT. Los modelos de integración deben ser diseñados e implementados por equipos multidisciplinarios con una gama de expertos que incluya especialistas en salud pública, profesionales de la comunicación y cambio social, expertos en mercadotecnia y empresas sociales, especialistas en tecnología de la información y salud digital, entre otros.

Apoyar un cambio dinámico en términos de cómo las personas interactúan con el sistema de salud

Adoptar un enfoque de atención centrada en la persona es fundamental para cambiar la forma en que las personas perciben su propia salud, permitiéndoles sentirse empoderados para abordar estas condiciones y cambiar la relación que las personas tienen con su sistema de salud logrando que las personas, la comunidad y el sistema de salud se conviertan en socios. Los esfuerzos críticos que conducen a una atención centrada en la persona incluyen:

- **Concientización a nivel personal y comunitario:** la educación para la salud puede ser impulsada por educadores de la comunidad que pueden llevar a cabo la movilización comunitaria e identificar a aquellos que necesitan atención.
- **Combatir el estigma:** la integración en las plataformas de salud puede ayudar a abordar el tema del estigma. Por ejemplo, el estigma suele estar vinculado a enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual y la TB. Las ENT brindan la oportunidad de incentivar la detección bidireccional como un paquete de servicios.
- **Incorporar perspectivas locales en el diseño del programa:** involucrar a las partes interesadas de la comunidad y a los trabajadores de salud desde el principio, en particular cuando se discute el desarrollo, la selección, la planificación, la implementación y el monitoreo de intervenciones de ENT, puede ayudar a asegurar que sean apropiados, factibles y que satisfagan las necesidades locales de la comunidad, así como garantizar que los servicios sean culturalmente apropiados y bien recibidos.
- **Fortalecimiento de las relaciones paciente-proveedor:** dado que las ENT son enfermedades crónicas, las personas que viven con ENT a menudo tienden a desarrollar relaciones cercanas con sus proveedores de servicios médicos. Este vínculo de apoyo emocional puede contribuir significativamente a lograr los objetivos terapéuticos preestablecidos.

Cómo capturar y usar datos para respaldar la integración

Es clave la evaluación completa de las instalaciones desde el principio:

Al planificar la integración de los servicios de ENT en las plataformas sanitarias existentes, es fundamental llevar a cabo evaluaciones detalladas y específicas de la situación de cada instalación individualmente, no solo como un subconjunto de instalaciones. Lee ejemplos para la evaluación en el [Manual de ENT de PIH, Apéndice A](#).

El uso de datos para la toma de decisiones es esencial, incluso en instalaciones con sistemas de datos en papel:

Trabajar con registros médicos digitales puede permitir la recopilación y el intercambio de información entre diferentes establecimientos de salud. Pero incluso en instalaciones sin registros médicos digitales también se puede recopilar información relevante. Lo que es clave es que los trabajadores de la salud comprendan por qué

se recopilan los datos para que se conviertan en buenos administradores de la información y garanticen su calidad. Para obtener el máximo valor de estos datos, se debe trabajar con una amplia variedad de partes interesadas en varios niveles. Esto incluye:

- Compartir datos con los gobiernos locales y los responsables de las políticas de salud del ministerio de salud puede generar apoyo y responsabilidad en los niveles más altos dentro del sistema de salud.
- Compartir datos con trabajadores de salud ayuda a demostrar cómo su trabajo está marcando la diferencia.
- Compartir datos entre las instalaciones de salud puede crear una competencia saludable para mejorar los resultados.

Lee ejemplos de Indicadores para Monitoreo y Evaluación en el [Manual de ENT de PIH, Apéndice C](#).

Nota: El manejo de datos siempre se debe llevar a cabo con estricto cumplimiento de la ley de privacidad, incluidas las reglamentaciones sobre el uso de datos electrónicos y los derechos del propietario cuando corresponda. Los profesionales de la salud tienen la obligación de mantener la confidencialidad de la información de salud del paciente tal como se define en los códigos éticos de la profesión y en las leyes nacionales.

Cómo garantizar una gobernanza efectiva y la sostenibilidad de los esfuerzos de integración

Desarrollar una colaboración constructiva entre las partes interesadas

La comunidad, los proveedores y los líderes de la atención médica deben estar bien alineados en todo el proceso de integración. Los puntos de vista culturales y las normas sociales de la comunidad, el ambiente de trabajo y la carga del proveedor de servicios de salud, y las reglamentaciones existentes sobre los roles y responsabilidades de los proveedores de atención médica son factores a considerar al diseñar e implementar un proyecto de integración.

Asegurar una asignación adecuada de recursos en todos los niveles del sistema

Si bien la integración puede ser rentable y eficiente, no debe verse como una solución ante la falta de recursos. La integración de las ENT en el sistema de salud no se puede lograr sin que el sistema en su conjunto cuente con mejores recursos, y las ENT se prioricen en las agendas de cobertura universal y de atención primaria de salud centrada en las personas y la salud en el hogar.

Manejar la naturaleza de la integración de múltiples partes interesadas

Dado que la integración requiere una cooperación continua entre los miembros de equipos multidisciplinarios, mantener la confianza es fundamental para una integración exitosa. Este cambio en la dinámica del equipo puede poner al descubierto muchas brechas de liderazgo, ya que produce cambios significativos en la cultura del trabajo dentro del sistema. Establecer una buena gobernanza, estructura y responsabilidad desde el comienzo es importante.

a. Planificación

La configuración de cronogramas y planes de trabajo ayuda a prepararse para posibles obstáculos, como demoras en la finalización de las aprobaciones necesarias.

b. Fortalecimiento del equipo de trabajo

La integración puede ser difícil de implementar cuando las personas ven sus tareas como responsabilidades propias, en lugar de ver que su trabajo se integra con el de todos los demás en todo el sistema. La construcción

cuidadosa del equipo y la resolución de conflictos son fundamentales para una integración exitosa.

c. Desarrollo de liderazgo

Los médicos, las enfermeras, los trabajadores de la salud comunitarios y todos los que participan en la prestación de la atención sanitaria pueden, por ejemplo, reunirse durante una hora tres veces a la semana para analizar casos y brindar una atención óptima y de manera efectiva. El desarrollo del liderazgo es fundamental para garantizar que los equipos funcionen de manera efectiva.

Trabajar hacia la ampliación y la implementación para el éxito

La construcción de la sostenibilidad y los planes para la ampliación deben integrarse en el diseño del programa desde el principio. Los planes de ampliación del proyecto deben considerar una variedad de factores tales como la sostenibilidad financiera, las condiciones del mercado, las posibles partes interesadas y las asociaciones, las características de la población meta y los factores culturales. Específicamente, se debe considerar:

a. Cronograma para la implementación

Por ejemplo, dado que la atención del cáncer requiere tecnologías de alto costo, es importante asegurar una financiación adecuada antes de comenzar la detección activa del cáncer a nivel de la comunidad.

b. Capacidad de absorción del sistema

Debido a que las ENT, al igual que el VIH, requieren cuidados a largo plazo, se debe prestar atención a la capacidad del sistema para absorber al número creciente de personas que viven con ENT.

Si bien cualquier conjunto de recomendaciones no puede ser universalmente exhaustivo, las sugerencias resumidas se basan en aprendizajes específicos de organizaciones que han implementado con éxito modelos de integración. Están destinadas a ser utilizadas como un conjunto práctico de sugerencias para su consideración durante el diseño y la implementación de los programas de ENT.

De los desafíos a las soluciones: aprovechar las oportunidades y mejorar más vidas

Para abordar los desafíos planteados por las ENT, es necesario actuar particularmente sobre la atención primaria, pero también en todos los niveles del sistema de salud.

- A nivel del **sistema de salud**, la integración establece un entorno propicio para la implementación de intervenciones específicas para la atención integrada de las ENT en todos los niveles.
- A nivel del **centro de salud**, la integración conduce a una atención de las ENT organizada en torno a las necesidades de las personas que viven con ENT y ayuda a las personas a tratar y manejar mejor las ENT y cualquier comorbilidad mientras mejora el bienestar general de las personas.
- A nivel **comunitario**, la integración permite que la atención se centre aún más en la persona porque los servicios están disponibles lo más cerca posible de su hogar.

Cuando las acciones de integración se implementan en estos tres niveles a través de un enfoque combinado de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, se observa un mayor impacto. En cada uno de estos niveles, existe una gama de desafíos, acciones clave para abordarlos y resultados finales, como se describe más adelante. Algunos de los desafíos, acciones y resultados son aplicables en múltiples niveles, pero solo se mencionan una vez.



Foto: © 2007 Amynah Janmohamed

A nivel comunitario

Desafíos

Limitaciones en la educación en temas de salud y en la concientización de los factores de riesgo de ENT en algunas comunidades

Falta de orientación y conocimiento de las mejores prácticas alineadas con el contexto local o la infraestructura para alimentar las intervenciones basadas en la comunidad para las ENT

Falta de experiencia o apoyo para la acción comunitaria para las ENT y para el cambio de tareas por parte de los trabajadores de salud de la comunidad

Servicios de salud centralizados con una historia limitada de asociación activa entre el sector gubernamental y las comunidades o sistemas que no están bajo un comando coordinado a nivel nacional, distrital, municipal o comunitario

Desigualdades socioeconómicas y altos costos de bolsillo para los servicios de salud de ENT

Acciones

Empoderar a las comunidades para priorizar la educación sanitaria y las actividades de alfabetización en salud adaptadas a grupos de audiencia específicos

Integración de servicios de detección de ENT en farmacias locales, empresas o entornos domésticos cercanos a las comunidades

Integrar la detección de las ENT y la educación comunitaria en el paquete de servicios proporcionados por los trabajadores de salud de la comunidad, con un sistema para derivar posibles casos a los centros de salud locales y apoyar el tratamiento ambulatorio con apoyo comunitario

Fortalecer la participación de los trabajadores de salud comunitarios en la prevención y el control de las ENT, con la integración de módulos específicos de ENT en sus capacitaciones

Apoyar la descentralización de los servicios de salud, con una mayor colaboración a nivel local

Resultados

Mayor conciencia de la comunidad sobre los factores de riesgo de las ENT, comorbilidades y oportunidades de prevención

Mejora de las actividades para el diagnóstico precoz con servicios menos fragmentados que permitan un mejor acceso y una mejor promoción de la salud

Entornos comunitarios que apoyan y mantienen las mejoras para la salud y el bienestar

Más continuidad en la atención, mejores sistemas de derivación, mayor satisfacción con la atención recibida y mejores resultados

Mejoras en la autogestión, menor dependencia de los trabajadores de salud comunitarios, mayor proximidad de los servicios y menor demora en la consulta para acceder al diagnóstico y al tratamiento

Costos menores de bolsillo para personas que viven con ENT y sus familias

A nivel del centro de salud

Desafíos

Múltiples puntos de entrada posibles (por ejemplo, el ingreso depende de qué condición los lleve a interactuar primero con el sistema de salud)

Conocimiento limitado de intervenciones relevantes para prevenir ENT y sus complicaciones secundarias

Falta de protocolos clínicos estandarizados para el manejo de las ENT con sistemas de derivación poco claros

Personal sanitario sobrecargado, apoyo limitado en el desarrollo de capacidades para la integración y barreras en la colaboración interprofesional

Priorización, objetivos y costos poco claros que resultan en toma de decisiones inadecuadas, comprometen los recursos, debilitan la planificación y derivan en presupuestos aislados dentro de las instalaciones

Disponibilidad limitada de medicamentos, tecnologías y sistemas débiles en la cadena de suministros

Diálogo y capacidad limitados que impiden aprovechar soluciones como mHealth y eHealth que respaldan la integración, la ampliación y la divulgación de las estrategias y programas de ENT: estas tecnologías pueden considerarse competencia de los métodos tradicionales de prestación de asistencia sanitaria cuando, de hecho, son complementarias



Acciones

Desarrollar una gama completa de servicios en todos los niveles de atención, para distintas condiciones de salud y que abarque todo el ciclo de vida, con disponibilidad para todas las personas, que incluya servicios de prevención, curativos, paliativos y de rehabilitación y actividades de promoción de la salud.

Integrar la detección de ENT en la atención de rutina de las enfermedades infecciosas y fomentar la detección bidireccional

Desarrollar sistemas de derivación (o referencia) sólidos para casos complicados a niveles de atención más altos y establecer acuerdos de colaboración entre médicos en diferentes centros de salud

Brindar educación sanitaria y apoyo a las personas que viven con ENT para mejorar el autocontrol de las ENT y prevenir las complicaciones secundarias de las ENT

Desarrollar formas para la toma de decisiones compartidas entre las personas que viven con ENT y sus proveedores de atención médica

Crear equipos multidisciplinarios para diseñar y evaluar los planes de tratamiento y atención para las personas con ENT y sus comorbilidades dentro del mismo centro de salud

Establecer pautas claras sobre el cambio y el intercambio de tareas para facilitar la delegación de tareas no clínicas y ganar más tiempo para que los profesionales de la salud se centren en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las ENT.

Garantizar la disponibilidad de directrices simplificadas para el manejo de las ENT en las instalaciones de atención primaria de la salud basadas en la adaptación del paquete de intervenciones para ENT de la OMS (PEN) en la atención primaria de salud en entornos de bajos recursos

Mejorar los sistemas de gestión de suministros y aprovisionamiento de medicamentos y tecnologías esenciales

Fortalecer el liderazgo técnico de los directivos de las instalaciones de atención primaria para mejorar la supervisión y garantizar la calidad de los servicios de ENT

Promover el valor de las intervenciones de eHealth y mHealth para mejorar el acceso a la información y el establecimiento de sistemas de registros médicos integrados para facilitar el seguimiento del historial médico

Resultados

Se mejora la promoción de la salud y de hábitos saludables, se logra mayor satisfacción con la atención recibida y mejora la adherencia al tratamiento, con menos visitas de pacientes a los centros de salud

Se mejora el acceso a un espectro integral de servicios de salud esenciales de buena calidad para las ENT y servicios menos fragmentados para las ENT y las comorbilidades

Se mejora la calidad y la continuidad de la atención, con la reducción de retrasos en la búsqueda de consultas para acceder al diagnóstico y tratamiento de ENT y comorbilidades

Aumento de la eficiencia al reducir los costos para el centro de salud y mejores resultados de salud para los sistemas de salud

A nivel del sistema de salud

Desafíos

La mentalidad competitiva entre los niveles del sistema de salud, los programas y las instituciones, la falta de integración intersectorial en todas las áreas del programa y el conocimiento limitado de las interconexiones entre los sectores

Dificultad para identificar oportunidades y beneficios comunes de la integración en diferentes niveles de las partes involucradas

Gestión y financiamiento aislados del programa con falta de fondos para las ENT, y seguimiento y evaluación deficientes

Cobertura financiera limitada para los servicios de ENT

Capacidad limitada de la fuerza de trabajo para proporcionar atención integrada de ENT



Acciones

Establecer políticas y regulaciones para guiar la integración de las ENT en todos los sectores y apoyar la planificación estratégica para el cuidado de las ENT, proporcionando paquetes básicos de estrategias rentables para prevenir y tratar las ENT.

Integrar los objetivos para las ENT en las estructuras de gobernanza existentes, a través de una planificación y gestión coordinadas, el monitoreo y la evaluación, y la presentación de informes

Diseñar esquemas de financiamiento e incentivos para apoyar la atención integrada de las ENT y eliminar las barreras financieras para la adopción y el cumplimiento de las intervenciones de ENT que son rentables

El desarrollo de mecanismos de protección de riesgos financieros para garantizar que el costo de utilizar la atención no pone a las personas en riesgo de sufrir dificultades financieras.

Establecer y fortalecer los sistemas nacionales de información de salud (incluidos los registros médicos) para el seguimiento y la evaluación de las ENT y los factores de riesgo, así como las estadísticas de morbilidad/mortalidad

Integrar la prevención y el control de las ENT en todas las fases de la formación, el desarrollo y la gestión de la fuerza de trabajo sanitaria

Resultados

Se reduce la duplicación (o redundancia) en la administración de servicios de atención médica

Se logra una mayor coordinación entre programas verticales

Mejora la comunicación y el intercambio de información con el gobierno

Mejora la eficiencia en la asignación de recursos

Mejoras en la recopilación de datos sobre los resultados de salud de los pacientes que viven con ENT y comorbilidades

Mejor comunicación e intercambio de información entre todos los actores en diferentes partes del sistema de salud

Gobernanza y rendición de cuentas más estrictas para los resultados generales de salud

Más personal sanitario multidisciplinario

Mejor protección financiera y cobertura contra gastos catastróficos por las ENT

A person wearing a purple patterned dress is holding a smartphone. The phone screen displays a web application interface with various buttons and text. A semi-transparent text box is overlaid on the image, containing two paragraphs of text. The background is slightly blurred, showing a colorful patterned fabric.

Los estudio de casos basados en proyectos presentados en esta publicación se recopilaron tras recibir varios aportes de toda la comunidad de salud mundial, a través de una convocatoria abierta en el sitio web y el boletín informativo de la Alianza de ENT y con solicitudes más específicas a los socios con quienes Eli Lilly and Company y la Alianza de ENT colaboran estrechamente. Se completó una primera ronda de selección basada en un enfoque geográfico y de la enfermedad, seguida de entrevistas en profundidad y consultas con los responsables de la implementación del proyecto para resumir los avances y las lecciones aprendidas; y para evaluar la disponibilidad de los datos de impacto.

Los casos incluidos aquí están destinados a proporcionar ejemplos concretos de integración pero no reflejan una visión integral de todos los esfuerzos actualmente en curso.

Estudio de casos

Modelo 1	
Integrar las intervenciones de control de ENT con otros programas de salud verticales	28
AMPATH	
Superposición de la atención al cáncer en el sistema de prestación de servicios de VIH en Kenia	28
REACH	
Superposición de los servicios para la diabetes en la atención a la TB en India	32
MSH	
Integración de los servicios para el VIH y el cáncer cervical en Malawi	35
Modelo 2	
Integrar a las ENT dentro de los servicios existentes en los diferentes niveles del sistema de salud	38
Partners in Health (PIH)	
Integración de los servicios de ENT en centros de salud y hospitales de distrito de las zonas rurales de Ruanda y Malawi	38
PATH	
Integrar la detección de la hipertensión en el nivel de atención primaria en Vietnam	42
HealthRise	
Integración de intervenciones de ENT comunitarias en servicios de salud pública en India	46
Modelo 3	
Integrar las intervenciones que atienden los factores de riesgo múltiples de ENT	50
MSH	
Abordar los múltiples factores de riesgo para la diabetes gestacional en Etiopía	50

MODELO 1

Integrar las intervenciones de control de ENT con otros programas de salud verticales

AMPATH

Superposición de la atención al cáncer en el sistema de prestación de servicios de VIH en Kenia

Ubicación Eldoret, Kenya

Entorno Rural

Población objetivo Programa de oncología y hematología: 18 millones de personas; Programa de VIH/ SIDA: 2 millones de personas.

Socios Ministerio de Salud de Kenia, Moi University, Moi Teaching and Referral Hospital, Indiana University (liderando un consorcio de más de 14 instituciones estadounidenses), Eli Lilly and Company, Takeda, Celgene, Bristol-Myers Squibb Foundation, Indiana Hemophilia and Thrombosis Center.

Modelo de integración

AMPATH reformuló el modelo tradicional de 'centro y periferia' o 'modelo radial' ('*hub-and-spoke*' model) -en el cual el núcleo es un sitio central de atención y los radios son sitios descentralizados-, utilizado para descentralizar los servicios de VIH e implementado para aumentar el acceso a servicios de una población rural empobrecida, superponiendo servicios para la atención del cáncer. Bajo este modelo, la detección, el diagnóstico y el tratamiento para el cáncer se incluyen en las prácticas actuales desde el nivel de atención primaria hasta el nivel terciario, con mecanismos de retroalimentación que vuelven a los niveles más bajos de atención. El programa contra el cáncer incluye una red de más de 100 sitios remotos alojados en instalaciones financiadas por el gobierno con diferentes niveles de infraestructura y cuenta con procesos establecidos para la derivación de casos de cáncer más complejos a centros de atención de más alto nivel.



Resultados generales

La integración de la atención del cáncer en plataformas existentes para enfermedades infecciosas es factible en entornos rurales de bajos recursos. La rentabilidad se puede lograr utilizando la infraestructura existente, coordinando con los gobiernos locales, desarrollando protocolos de tratamiento con quimioterapéuticos sin patente y asequibles, y prácticas de cambio de tareas. Además, la capacitación específica y la colaboración del personal en todos los niveles del sistema de salud es fundamental para garantizar que el personal del programa de enfermedades infecciosas reconozca el beneficio que la integración puede aportar a su trabajo actual.

“

La atención de las ENT es por su naturaleza multidisciplinaria y tienes que hacer un seguimiento a los pacientes durante toda su vida. Frecuentemente les digo a mis pacientes que los acompañaré hasta que ellos o yo muramos.

Dr Fredrick Chite Asirwa, Co-Director Médico, AMPATH, Programa de Oncología y Hematología



Feria de agricultura en Eldoret, Kenia. © Greg Webb / IAEA

DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

Si bien las personas que reciben tratamiento y atención para el VIH han mejorado su vida en Kenia gracias a los avances en la atención del VIH, casi uno de cada diez pacientes con VIH desarrolla cánceres que normalmente no se detectan a tiempo. De hecho, el 80% de los casos de cáncer informados en el país se diagnostican en una etapa avanzada. Paralelamente, la mortalidad por cáncer en Kenia ha aumentado exponencialmente, y ahora representa el 7% de todas las muertes anuales. Esto se debe a la limitada infraestructura existente para la detección, el diagnóstico y la atención del cáncer en todo el país.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Integración de la detección del cáncer en los servicios del VIH: habiendo establecido un modelo basado en la comunidad del VIH que brinda atención a más de

140,000 pacientes con 2,000 nuevos pacientes inscritos mensualmente, los médicos notaron que los pacientes desarrollaban cada vez más neoplasias asociadas al VIH/ SIDA como el sarcoma de Kaposi y el linfoma no hodgkiniano. Esto condujo al desarrollo del programa de Oncología de AMPATH, un modelo de centro y periferia en el que el Centro AMPATH en Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH) sirven como centro y los sitios colaboradores como radios. Los radios incluyen 100 centros de salud que brindan exámenes de detección, educación y capacitación sobre el cáncer, apoyo de atención clínica, supervisión y retroalimentación. Los trabajadores de salud involucrados en las actividades de AMPATH son trabajadores de salud pública cuyos sueldos son pagados por el gobierno nacional y el condado. Sin embargo, cada uno de los miembros del personal del Centro AMPATH está vinculado a las instituciones internacionales asociadas que proporcionan fondos para esos puestos (ver socios en página anterior).

INTERVENCIONES

Establecimiento de un modelo radial, de centro y periferia (*hub-and-spoke model*)

Se estableció un modelo donde el Centro de Cáncer AMPATH en MTRH es el eje y los sitios colaboradores son los radios. Cada centro participa en actividades dependiendo del nivel de pericia con que cuentan. Por ejemplo, dado que el Hospital del Condado de Kisumu tiene un oncólogo ginecológico (que ha sido entrenado en la Universidad AMPATH/Moi), las cirugías de oncología ginecológica se llevan a cabo allí.

Eficiente cambio de tareas y capacitaciones

El cuidado del cáncer es de naturaleza multidisciplinaria y, por lo tanto, todos los cuadros del personal están capacitados. Las enfermeras, los médicos, los patólogos y los cirujanos capacitan y ayudan a equipar a los hospitales locales tanto en el desarrollo de capacidades como en la infraestructura para detectar y tratar a muchas más personas por cáncer.

Esto se hizo apoyando a los trabajadores de la salud en el desarrollo de las capacidades necesarias y luego integrando la detección y el tratamiento del cáncer a las responsabilidades de los trabajadores de la salud. Por ejemplo, debido a que un terapeuta trataba a 50 pacientes con cáncer cervical en cada clínica, los ginecólogos fueron entrenados para convertirse en oncólogos ginecológicos a través de un programa de becas de dos años para brindar atención para el cáncer de cuello uterino y otros cánceres ginecológicos.

Diagnóstico integrado

Aprovechando la infraestructura de laboratorio actual para el VIH, AMPATH desarrolló una capacidad de diagnóstico para el cáncer que se impulsa a través del laboratorio clínico central y se respalda a través de pequeñas instalaciones de laboratorio en sitios de clínicas remotas para servicios de VIH y cáncer. Por ejemplo, la citometría de flujo para diagnosticar leucemia/linfomas se lleva a cabo en el mismo laboratorio de derivación que gestiona al VIH/SIDA. Los técnicos locales y el personal de ambas instalaciones se han capacitado en el mismo centro en el Departamento de Patología de la Universidad de Indiana, Estados Unidos.

Telemedicina

La telemedicina está integrada en el sistema oncológico de AMPATH para aumentar el acceso de las personas a la atención por cáncer y mejorar la calidad de esa atención. La telemedicina permite a los especialistas en cáncer con base en el Hospital Central MTRH/AMPATH, tener consultas con los trabajadores de la salud y los pacientes que se encuentran en centros de salud remotos. La telemedicina también promueve la atención centrada en la persona ya que los pacientes pueden recibir consultas y segundas opiniones, que son importantes en el diagnóstico del cáncer, sin tener que trasladarse. Los lugares remotos con alcance de la telemedicina se están expandiendo de dos centros de salud a por lo menos 20, en los próximos dos años.

Educación comunitaria y apoyo financiero

La educación integrada para la concienciación sobre el cáncer se brinda a través de una plataforma móvil y se integra en las actividades de educación sobre el VIH puerta a puerta que los trabajadores de salud comunitaria ya están brindando en sus zonas. Los mismos trabajadores de salud comunitarios que cuentan con la confianza de sus comunidades para la provisión de la atención del VIH y la divulgación de información son los encargados de la educación sobre el cáncer y la información sobre su detección. Además, el programa ayuda a las comunidades a formar grupos de mujeres para mejorar sus niveles de vida y apoyar la inscripción en el Fondo Nacional de Seguros de Hospitales (NHIF), trabajando con los líderes locales para asegurar que la

comunidad se apropie del programa y se comprometa con su sostenibilidad.

Recopilación y evaluación de datos

La recopilación de datos es un componente crítico del programa. Los datos sobre el cáncer se capturan a través del sistema electrónico de registros médicos de código abierto (AMRS). Para evaluar el programa, AMPATH implementó un enfoque gradual que considera un conjunto mínimo de indicadores clave con el objetivo de agregar nuevos indicadores que permitan la expansión progresiva del seguimiento de los datos clínicos y los lineamientos del tratamiento.

IMPACTO

El programa oncológico de AMPATH¹⁴, que comenzó hace más de 12 años, ha logrado:

- Establecer un centro de atención de cáncer y cuidado a pacientes crónicos que alberga a más de 10,000 pacientes y examina a más de 12,000 mujeres por cáncer de cuello uterino cada año. La instalación tendrá cuatro unidades de radiación en 2018.
- Desarrollar el primer plan de estudios en ginecología-oncología aprobado de Kenia, que cuenta con tres promociones graduadas y cuatro estudiantes en formación.
- Reclutar a diez miembros del personal para la atención al cáncer (cuatro en medicina general, tres en ginecología, dos en radiación, uno en pediatría) y un equipo de cuidados paliativos que atiende a 20 millones de pacientes en el área de influencia del oeste de Kenia.
- Establecer una Dirección de Oncología en el Moi Teaching and Referral Hospital.
- Crear una farmacia renovable para oncología que asegure el suministro adecuado de medicamentos, comprados a través de subvenciones de fundaciones y compañías farmacéuticas. Los medicamentos donados se dan a los pacientes de forma gratuita.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Capacitación personalizada para trabajadores de la salud

La integración de la educación sobre el cáncer en las actividades de los trabajadores de salud comunitarios demostró ser un reto debido a que los trabajadores de salud comunitarios voluntarios (TSC) están sobrecargados con responsabilidades adicionales. Como resultado, el programa oncológico de AMPATH organizó diferentes niveles de trabajadores con diferentes niveles de capacitación y responsabilidades. Por ejemplo, en el programa de linfoma:

- a. "Observadores": en el nivel más básico, los TSC llamados "observadores" reciben libros con imágenes

¹⁴ Loehrer PJ et al, Capacity building in sub-Saharan Africa: models of care. The Lancet Global Health, 2018; 6: S17–S18

de personas con cáncer en etapa avanzada. Los observadores no comparten información sobre el cáncer. Están entrenados simplemente para avisar a su supervisor cada vez que ven a alguien en la comunidad que parece tener la misma afección que las personas en sus imágenes.

- b. **'Los TSC de alcance'**: los TSC que han completado la educación secundaria reciben herramientas tales como rotafolios que usan para educar a la comunidad sobre el cáncer. Son responsables de llegar a las personas identificadas por los observadores e iniciar la detección y educación sobre el cáncer.
- c. **Enfermeras**: las enfermeras de alcance respaldan la educación de los TSC.
- d. **Médicos**: se lleva a cabo una capacitación complementaria de alto nivel para médicos.

2. Sistemas de información e intercambio de datos

Los registros médicos electrónicos permiten la recopilación y el intercambio de información en diferentes establecimientos de salud. Pero se pueden recopilar buenos datos incluso en lugares sin registros médicos digitales. La clave está en que todos los trabajadores de la salud comprendan por qué se recopilan los datos, para que se conviertan en buenos administradores de estos y garanticen su calidad. Para obtener el máximo valor de esta información, se debe compartir con una amplia variedad de partes interesadas en distintos niveles.

- a. **Gobierno**: compartir los datos con el gobierno de forma regular, incluso si no lo solicitan. El intercambio de información y el análisis de los datos con los responsables de las políticas de salud en el ministerio de salud genera apoyo y apropiación en los altos niveles dentro del sistema de salud.
- b. **Trabajadores de la salud**: compartir datos con los trabajadores de la salud de la comunidad ayuda a demostrar cómo su trabajo está marcando la diferencia. Compartir datos entre las instalaciones puede crear una competencia sana para mejorar los resultados.

3. Gobernanza, estructura y responsabilidad

Dado que la integración requiere de una cooperación continua entre los miembros de los equipos multidisciplinarios, mantener la confianza es fundamental para una integración exitosa. Este cambio en la dinámica del equipo puso al descubierto muchas brechas de liderazgo, ya que se produjeron cambios significativos en la cultura de trabajo dentro del sistema.

- a. **Construcción de equipos**: la integración puede ser difícil de implementar cuando las personas ven sus tareas como responsabilidades propias añadidas, en lugar de ver que sus responsabilidades se integran con las de los demás en todo el sistema. La creación de

equipos reflexivos y con capacidad para la resolución de conflictos es fundamental para una integración exitosa.

- b. **Desarrollo del liderazgo**: médicos, enfermeras, radio-logistas, patólogos y todos los que participan en la prestación de atención sanitaria se reúnen durante una hora tres veces a la semana para analizar casos y brindar una atención óptima de manera efectiva. El desarrollo del liderazgo es fundamental para garantizar que los equipos funcionen de manera efectiva. AMPATH actualmente está buscando recursos para proporcionar capacitación de liderazgo a gerentes y supervisores.

4. Sostenibilidad a largo plazo

La integración de las ENT debe implementarse de manera que promueva el logro de la cobertura universal de salud. Por lo tanto, es muy importante ordenar las actividades correctamente. En este caso, fue necesario contar con los fondos suficientes para poder atender a los pacientes con cáncer antes de iniciar el cribado activo del cáncer a nivel de la comunidad. Debido a que las ENT, al igual que el VIH, requieren atención a largo plazo, se debe prestar especial atención a la capacidad del sistema para absorber un número creciente de pacientes a lo largo del tiempo.

RECURSOS

[AMPATH Kenya. Webpage](#); 2018

[Capacity Building in sub-Saharan Africa: models of care](#). The Lancet Global Health; March 2018

[Strengthening care and research for women's cancers in Sub-Saharan Africa](#). Gynaecologic Oncology Reports; August 2017

[Factors Associated with Uptake of Visual Inspection with Acetic Acid \(VIA\) for Cervical Cancer Screening in Western Kenya](#). PLOS ONE; May 2016

[AMPATH-Oncology: A model for comprehensive cancer care in sub-Saharan Africa](#). Journal of Cancer Policy; June 2013

[AMPATH: A strategic partnership in Kenya. Global Perspectives on Strategic International Partnerships](#). Institute of International Education; 2016

[Engaging the entire care cascade in western Kenya: a model to achieve cardiovascular disease secondary prevention roadmap goals](#). Global Heart; December 2015

[Adoption of scale up strategy and its effects on health care service provision in Kenya: a case of AMPATH cervical cancer program](#). International Journal of Disaster Management and Risk Reduction; March 2014

[The evolution of comprehensive cancer care in Western Kenya](#). Journal of Cancer Policy; April 2013

REACH

Superposición de los servicios para la diabetes en la atención a la TB en India

Ubicación	Chennai, India
Entorno	Urbano
Población objetivo	4.500 patients
Socios	REACH, Corporation of Chennai, Eli Lilly and Company.

Modelo de integración

REACH estableció un modelo mixto privado-público que proporciona detección, diagnóstico y apoyo a la TB a través de una red de instituciones y proveedores de salud públicos y privados. El modelo se ha ampliado para apoyar la detección y el seguimiento de pacientes de TB con diabetes. La ampliación del componente de diabetes ahora se está considerando como parte de la iniciativa a cuatro años para toda la ciudad –TB Free Chennai–, en colaboración con USAID y Stop TB Partnership.

Resultados generales

Ante la creciente carga doble de enfermedad, entre las enfermedades infecciosas y no transmisibles, las plataformas existentes pueden aprovecharse para integrar los servicios de ENT en entornos urbanos de bajos recursos. La detección de la diabetes y otras ENT en pacientes con TB ayuda a la detección oportuna de casos y acceso al tratamiento, y mejora indirectamente los resultados en el tratamiento de la TB.



DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

En las últimas dos décadas, el gobierno de la India ha implementado una serie de iniciativas para abordar la epidemia de TB en el país. Mientras que estos programas estatales han logrado la reducción de la mortalidad por TB, su implementación sigue enfrentando un desafío crítico: el 80% de los pacientes con TB primero buscan atención en el sector privado, donde los proveedores de atención no cualificados superan en número a los médicos calificados, y en el que los pacientes a menudo no se pueden permitir un régimen de tratamiento completo una vez diagnosticados. Además, la diabetes, que afecta a 1 de cada 5 indios, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar TB.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Superposición de los servicios de ENT en la atención de la TB: para involucrar a los pacientes con TB que buscan atención en el sector privado, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (RNTCP) desarrolló un "modelo combinado público-privado" (PPM), que permite la colaboración entre ONG, el sector público y una red de proveedores del sector privado. REACH trabajó en colaboración con la Corporación de Chennai en el establecimiento del plan combinado, que involucra a profesionales de la salud privados en el RNTCP. REACH opera 35 centros con el modelo combinado ubicados en hospitales privados que trabajan con una red de profesionales de salud privados en Chennai para ayudar a las personas con TB. Bajo este modelo, los proveedores de salud privados envían a los pacientes de TB a centros con el modelo PPM para que reciban



Puesto callejero en Chennai, India. © McKay Savage

tratamiento gratuito bajo la supervisión directa del personal de REACH. Desde 2016, REACH ha estado integrando la educación sobre la diabetes y los servicios de derivación para la detección en los servicios de TB en los centros con el modelo combinado.

INTERVENCIONES

Educación integrada y derivaciones en los centros con el modelo combinado PPM

- a. **Capacitación del personal:** El principal servicio de los centros es el apoyo al tratamiento de la TB. El personal de cada centro incluye un consejero de salud con educación básica que ha sido entrenado para brindar apoyo en el manejo de la TB y la diabetes. La capacitación en diabetes se realiza dos o más veces al año y la realizan expertos en diabetes y nutricionistas de centros locales de diabetes.
- b. **Detección bidireccional:** Una vez que las personas con TB son derivadas al centro PPM, son entrevistadas acerca de los factores de riesgo relacionados con la diabetes y otras ENT. El personal del centro PPM los referirá a laboratorios en instalaciones públicas donde son examinados. Si reciben un diagnóstico positivo, el centro PPM los remite a su profesional de salud actual o a especialistas en diabetes que puedan brindarle tratamiento.
- c. **Seguimiento individual:** Una cantidad de factores que incluyen la carga financiera, el estigma y el tiempo de viaje impactan en el seguimiento. Esto es particularmente desafiante para las personas que se

derivan para la detección, pero no continúan con los profesionales de la salud. El personal del centro PPM proporciona recordatorios para el seguimiento cada 15 días una vez que las personas han sido enviadas para su revisión. Si este seguimiento resulta ser ineficaz, el personal del centro PPM realiza visitas domiciliarias a las personas.

- d. **Manejo de enfermedades:** Las personas con TB que también son diagnosticadas con diabetes pueden continuar recibiendo apoyo para el tratamiento de ambas enfermedades durante los seis meses de tratamiento de la TB. La vinculación del tratamiento de calidad con el apoyo para estas comorbilidades mejora la retención del paciente. Esto se puede hacer transfiriendo la responsabilidad de los profesionales de la salud al personal en los centros PPM que ya están brindando soporte de TB.

Nota: REACH no continúa apoyando a los pacientes más allá de los seis meses; más bien, el objetivo es que las derivaciones a otros profesionales se hayan fortalecido durante los primeros seis meses y, por lo tanto, las personas pueden continuar el tratamiento con el apoyo de los proveedores sanitarios en sus clínicas. En este punto, REACH no tiene la capacidad ni el tiempo para el soporte del paciente más allá del período de seis meses.

Red de derivación y retroalimentación

REACH estableció la siguiente red para la TB y está buscando activamente oportunidades para integrar intervenciones de ENT a través de esta red de trabajo:

- a. **Crear conciencia en los profesionales de salud privados:** REACH tiene como objetivo proporcionar educación y sensibilización sobre los vínculos entre la TB y la diabetes, al tiempo que incide por la detección de diabetes para las personas con TB. Muchos profesionales de la salud que brindan servicios de TB son médicos generales. Al proporcionar una guía sobre los factores de riesgo relacionados con estas comorbilidades, se recomienda a los profesionales de la salud que envíen a las personas a los centros de PPM para su evaluación.
- b. **Formación de farmacéuticos:** Como parte del modelo PPM, REACH estableció una red de 300 farmacias privadas y capacitó a dos mil farmacéuticos en detección de TB y diabetes. Debido a que muchas personas primero buscan proveedores informales, como sus farmacéuticos locales o los proveedores de atención tradicional, los farmacéuticos desempeñan un papel fundamental al remitir a los pacientes a hospitales para que reciban un seguimiento personalizado.
- c. **Laboratorios relacionados:** REACH ha desarrollado una red de laboratorios para trabajar con los profesionales de salud y los servicios de apoyo para la TB, y ahora está estudiando la posibilidad de integrar

la detección de la diabetes en estos laboratorios. Al realizar una detección bidireccional en un solo lugar, REACH puede minimizar la pérdida de seguimiento debido al tiempo de viaje.

IMPACTO

- En 2017, 4,500 pacientes asistieron a los centros PPM y recibieron información y diagnóstico. De ellos, 1,650 recibieron atención directa para la TB. Casi la mitad de las personas que reciben servicios en los centros PPM vivían con diabetes y también recibieron apoyo para la adherencia al tratamiento y asesoramiento nutricional.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Los altos costos de la atención

Las personas están agobiadas por las barreras financieras para recibir cuidados a largo plazo que a menudo resultan en el abandono del tratamiento. A menudo las personas toman sus medicamentos para una de las condiciones a expensas de la otra. La asequibilidad también es un desafío en el diagnóstico. Actualmente, REACH proporciona cupones subsidiados por el gobierno para que las personas que viven con TB reciban exámenes de tórax gratuitos y diagnóstico de TB en clínicas privadas. Si bien este modelo de subsidio podría ser replicado para las ENT, actualmente no está disponible.

2. Valor de la relación paciente-médico

REACH no interfiere con las relaciones entre el paciente y su médico. Al proporcionar un servicio adicional que es gratuito, el modelo alienta a las personas a seguir visitando a su médico. Esto evita pérdidas adicionales durante el seguimiento que ocurren cuando se les pide a las personas que visiten a distintos profesionales de la salud.

3. Abordar el estigma

Más allá de los esfuerzos actuales, REACH está considerando oportunidades para ampliar los servicios de detección de ENT a:

- a) derivaciones de TB,
- b) personas con TB, y
- c) contactos en el hogar.

Históricamente, la detección de TB ha sido baja en contactos en el hogar debido al estigma. REACH está explorando oportunidades para incentivar el cribado de la TB ofreciendo la detección de ENT como un paquete de servicios.

4. Proveedores informales

Los proveedores de salud informales y los proveedores de atención médica tradicional no pueden remitir a los pacientes a otros profesionales de salud más apropiados hasta que la atención del paciente sea complicada o

difícil de manejar. Este retraso en la derivación puede empeorar los síntomas y representar una carga costosa para la persona y su familia. Establecer una red sólida de derivaciones es fundamental. Esto incluye involucrar tanto a los proveedores informales como a los formales, así como llevar a cabo eventos de concientización en la comunidad.

5. Comprender el ecosistema de las partes interesadas

Desarrollar una red robusta de derivación y retroalimentación requiere de una comprensión profunda del rol de los diferentes actores en el ecosistema de la salud. Los diferentes grupos impactan en los resultados. Se debe desarrollar una red integral que incluya sectores formales, informales, públicos y privados.

RECURSOS

[Toward comprehensive global health care delivery: Addressing the double threat of tuberculosis and diabetes.](#) Advance Access & Delivery Report; October 2017

[How do patients access the private sector in Chennai, India? An evaluation of delays in tuberculosis diagnosis.](#) International Journal of Tuberculosis and Lung Disease; April 2016



Puesto callejero en Chennai, India. © McKay Savage

MSH

Integración de los servicios para el VIH y el cáncer cervical en Malawi

Ubicación	Malawi
Entorno	Rural
Población objetivo	+5.000 mujeres en cinco distritos: Blantyre, Thyolo, Chiradzulu, Neno y Mwanza.
Socios	Management Sciences for Health (MSH), President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), United States Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Gobierno de Malawi.

Modelo de integración

MSH integró los servicios de detección y tratamiento para el cáncer de cuello uterino en cinco distritos donde los esfuerzos de fortalecimiento del sistema de salud se habían centrado originalmente en mejorar el acceso a los servicios relacionados con el VIH. El programa brinda equipos y suministros de crioterapia, capacitación y tutoría al personal sobre la detección y el tratamiento del cáncer cervical y estableció una red de derivación desde las clínicas de atención primaria a las instituciones terciarias para casos complicados, como la sospecha de cáncer cervical.

Resultados generales

Si se detecta temprano, el cáncer cervical es tratable. Esto se puede hacer a través del cribado del cáncer cervical utilizando la inspección visual con el método del ácido acético (IVAA) y realizando el tratamiento en lesiones no complicadas. Se ha demostrado que este enfoque es seguro, eficaz y eficiente en el uso de los recursos. Tal intervención puede implementarse fácilmente en los centros de atención primaria de salud, estableciendo vínculos y derivaciones con instituciones terciarias para casos complicados. Se debe prestar especial atención a las mujeres que viven con VIH, que tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

Casi 4,8 millones de mujeres mayores de 15 años en Malawi corren el riesgo de desarrollar cáncer cervical, una cifra que continuará aumentando a medida que la importante población juvenil del país envejezca. El cáncer de cuello uterino, en gran parte causado por el virus del papiloma humano (VPH), es la forma más prevalente de cáncer entre las mujeres en Malawi, con casi 3.700 nuevos casos informados por año y una tasa de mortalidad de alrededor del 80%. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad potencialmente mortal que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres infectadas por el VIH (conocida como afección definitiva del SIDA). Debido a que Malawi tiene una de las tasas más altas de prevalencia de VIH en el mundo: el 10,6% de la población adulta entre 15-64 años tiene VIH (12,8% en mujeres vs. 8,2% en hombres), el cáncer cervical sigue siendo un desafío significativo. Los estudios demuestran que, históricamente, las pacientes que presentan cáncer de cuello uterino en Malawi son jóvenes, con una alta prevalencia de VIH y con la enfermedad en estadio avanzado. Malawi enfrenta varios desafíos en el sistema de salud para mejorar el cribado y tratamiento del cáncer, incluida una cantidad insuficiente de proveedores de servicios, supervisión deficiente, falta de equipamiento básico, desabastecimiento de suministros esenciales, falta de conciencia política, financiación inadecuada y falta de estándares y pautas para la detección y el tratamiento.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Integración de servicios comprehensivos de VIH y cáncer cervical: desde 2012 hasta 2018, MSH implementó el Proyecto de Fortalecimiento y Mejoramiento de la Calidad del Sistema de Salud Distrital para la prestación de servicios (DHSS) financiado por el CDC, cuyo objetivo fue mejorar la calidad, el acceso y la cobertura prioritaria de los servicios de salud relacionados al VIH. A través de este proyecto, MSH proporcionó pruebas de VIH y terapia antirretroviral (TAR) en cinco establecimientos de salud en cinco distritos: el centro de salud Ndirande y los hospitales del distrito de Chiradzulu, Thyolo, Neno y Mwanza desde abril de 2015 a diciembre de 2017. Aprovechando la infraestructura actual en las instalaciones, MSH expandió estos servicios para proporcionar detección y tratamiento del cáncer cervical en estos cinco distritos.

INTERVENCIONES

Capacitación y tutoría del personal sobre la detección y el tratamiento del cáncer cervical con lesiones no complicadas:

DHSS apoyó la capacitación de 32 empleados en cinco instalaciones con el método IVAA (inspección visual después de la aplicación de ácido acético). El personal capacitado incluyó a médicos y enfermeras a cargo del TAR y a las clínicas prenatales.

Una vez que se completó la capacitación, los participantes pudieron llevar a cabo una prueba de detección IVAA de forma adecuada, así como aplicar un tratamiento en lesiones no complicadas utilizando máquinas de crioterapia (congelación de células precancerosas).

Adquisición de suministros y equipos de crioterapia

El Proyecto DHSS apoyó la adquisición de suministros y equipos cruciales para abordar la escasez de infraestructura de las instalaciones. Los suministros adquiridos para apoyar el cribado del cáncer cervical incluyeron ácido acético al 3-5%, hisopos de algodón y guantes de examen. Además, el proyecto adquirió y distribuyó espéculos vaginales, bandejas para instrumentos y seis máquinas de crioterapia y gas a las cinco instalaciones. El personal fue capacitado y orientado por DHSS para el mantenimiento y el cuidado adecuado del equipo

Tutoría para la documentación

El proyecto proporcionó asesoramiento sobre la documentación de la detección del cáncer cervical y el tratamiento de lesiones no complicadas. Los datos fueron recolectados utilizando los registros estándares del Ministerio de Salud; y en cada instalación, se capacitó al personal para completar los registros. Los tutores de DHSS y del Ministerio de Salud realizaron visitas mensuales de tutoría para garantizar la documentación adecuada en los registros.

Establecer derivaciones y vínculos con hospitales terciarios

Las pacientes con lesiones complicadas o cánceres manifiestos fueron remitidas a servicios especializados en instituciones terciarias como los hospitales centrales de Mzuzu y Queen Elizabeth. Ginecólogos y obstetras revisaron a las pacientes y les proporcionaron servicios especializados, como procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa, conización con bisturí frío, quimioterapia y radioterapia. Los médicos también hicieron derivaciones para cuidados paliativos.

IMPACTO

Detección

Desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017, un total de 5.027 mujeres se sometieron a exámenes de detección de cáncer cervical. El número de mujeres evaluadas por trimestre aumentó de 149 a 1.038 en un período de dos años, lo que refleja la demanda masiva de los servicios. La situación del VIH fue documentada en la mayoría de las mujeres; de ellas, el 22% eran VIH positivas y recibían TAR y el 69% eran VIH negativas.

Diagnóstico

Más del 85% de las visitas fueron para el examen IVAA inicial. Un total de 159 mujeres tuvieron una IVAA positiva. De estas, el 50,4% recibió crioterapia, el 19,5% postergó la crioterapia y el 17,6% fue derivado a

otro centro de salud. El 12,5% restante recibió otro tipo de atención o no fue contabilizada. En la mayoría de las mujeres; de ellas, el 22% eran VIH positivas y recibían TAR y el 69% eran VIH negativas.

Tratamiento

El porcentaje de mujeres que buscaron crioterapia aumentó del 11% al 56% en un período de dos años, lo que demuestra una mayor demanda de servicios.

“

Mi abuela me insistió, después de darse cuenta de que mi madre había muerto [de cáncer cervical] al igual que su hermana... Tenía que romper ese círculo y fui a hacerme las pruebas. Sabía que en el hospital distrital de Thyolo estaría bien tratada

Teresa*, paciente para la detección de cáncer cervical, 32 años.

* el nombre fue cambiado.



Derivaciones

Hubo 218 mujeres con necesidad de derivación a otras instalaciones. Más del 90% de las referencias fueron por otros motivos ginecológicos, mientras que la sospecha de cáncer fue del 13% y las lesiones más grandes del 6%.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Detección temprana

Al integrar el cribado del cáncer cervical en la atención prenatal y los servicios de TAR, los centros de salud pueden llegar a un gran número de mujeres e identificar a las que tienen lesiones precancerosas lo suficientemente temprano como para recibir tratamiento. Además, la crioterapia puede estar fácilmente disponible y de ese modo reducir la necesidad de derivar mujeres a otras instalaciones para el seguimiento y el tratamiento.

2. Importancia de la sensibilización a nivel de la comunidad

En la mayoría de los casos, los pacientes no tuvieron acceso a los servicios de detección de cáncer cervical debido a la falta de conocimiento en las cinco instalaciones que el DHSS apoyaba. Esto subraya la importancia de la educación y la concientización a nivel del personal y de la comunidad sobre los programas

de detección del cáncer cervical. Las campañas de sensibilización deben incluir educadores entre pares que puedan ofrecer educación sobre la salud, movilizar a la comunidad y rastrear a los pacientes que necesitan atención.

3. La tutoría y la capacitación constantes son críticos

La experiencia del proyecto mostró que la mayoría de los proveedores de salud carecían de los conocimientos adecuados y las habilidades técnicas con respecto a esta intervención de bajo costo. Es importante aumentar el conocimiento y las habilidades de los proveedores para poder realizar exámenes de detección IVAA y atender casos no complicados con crioterapia. La tutoría y la supervisión continuas por parte de profesionales experimentados de los hospitales de distrito y terciarios desempeñan un papel importante en la construcción de la confianza en los establecimientos de atención primaria de salud. Esto asegura la disponibilidad de personal competente para brindar servicios de detección y tratamiento del cáncer cervical. Un seguimiento importante de la capacitación fue la tutoría mensual que el DHSS brindó a los 32 miembros del personal ya formados. Esto incluyó observación directa y asesoramiento práctico.

4. Los mecanismos de adquisición y suministro deben estar vinculados al programa

Es necesario garantizar la disponibilidad de suministros y reactivos, como el ácido acético, espéculos, guantes, solución salina normal y gas para el equipo de crioterapia. La mayoría de las instalaciones públicas carecen de fondos para mantener suministros suficientes y tienen desabastecimientos frecuentes.



RECURSOS

[Integrating comprehensive HIV and cervical cancer services saves lives.](#) Technical Brief MSH; January 2018

[Aiming for the three 90s: Strengthening Malawi's response to HIV and AIDS.](#) Final Report MSH; 2018

[District health system strengthening and quality improvement for service delivery in Malawi.](#) MSH website; 2018

MODELO 2

Integrar a las ENT dentro de los servicios existentes en los diferentes niveles del sistema de salud

Partners in Health (PIH) Integración de los servicios de ENT en centros de salud y hospitales de distrito de las zonas rurales de Ruanda y Malawi

Ubicación	Ruanda, Malawi
Entorno	Rural
Población objetivo	Ruanda: 800.000 personas en los distritos de Burera, Kayanza y Kirehe. Malawi: 150,000 personas en el distrito de Neno.
Socios	NCD Synergies (Partners in Health project), Ministerios de Salud del Gobierno de Malawi y del Gobierno de Ruanda.

Modelo de integración

PIH está apoyando a los ministerios de salud de Ruanda y Malawi para integrar la atención de las ENT en centros de salud y hospitales de distrito locales con el objetivo de llevar eficientemente la provisión de atención de ENT para enfermedades graves y fácilmente tratables tan cerca de la comunidad como sea posible.

Resultados generales

Los hospitales distritales y los centros de salud en entornos rurales pueden proporcionar un paquete completo de servicios incluso para las ENT graves. A través de una estructura de prestación de atención médica eficiente con la supervisión y la tutoría adecuadas, las enfermeras y los trabajadores de la salud de la comunidad pueden ser empoderados y capacitados para atender a un amplio espectro de ENT.



DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

Hasta hace poco, la atención de las ENT en Ruanda y Malawi solo estaba disponible en los hospitales de referencia, lo que hacía que el acceso fuera especialmente difícil para las personas que viven en zonas rurales. Si bien se ha producido una descentralización lenta de los servicios para algunas ENT, se han logrado menos avances en las ENT graves, como el cáncer. Las ENT representan entre el 30% y el 40% del tiempo de hospitalización de adultos en estos países, en parte debido a la falta de un seguimiento ambulatorio confiable. Al mismo tiempo, los sistemas rurales de salud en estos países (trabajadores de salud comunitarios, centros de salud atendidos por enfermeras y hospitales de distrito con médicos generalistas) sufren graves limitaciones de recursos y, por lo tanto, no pueden replicar el modelo del hospital de referencia, que trabaja con programas verticales centrados en una sola enfermedad.

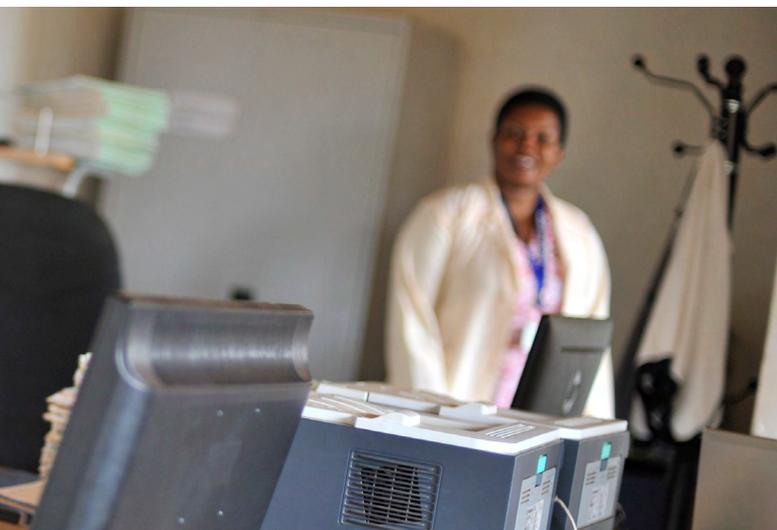
MODELO DE INTEGRACIÓN RUANDA

Integración de la atención de ENT en una sola plataforma de servicios: PIH está implementando una prueba piloto en las clínicas de ENT a nivel de distrito que son responsables de la organización de la atención de múltiples enfermedades en una sola plataforma integrada de servicios. Estas clínicas utilizan

“

Como ONG, no hablamos lo suficiente sobre cómo podemos facilitar grandes avances a escala nacional.

Dr. Paul Park, Director de Implementación,
NCD Synergies, Partners in Health.



Una clínica en Ruanda. © 2017 Riccardo Gangale, Photoshare

el mismo equipo clínico, equipamiento médico y redes de derivación para atender múltiples ENT graves y las más fáciles de manejar.

INTERVENCIONES

Clínicas de ENT en el hospital de distrito

Cada día de la semana, las clínicas de ENT brindan atención enfocándose en una ENT específica, por ejemplo: el lunes, hipertensión; el martes, diabetes; etc., en uno o dos consultorios en el centro de salud local. Si las personas buscan atención para una ENT específica, también reciben tratamiento para otras comorbilidades de las ENT el mismo día.

Descentralización progresiva

Las personas con ENT estables, bien controladas y fácilmente tratables son transferidas a su centro de salud local, que es geográficamente más accesible. Los pacientes se registran como transferidos y todos los registros médicos relevantes se envían al centro de salud. Dado que todos los registros en papel, tanto en el centro de salud como en los hospitales de distrito, se ingresan con el mismo registro médico electrónico, todos los pacientes pueden ser identificados y contar con un seguimiento.

Cambio de tareas

El personal de enfermería está capacitado para brindar atención ambulatoria de ENT en los hospitales y centros de salud del distrito. A nivel de distrito, se especializan en la atención de ENT a través de una capacitación rigurosa y supervisión y tutoría continuas. El alcance de la práctica incluye medicinas, equipo y habilidades necesarias para manejar las ENT complejas y severas. Por ejemplo, las personas con cardiopatía reumática requieren que el personal sanitario sea competente en la prescripción de la ecografía cardíaca y anticoagulación (ej. warfarina). A su vez, estas enfermeras y enfermeros capacitan y asesoran a sus pares del centro de salud dentro de sus respectivas áreas de influencia. PIH utiliza una lista de verificación estándar de responsabilidades que todas las enfermeras y enfermeros de cuidados crónicos deben poder realizar. Los tutores usan esta lista de verificación para evaluar su desempeño e identificar las áreas donde se necesita una tutoría más cercana.

Clínicas de atención a enfermedades crónicas integradas en centros de salud

A través de la descentralización progresiva y el cambio de tareas, los centros de salud quedan equipados con enfermeras y enfermeros que son competentes en el cuidado tanto de las ENT como del VIH. Estos conjuntos de habilidades combinados permiten servicios integrados para la atención de pacientes con condiciones crónicas.

Apoyo Psicosocial

Los servicios de apoyo psicosocial y las actividades de apoyo entre pares se integran en las clínicas de ENT. Los grupos de apoyo son dirigidos por trabajadores sociales del gobierno, enfermeras y enfermeros y otros pacientes.

IMPACTO

- PIH y el Ministerio de Salud están trabajando juntos para ampliar este modelo integrado descentralizado de atención de ENT a los 42 distritos del país.
- A partir de 2014, se inscribieron 3,367 pacientes en clínicas de tres distritos apoyadas por PIH. De estos, el 67% eran mujeres. Las categorías de enfermedades, en orden descendente de prevalencia fueron: hipertensión (30%), enfermedad respiratoria crónica (26%), insuficiencia cardíaca (26%) y diabetes (16%). Más del 80% de las personas vivía en distritos rurales, y de estas, más del 60% con ocupación documentada eran agricultores de subsistencia.

MODELO DE INTEGRACIÓN MALAWI

Descentralización de la atención de ENT: el distrito de Neno está compuesto por dos hospitales (1 hospital de distrito, 1 hospital comunitario) y 12 centros de salud

apoyados por PIH. En 2015, trabajando con el Ministerio de Salud, PIH implementó un modelo de Clínica Integrada de Atención Crónica (IC3) en el distrito con clínicas descentralizadas de VIH que habían sumado exitosamente la atención para las ENT crónicas. Los equipos de los dos hospitales viajaron a los centros de salud para implementar el modelo IC3, en el que las personas son atendidas por distintas condiciones en una sola cita, incluyendo al VIH y a las ENT. Durante esta visita también se brindó educación sobre afecciones comunes, cribado de una variedad de enfermedades comunes y la distribución de medicamentos para el VIH y las ENT.

INTERVENCIONES

Contexto

Reconociendo las necesidades comunes de las personas que viven con VIH y ENT (es decir, citas de rutina, consejería para la adherencia, manejo de efectos secundarios, seguimiento de laboratorio y monitoreo de avance de la enfermedad), PIH y el Ministerio de Salud decidieron disolver las clínicas de TAR en los 14 establecimientos de salud y establecer clínicas totalmente integradas, donde todos los pacientes con enfermedades crónicas -infecciosas o no transmisibles- pueden ser tratados. En ese momento, los 12 centros de salud en Neno atendían de 2,000 a 18,000 personas y, por lo general, contaban con un/a enfermero/a y un/a asistente médico.

Despliegue de equipo móvil

Bajo esta estructura descentralizada, el personal de VIH existente para las clínicas se convirtió en el personal de la IC3. No se contrató personal adicional. Este equipo inicial de 13 trabajadores sanitarios integrados (antes trabajadores de TAR) estaba compuesto por dos enfermeras, dos consejeros de pruebas de VIH, cuatro pacientes expertos con VIH y cuatro médicos. El equipo se dividió en dos hospitales como su base y fue responsable de entregar un paquete de servicios integrados para el VIH y las ENT crónicas en los centros de salud en las respectivas áreas de captación de los hospitales. Anteriormente operando como un equipo específico para el VIH, todos los integrantes reconocieron la necesidad de una atención más integral para las personas que viven con el VIH y ENT comórbidas, así como las necesidades no cubiertas para las personas que viven con ENT en la comunidad.

Descentralización

Los pacientes que habían sido atendidos por ENT comunes y/o crónicas en los hospitales recibieron citas de seguimiento en el centro de salud más cercano a su hogar. Siguiendo el modelo de VIH existente, dos equipos viajaron desde el hospital base a los centros de salud tres días por semana para organizar la clínica IC3. Los pacientes con ENT graves o con enfermedades agudas fueron ingresados en salas, según fuera

necesario. Los dos hospitales contaban con expertos y médicos adicionales disponibles para brindar cuidados de mayor nivel. El programa ahora está trabajando por la ampliación de su alcance. En 2018, se abrirán dos clínicas avanzadas de ENT en los hospitales para cubrir las necesidades de atención para las personas que padecen ENT crónicas complejas.

Cambio de tareas

La detección de ENT es un componente crítico del modelo IC3. Los trabajadores sanitarios integrados se han sometido a sesiones de instrucción y tutoría para aprender a tomar la presión arterial, realizar pruebas de detección de TB, evaluar el nivel de glucosa en sangre mediante tiras reactivas y medir el índice de masa corporal para la evaluación general y la malnutrición. Además, el personal del centro de salud, con el apoyo de los trabajadores de salud de la comunidad, ha estado llevando a cabo dos veces a la semana campañas de detección en áreas remotas y para identificar casos de ENT activos y pasivos. En los casos en que los pacientes con ENT viven en extrema pobreza, tienen problemas de salud mental o experimentan efectos secundarios adversos que dificultan el tratamiento, los trabajadores de salud de la comunidad asignados a cada hogar en el distrito de Neno tendrán una mayor comunicación e interacción con los médicos para coordinar mejor los cuidados necesarios.

Manejo y evaluación de datos

Con el fin de simplificar el proceso de captación de datos, se desarrolló un nuevo sistema de registro para todos los pacientes. Todos los historiales de salud de pacientes se guardan en un único archivo de paciente que permite a los trabajadores sanitarios consolidar registros y garantizar la confidencialidad. Sobre la base de estos datos, el equipo desarrolla un informe mensual que incluye muchos indicadores, como los siguientes: pacientes totales y recién ingresados por diagnóstico, pacientes atendidos en los últimos tres meses, pacientes diagnosticados en los últimos tres meses y número de pacientes sometidos a exámenes de detección de hipertensión, desnutrición, diabetes, VIH y TB.

IMPACTO

- En 2015, las IC3 apoyaban a 6.781 pacientes con tratamiento antirretroviral y 721 pacientes con ENT -379 con hipertensión, 187 con asma, 144 con epilepsia y 76 con diabetes. Hoy, las IC3 atienden a más de 8.000 pacientes con VIH y más de 3.000 pacientes con ENT.
- Los eventos de alcance comunitario dos veces a la semana se llevan a cabo en partes remotas del distrito. En cada evento se monitorea entre 100 y 200 pacientes por VIH, hipertensión y malnutrición, y aproximadamente entre 30 y 50 pacientes adicionales por diabetes.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Se necesitan estrategias adaptadas para las ENT

La provisión de servicios de planificación para las ENT debe ser diferente a la planificación de enfermedades infecciosas como el VIH y la TB. Por ejemplo, los enfoques totalmente específicos de las ENT individuales pueden desviar recursos humanos y fondos de otros problemas de salud más prevalentes. Por lo tanto, la integración de los servicios es fundamental para garantizar el mejor uso de los recursos. Sin embargo, los resultados de los programas de enfermedades crónicas como el VIH pueden ofrecer lecciones y experiencias valiosas para diseñar sistemas de atención para las ENT.

2. Los hospitales de distrito pueden servir como fuente de liderazgo clínico

Un enfoque centrado en las ENT en los hospitales de distrito puede garantizar la priorización de los pacientes más enfermos al tiempo que establece un mecanismo de capacitación que puede llegar a los niveles más bajos de atención.

3. Aunque es significativamente efectiva, la descentralización puede requerir financiación adicional

La descentralización de los servicios clínicos requiere el establecimiento de cadenas de suministro de medicamentos que incluyan a los centros de salud. Si bien la descentralización ha demostrado aumentar significativamente la aceptación de los servicios, también puede tener implicaciones presupuestarias. Descentralizar los servicios puede requerir estrategias de financiación adicional desarrolladas por el Ministerio de Salud en asociación con otras partes interesadas.

4. Apropiación de las tareas y liderazgo del equipo

La uniformidad en el flujo del paciente es esencial para garantizar la eficiencia. A medida que las tareas cambian para incluir servicios de ENT, la apropiación del personal de varias tareas permite la comprensión del paciente y facilita el proceso de integración de ENT/VIH. La apropiación del proyecto por parte del personal puede mejorar el flujo de trabajo, el calendario y los procedimientos de evaluación de calidad.

5. Importancia de las evaluaciones integrales

Al evaluar el enfoque integrado, es fundamental llevar a cabo evaluaciones detalladas específicas del sitio en cada una de las instalaciones, no solo de un subconjunto de instalaciones.

6. Abordar las brechas de capacitación para las ENT graves es clave

Cuando las personas con ENT más graves como los tipos raros de enfermedad renal crónica, enfermedad cardíaca reumática, diabetes tipo 1, cáncer o enfermedades hepáticas crónicas buscan atención en los niveles más

bajos del sistema de salud, las enfermeras y el personal clínico pueden recibir pacientes con afecciones para las que no han sido formados para tratar dada la falta de capacitación curricular en este tipo de condiciones. Una solución es tener médicos generales de supervisión o proveedores de salud de nivel medio que puedan tratar a esas personas, y cuando un médico general no esté disponible, derivarlos a hospitales de referencia.



Desde la perspectiva de una ONG invitada o un asesor técnico, un componente crítico es la construcción de las relaciones. No importa cuán perfecta sea una idea o la cantidad de fondos y recursos que se pueda aportar, si no hay una relación sólida y líneas claras de asociación y trabajo en equipo, nada va a funcionar

RECURSOS

Ruanda

[MESH-QI Implementation Guide: Mentorship and Enhanced Supervision for Healthcare and Quality Improvement](#). PIH; October 2017

[A Simplified Echocardiographic Strategy for Heart Failure Diagnosis and Management Within an Integrated Noncommunicable Disease Clinic at District Hospital Level for Sub-Saharan Africa](#). Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure; June 2013

[Endemic diabetes in the world's poorest people](#). Lancet Diabetes Endocrinol. Endocrinology; June 2015

[The PIH Guide to Chronic Care Integration for Endemic Non-Communicable Diseases](#); 2011

[Diabetes in Rural Rwanda: High Retention and Positive Outcomes after 24 Months of Follow-up in the Setting of Chronic Care Integration](#). International Journal of Diabetes and Clinical Research. May 2016

Malawi

[Delivering comprehensive HIV services across the HIV care continuum: a comparative analysis of survival and progress towards 90-90-90 in rural Malawi](#); BMJ Global Health; 2018

[Integrated Care Cascade Toolkit](#). PIH; August 2017

[Leveraging HIV platforms to work toward comprehensive primary care in rural Malawi: The Integrated Chronic Care Clinic](#). HealthCare; August 2016

PATH

Integrar la detección de la hipertensión en el nivel de atención primaria en Vietnam

Ubicación	Ho Chi Minh City, Vietnam
Entorno	Urbano
Población objetivo	2 millones de personas (700.000 de 40 años o más) en los distritos: Go Vap, Thu Duc, Distrito 8 y Distrito 12.
Socios	Departamento General de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud de Vietnam, Departamento Provincial de Salud de la Ciudad de Ho Chi Minh, Centro de Medicina Preventiva de la Ciudad de Ho Chi Minh, PATH, Fundación Novartis, Universidad de Salud Pública de Hanoi.

Modelo de integración

La estrategia nacional de Vietnam para la prevención y el control de ENT exige la integración de la detección y atención de la hipertensión en el nivel de atención primaria y comunitario, dirigidas a personas mayores de 40 años. El objetivo del programa *Community for Health Hearts* es mejorar el control de la presión arterial entre los adultos de la ciudad de Ho Chi Minh al hacer que los servicios de hipertensión se centren en la persona, con la prioridad de integrar los servicios de detección en los puntos de acceso comunitarios.

Resultados generales

Una barrera importante para la detección de la hipertensión es la percepción de que solo está disponible como parte de un examen de salud corporal completo y costoso en hospitales de nivel superior, en lugar de ser una tarea fácil y rápida que podría realizarse en casi cualquier lugar. La hipertensión puede abordarse capacitando a voluntarios de la comunidad y estableciendo un modelo de franquicia social que puede proporcionar puntos de control de presión sanguínea gratuitos en lugares más cerca de donde vive la gente.



DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

En Vietnam, la prevalencia de las ENT está creciendo rápidamente con la aparición de enfermedades cardiovasculares (ECV). Hoy, una cuarta parte de los adultos en Vietnam tiene hipertensión, pero menos de la mitad de ellos lo saben. De las personas diagnosticadas, solo el 11 % está bajo control¹⁵. Las personas a menudo esperan hasta que experimentan complicaciones antes de buscar servicios médicos. Como resultado, la hipertensión se ha convertido en una de las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en los hospitales¹⁶. Estas afecciones se agravan en las zonas urbanas que ofrecen una calidad de atención desigual y, a menudo, carecen de servicios comunitarios para las ENT¹⁷.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Integración de la detección y atención de la hipertensión en la comunidad y centros de atención primaria: al aplicar el modelo de atención médica ampliada y aprender de los servicios de salud exitosos basados en la comunidad del VIH y la TB, el programa *Community for Health Hearts* está diseñado para cambiar la mentalidad de las personas para que vean a la prevención o al manejo a largo plazo de la ECV como una parte clave de un estilo de vida saludable en general.

¹⁵ Son PT. Hypertension in Vietnam: from community-based studies to a national targeted programme. Doctoral dissertation, Umeå universitet, 2012. Accessed May 2018 at <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:526145/FULLTEXT01.pdf>

¹⁶ Ministry of Health Vietnam. Health Statistical Yearbook 2002. Health Statistics and Informatics Division, Department of Planning & Finance, Ministry of Health Vietnam, Hanoi

¹⁷ Islam et al. Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and Health* 2014; 10:81



Autobuses en horas de mayor congestión de tránsito, Ho Chi Minh.
© Ngô Trung

Algunas de las estrategias utilizadas fueron:

- aumentar el conocimiento sobre la hipertensión y la demanda de exámenes de presión arterial;
- aumentar la calidad y disponibilidad de servicios centrados en las personas para la prevención, detección, tratamiento y manejo de la hipertensión, incluida la detección de la hipertensión en lugares no tradicionales pero estratégicos ("puntos de control") cerca de donde la gente vive y se congrega, como cafeterías, salones, farmacias, consultorios dentales y puestos de seguridad del vecindario;
- reducir las pérdidas durante el seguimiento promoviendo el contacto entre el/la paciente y el proveedor de servicios de salud y empoderando a las personas con hipertensión para que puedan controlar ellos mismos su condición; y
- lograr que los responsables de la toma de decisiones a nivel nacional traduzcan la evidencia compilada y el modelo de *Community for Health Hearts* en políticas públicas, para mejorar el control de la presión arterial en todo Vietnam.

INTERVENCIONES

Estrategias de comunicación para el cambio social y de conductas

Reconociendo que el manejo de las enfermedades crónicas requiere del compromiso de toda la comunidad, se diseñaron campañas de cambio social y conductual dirigidas tanto a las personas en riesgo de hipertensión (mayores de 40 años) como a sus familias, para que puedan apoyarse mutuamente para prevenir y controlar la hipertensión.

Proporcionar servicios de detección de hipertensión

- Capacitación de los trabajadores de la salud de la comunidad:** los operadores y voluntarios del punto de control son elegidos por los líderes de salud comunal y los consejos locales (*certified People's Committees*) basados en su reputación entre los miembros de la comunidad y su apoyo a otras iniciativas sociales en el pasado. Cada uno recibe capacitación, materiales y monitores de presión arterial para permitirles comunicarse de manera efectiva con la comunidad sobre la hipertensión y brindar servicios de detección de alta calidad.
- Financiamiento de empresas sociales:** a través del financiamiento de la Fundación Novartis al programa de subsidios de iniciativas del Fondo de Innovación de PATH, *Community for Health Hearts* otorgó financiamiento a dos empresas sociales que brindan servicios de detección a nivel de la comunidad.

– **G-link:** es una organización comunitaria y una empresa social con sede en Ciudad Ho Chi Minh. Establecida en 2011, G-link también desarrolló recientemente una clínica comunitaria. Están utilizando sus habilidades empresariales y su conocimiento médico para equipar a los vendedores del mercado y las pequeñas empresas familiares para que realicen exámenes de detección de la hipertensión en la comunidad y envíen a las personas con presión arterial elevada a la clínica para un diagnóstico posterior.

– **Galant:** es una policlínica privada en la ciudad de Ho Chi Minh, con una misión socialmente responsable. Están capacitando a las organizaciones comunitarias en el Distrito 8 para que proporcionen mediciones de la presión arterial en puntos difíciles de la comunidad y remitan a las personas con sospecha de hipertensión a Galant para el diagnóstico de seguimiento, el tratamiento y la gestión del caso.

Establecer una red de referencia

Más de 70 centros de salud públicos y privados, estaciones de salud comunales y policlínicas (incluidos las de G-link y Galant) acordaron proporcionar servicios estandarizados e integrados participando de la red de hipertensión del programa *Community for Health Hearts* y reciben capacitación de acuerdo con las pautas acordadas y procedimientos desarrollados por expertos vietnamitas e internacionales.

Capturar y administrar datos

Los datos del paciente se registran y rastrean usando el rastreador digital de pacientes de *Communities for Healthy Hearts* (eHTN.Tracker); la primera herramienta digital de este tipo para la gestión de ENT en Vietnam. El eHTN.Tracker es una base de datos en línea que

permite a los trabajadores sanitarios locales acceder rápida y fácilmente a los registros de hipertensión de una persona y proporcionar seguimiento y apoyo a nivel de la comunidad (por trabajadores de salud locales y voluntarios de la comunidad) según sea necesario. Un equipo multidisciplinario que involucra a todos los socios evalúa los datos mensualmente y hace ajustes continuos en la implementación, asegurando que el modelo general esté atendiendo las necesidades de todos los interesados y promoviendo la adecuación al contexto y la aceptación local.

Brindar apoyo para el manejo de enfermedades

El sistema eHTN.Tracker también tiene un servicio opcional de mensajería vía SMS, mediante el cual las personas reciben mensajes que les ayudan a la adhesión al tratamiento y al cumplimiento de las citas, y que fomentan cambios para un estilo de vida saludable, directamente a sus teléfonos móviles. Estos sistemas y herramientas permiten que los centros de salud brinden el apoyo a largo plazo necesario para el manejo eficaz de las enfermedades crónicas.

IMPACTO

Establecimiento de redes basadas en la comunidad

Más de 70 proveedores de servicios de salud, 132 voluntarios de la comunidad y 358 puntos de control de la presión arterial.

Mayor acceso y detección de hipertensión

Se inspeccionaron 124.358 personas de 40 años o más, entre septiembre de 2016 y finales de enero de 2018 (17% de la población total mayor a 40).

Mejora en el vínculo con la atención

El 82% de los diagnosticados con hipertensión a través de Communities for Healthy Hearts están en tratamiento. Por el contrario, la Encuesta Nacional de Vietnam sobre los Factores de Riesgo de ENT (STEPS) encontró que solo el 13,6% de los consultados informó que manejan su hipertensión en un establecimiento de salud.¹⁸

Mayor conciencia

666.115 personas han sido contactadas vía mensajes sobre la hipertensión. Más de 3.000 personas han asistido a eventos comunitarios.



Universidad Abierta de Ho Chi Minh City © Trường Đại

¹⁸ Ministry of Health Vietnam. National Survey on the Risk Factors of Non-communicable Diseases (STEPS). Ministry of Health Vietnam, Hanoi 2016.

Planes establecidos para la ampliación

El Departamento de Salud Provincial de la ciudad de Ho Chi Minh y el Centro de Medicina Preventiva están considerando replicar el modelo para toda la ciudad. Se espera que G-link y Galant sean financieramente sostenibles después de que el apoyo del Fondo de Innovación de *Communities for Healthy Hearts* termine a fines de 2018, debido al aumento de las bases de clientes como resultado de las derivaciones por los exámenes de detección de hipertensión. A nivel nacional, *Communities for Healthy Hearts* ha sido fundamental para garantizar el compromiso del Ministerio de Salud vietnamita para formar un grupo de trabajo técnico nacional sobre ENT.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Crear confianza a nivel de la comunidad es fundamental para el éxito

La confianza de la comunidad se construyó de la siguiente manera: a) involucrando a voluntarios que ya son conocidos en su vecindario y proporcionándoles capacitación de alta calidad y recursos profesionales; y b) involucrando a las autoridades locales de salud para derivar a las personas a los puestos de control.

2. Aprovechar las empresas sociales para la prestación de servicios

En colaboración con el sistema de salud pública, las empresas sociales y el sector privado pueden aprovecharse para ampliar los servicios de ENT. Para lograr la sostenibilidad financiera y operativa, es importante apoyar estas franquicias más allá de la financiación. La gestión empresarial y la creación de capacidades técnicas pueden ayudar a garantizar que este modelo pueda ser financieramente sostenible.

3. Trabajar con las autoridades locales para incentivar a los trabajadores de la salud

Lograr el consenso de los proveedores de servicios de salud sobre el nuevo modelo fue clave antes de que la implementación comenzara. Los trabajadores de salud se sintieron motivados a participar en servicios nuevos y mejores porque las autoridades de salud locales certificaron las sesiones de capacitación de *Communities for Healthy Hearts* sobre la hipertensión como contribuciones válidas a la educación médica continua que cada profesional debe completar para renovar su licencia anual para ejercer. Las actividades de divulgación comunitaria y los servicios de detección, derivación y asesoramiento se lanzaron como una forma de responsabilidad social corporativa, impulsando la satisfacción laboral del personal y los perfiles de los centros de salud.

4. Gobernanza y participación de socios

La integración requiere trabajar con una variedad de partes interesadas. Es necesario establecer cronogramas y planes de trabajo conjuntos para prepararse ante posibles obstáculos, como retrasos en la finalización de las aprobaciones necesarias. Un comité asesor local puede desempeñar un papel importante en la recopilación de conocimientos y perspectivas de la comunidad a la que se presta servicios.

5. Importancia de la recopilación de datos

La captación y evaluación de datos con un equipo multidisciplinario garantiza que se realicen ajustes en tiempo real en todo el espectro de intervenciones. La incorporación de los resultados en el diseño del programa es fundamental para la implementación del proyecto. La captación de datos de calidad también es fundamental para determinar el impacto del programa.

6. Sostenibilidad a largo plazo

La construcción de la sostenibilidad y los planes de ampliación deben integrarse en el diseño del programa desde el principio. Los planes de ampliación deben considerar una variedad de factores, tales como las condiciones del mercado, las posibles partes interesadas y las asociaciones, las características de la población meta y los factores culturales.

7. Cambiar la relación de las personas con el cuidado de la salud

Los socios del proyecto reconocieron que integrar con éxito los servicios de hipertensión en la atención primaria de salud dependía de que se pudiera: a) cambiar la forma en que las personas ven su propia salud para poder prevenir la hipertensión mediante mejoras en el estilo de vida y, b) cambiar la relación que las personas tienen con su sistema de salud, para que los individuos, otros en la comunidad y el sistema de salud se conviertan en socios, trabajando juntos para reducir el riesgo de las personas de sufrir enfermedades cardiovasculares.

RECURSOS

[Improving Hypertension Management and Control in Vietnam](#). PATH Communities for Healthy Hearts; March 2018

[Ho Chi Minh City Communities for Healthy Hearts](#). Novartis Foundation; 2016

HealthRise

Integración de intervenciones de ENT comunitarias en servicios de salud pública en India

Ubicación	India
Entorno	Rural
Población objetivo	Población en los distritos de Shimla (Himachal) y Udaipur (Rajasthan)
Socios	HealthRise (Fundación Medtronic), Asociación Católica de Salud de la India, Instituto de Salud Materno Infantil MAMTA, Abt Associates, Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME).

Modelo de integración

Integración de las intervenciones de ENT basadas en la comunidad en los servicios del sistema de salud del sector público. Esto incluye la descentralización de los sistemas de diagnóstico, gestión y atención y el empoderamiento de los pacientes y las comunidades, al tiempo que aprovecha los sistemas de gestión de datos para rastrear y apoyar a las personas en el torrente de atención.

Resultados generales

Un sistema de seguimiento integrado con puntos de contacto en todos los niveles del sistema de salud puede ayudar a identificar eficiencias para que los recursos y actividades se ejecuten de la manera más efectiva, al tiempo que se logran mejores resultados de salud para el mayor grupo de pacientes.

DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

Mejorar la adherencia de las personas al tratamiento, incluyendo cambios en el estilo de vida y la farmacoterapia, ha sido un desafío importante en la mayoría de las intervenciones para las ENT en la India. Los proveedores de salud a menudo tienen poco tiempo para asesorar a las personas que viven con ENT en instalaciones de salud sobrecargadas, incluso en los centros de atención terciaria, donde los pacientes



en etapa tardía suelen solicitar el diagnóstico. En los distritos de Shimla y Udaipur, las personas enfrentan largas distancias y terrenos difíciles para llegar a las instalaciones de atención, especialmente en Shimla, donde el 94% de la población es rural y está dispersa en lugares remotos y montañosos. Las personas también enfrentan barreras financieras ya que Udaipur y Shimla tienen altas tasas de pobreza y desempleo. El 60-70% de las personas con hipertensión no ha sido diagnosticada y menos del 50% de las personas con diabetes accede a control clínico. Además, hay un suministro errático de diagnósticos, equipos/materiales y productos farmacéuticos, especialmente en los niveles más bajos de atención, y una falta de coordinación entre el sistema de salud y los servicios de apoyo comunitarios. Estos desafíos presentan importantes barreras para que el sistema público logre una detección temprana de manera efectiva, o la atención de seguimiento para las personas ya diagnosticadas.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Integración de intervenciones basadas en la comunidad con servicios del sistema público de salud: HealthRise en India está trabajando para demostrar que los sistemas descentralizados de diagnóstico, gestión y atención, y el empoderamiento de pacientes y comunidades son una estrategia común que puede mejorar la detección y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes. En India, los socios se han esforzado por integrar las intervenciones comunitarias con los servicios del sistema de salud para aprovechar las plataformas de atención primaria existentes capacitando a los proveedores de atención; descentralizar la detección y la provisión de atención en la comunidad; utilizar la tecnología para lograr mayor



Udaipur, Rajasthan. © R. M. Calamar

eficiencia en el acceso a la atención; incentivar a los trabajadores de salud de primera línea; e involucrar a la comunidad mediante el desarrollo de un sistema de evaluación participativa.

- Tanto los gobiernos estatales en Rajasthan como en Himachal Pradesh han apoyado el proyecto de HealthRise. El gobierno de Himachal Pradesh ha liderado la implementación de una HealthCard electrónica para la vigilancia activa de diez ENT con apoyo técnico y financiero del equipo de HealthRise, mientras que las autoridades de salud del distrito de Udaipur han trabajado estrechamente con el equipo de HealthRise para establecer aldeas modelo de ENT en el distrito.
- El Ministerio Federal de Salud de la India ha estado haciendo esfuerzos para volver a designar los establecimientos de salud pública más bajos (los "subcentros") como centros de salud y bienestar equipándolos con instalaciones de detección y derivación para las ENT más comunes. HealthRise está brindando capacitación al personal de los subcentros, así como a los trabajadores de primera línea denominados ASHA (activistas de salud social acreditados), con el apoyo de funcionarios de salud pública de ambos estados.
- HealthRise ha creado un prototipo de sistema de administración de información de la salud (MIS) que puede proporcionar datos sólidos en tiempo real para la toma de decisiones en torno a varias ENT. El MIS puede proporcionar una solución integral de información para la vigilancia activa y pasiva de enfermedades crónicas.

INTERVENCIONES

Cambio de tareas

Formar a proveedores sanitarios, incluyendo a farmacéuticos, médicos, supervisores clínicos y ASHA.

- Utilizando el modelo "Capacitación de capacitadores", 60 formadores principales del Ministerio de Salud realizaron una masiva capacitación de los proveedores, a través de módulos interactivos centrados en la diabetes y la hipertensión. Entre agosto de 2017 y marzo de 2018, los formadores principales han capacitado a 2.000 ASHA, auxiliares de enfermería y parteras, médicos y farmacéuticos. Una capacitación de actualización se lleva a cabo regularmente.
- Los ASHA están capacitados para garantizar que los pacientes con diagnóstico positivo vayan a los centros de salud para chequeos regulares y por sus medicamentos. Llegan a los pacientes trimestralmente y brindan asesoramiento sobre los servicios de tratamiento disponibles en los establecimientos de salud pública. Como activistas locales de salud social acreditados bajo la supervisión y el apoyo del gobierno, brindan servicios de extensión, educación comunitaria y sensibilización para diversos programas de salud y vinculan a la comunidad con el centro de atención primaria de salud más cercano.
- Los oficiales médicos se encuentran basados en los centros de salud primaria del gobierno, los centros de salud comunitarios y los centros de salud del distrito. Brindan atención clínica y tratamiento a los pacientes. El desarrollo de capacidades ayuda al proyecto a lograr mejores prácticas de atención.
- Los farmacéuticos, especialmente en el sector privado, brindan asesoramiento a los pacientes y actúan como un enlace a las instalaciones de referencia. Su capacitación ha sido fundamental para mejorar las visitas de seguimiento de los pacientes y la adherencia al tratamiento.

Chequeo comunitario

Los trabajadores de salud de primera línea movilizan a las personas identificadas para que participen en los chequeos. Lo hacen a través de visitas al hogar. Además, apoyan a aquellos que tienen un resultado positivo al alentarlos a visitar los establecimientos de salud pública para realizar un diagnóstico confirmatorio y un seguimiento.

Telemedicina

La telemedicina se utiliza para brindar asistencia a los pacientes que necesitan atención especial, específicamente en Shimla, donde el acceso a la atención se ve gravemente afectado por el terreno y las largas distancias hasta las instalaciones. Se han establecido dos clínicas electrónicas, E-clinics, en

instalaciones de salud en Shimla, donde el médico de cabecera de un establecimiento de atención terciaria brinda consultas médicas durante dos horas una vez por semana a través de video/teleconferencia en tiempo real. El médico de la instalación remota analiza los detalles de la persona con el médico de cabecera en el centro terciario y, si es necesario, el especialista también hace preguntas directamente a los pacientes. Las herramientas utilizadas son principalmente computadoras portátiles con conectividad a Internet y Skype para las videoconferencias. El médico del centro de salud remoto llena el expediente E-clinic para los pacientes según la consulta proporcionada por el especialista. Los informes han demostrado que las personas acceden a la clínica electrónica para consultar a especialistas, ahorrar en costos de viaje, costo de oportunidad y tiempos de espera. Sin embargo, el impacto general de las E-clinics aún no se ha evaluado.

Adherencia y control

Un MIS electrónico para las ENT está integrado en cada nivel de atención dentro del sistema de salud pública. El MIS electrónico proporciona:

- a. Evidencia que respalda y apoya las decisiones de los funcionarios del sistema de salud de niveles bajos y medios
- b. Análisis predictivo para la toma de decisiones políticas disponible en niveles más altos
- c. Herramienta fácil de usar para los trabajadores de salud de primera línea para capturar datos individuales a nivel de paciente
- d. Sistemas de gestión de datos en tiempo real y fuera de línea. Accesibilidad a través de diversas modalidades electrónicas, incluyendo plataformas móviles e Internet
- f. Servicio de mensajes recordatorios vía SMS para pacientes y proveedores sanitarios

Sistema de evaluación participativa

Los grupos de apoyo para pacientes ayudan a resolver problemas utilizando una técnica participativa de evaluación comunitaria.

- a. El proyecto cuenta con el apoyo de Constellation, una ONG internacional que aprovecha el empoderamiento de la comunidad a través de una técnica participativa llamada 'SALT' (estimular, apreciar, aprender y transferir) que ayuda a diseñar soluciones innovadoras disponibles localmente para los problemas identificados por el grupo de pacientes.
- b. Los objetivos de los grupos de apoyo para pacientes son múltiples. El paciente recién diagnosticado pide el apoyo entre pares, es decir pacientes conocidos que están manejando su condición, para comprender su diagnóstico, los cambios necesarios en el estilo de vida y el tratamiento. Los trabajadores de la salud y los líderes comunitarios inciden por la concientización sobre las ENT en la comunidad y reducen las barreras

para las personas que buscan tratamiento a través de los centros de salud locales.

- c. Estos pacientes se reúnen periódicamente para identificar y resolver colectivamente sus problemas relacionados con el tratamiento de sus afecciones crónicas, específicamente diabetes e hipertensión en el caso de HealthRise. El grupo consiste en un cuarteto de pacientes conocidos, pacientes recién diagnosticados, líderes comunitarios y trabajadores de salud del pueblo. Los grupos de apoyo para pacientes se reúnen cada tres meses y son dirigidos por los trabajadores de extensión del proyecto HealthRise que son reclutados dentro de la comunidad. Estos trabajadores cuentan con la aceptación de los líderes de opinión clave en la comunidad, trabajadores de salud de la aldea, maestros y grupos de autoayuda para facilitar las reuniones.
- d. Se han puesto en marcha incentivos monetarios y no monetarios para los ASHA en conjunto con las autoridades sanitarias del distrito, que incluyen sensibilización, concientización y movilización para el cribado y la confirmación de diagnóstico, el seguimiento periódico y la adherencia al tratamiento. También se han instituido incentivos no monetarios, como reconocimientos y premios comunitarios, para los ASHA.

Uso de datos para la toma de decisiones

El proceso de seguimiento de pacientes se estandariza dentro del torrente de atención y se monitorean a través de datos rutinarios capturados con el MIS que ayudan a identificar eficiencias mediante la evaluación del rendimiento en las diferentes actividades.

- En Shimla, el proyecto HealthRise introdujo una tarjeta de salud, la HealthCard, para sus 3 millones de personas adultas. A fines de marzo de 2018, el gobierno había aumentado la provisión de la tarjeta de salud a todo el estado, por lo que recabó más de 150.000 datos de pacientes sobre los factores de riesgo de ENT dentro de la atención primaria de salud. Dentro de la geografía del proyecto de Shimla, el equipo de HealthRise ha establecido un sistema MIS robusto que ayuda en el seguimiento de pacientes una vez que se inscriben en el torrente de atención. El gobierno de Himachal Pradesh está en conversaciones con el equipo de HealthRise para integrar y probar los sistemas de HealthCard y MIS en el distrito de Shimla antes de replicarlo a nivel estatal. Se están realizando esfuerzos similares con la autoridad de salud del distrito de Udaipur.

Comité directivo del proyecto

- Los comités directivos del proyecto en el distrito se han formado en asociación con las autoridades sanitarias, incluido el Director de la Misión Nacional de Salud, el Director Médico del distrito, los oficiales de ENT, los médicos privados, el personal médico de los centros de derivación terciaria, los colegas

médicos regionales y otras partes interesadas. A este grupo se le informa sobre la planificación del proyecto, las actividades y los avances, y se buscan aportes sobre estrategias y formas de reducir las barreras para buscar atención a través de la incidencia local.

- El equipo de HealthRise ha consultado periódicamente a un comité asesor a nivel nacional formado por activistas y defensores de diversos ámbitos de la salud pública, incluidos expertos en gestión de ENT tanto comunitarios como clínicos de diferentes partes de la India, para obtener una dirección estratégica y guías programáticas.

RESULTADOS PRELIMINARES

A partir de marzo de 2018, se hizo seguimiento a 2,490 personas que viven con hipertensión y 1,014 personas que viven con diabetes para mejorar su adherencia al tratamiento. El proyecto HealthRise se encuentra en la etapa final de implementación. El IHME llevará a cabo una evaluación de impacto con métodos mixtos e independientes del programa en cada uno de los sitios a fines de 2018. Hasta entonces, el MIS de HealthRise India continuará guiando a los gerentes de programas y los trabajadores de extensión, colaborará con la fuerza laboral de salud pública en hacer un seguimiento de las personas que viven con diabetes e hipertensión y apoyará la mejora de los resultados del tratamiento. La HealthCard ya se ha presentado como una herramienta de vigilancia activa en todo el estado de Himachal Pradesh y el distrito de Udaipur está trabajando para adoptarla junto con el sistema MIS de HealthRise.

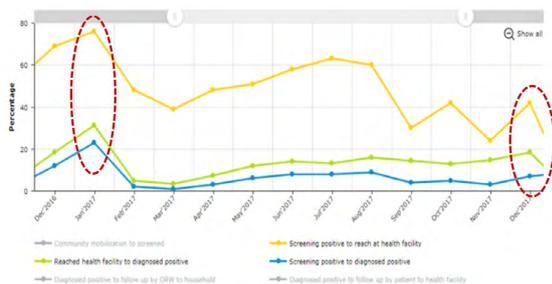


Figura 1: Tendencias de la eficiencia: correlación entre las actividades de detección y el diagnóstico

(Fuente: HealthRise India, HMIS)

LECCIONES APRENDIDAS

1. Las prácticas de evaluación y el seguimiento constante desempeñan un papel clave para garantizar que las personas busquen un diagnóstico confirmatorio.

Los datos de diciembre de 2016 a diciembre de 2017 muestran eficiencias en varios niveles del torrente de atención. Desde finales de marzo de 2018, se han chequeado 48,613 personas en Shimla y Udaipur. Las actividades se monitorean utilizando un sistema de gráficos y fluctuaciones en referencia a los procesos en curso. Por ejemplo, la tendencia ascendente de individuos que se chequean y el seguimiento de los casos sospechosos tiene un impacto directo en la tendencia creciente de los casos positivos que llegan a las instalaciones de derivación más altas para el diagnóstico confirmatorio y que son diagnosticados como positivos. El seguimiento regular de los casos sospechosos ha asegurado una mejoría en la eficacia en la identificación de casos positivos del 30% al 60% de los que llegan tempranamente a un establecimiento de salud pública que no se ve en ningún otro programa de ENT.

2. Hay una reducción significativa en la pérdida de pacientes con un mayor seguimiento durante un período prolongado de tiempo de los sospechosos positivos que necesitan un diagnóstico de confirmación.

En Shimla, se observa que cinco seguimientos durante 120 días llevaron al 74% de los positivos detectados a ir al establecimiento de salud para el diagnóstico temprano. La visualización de datos permite a los gerentes del programa decidir sobre las acciones más efectivas sobre el terreno para mejorar el programa.

3. El seguimiento del paciente se debe mejorar una vez que los esfuerzos de detección disminuyan.

La Figura 1 muestra cómo los trabajadores de extensión podrían mejorar progresivamente el seguimiento de los pacientes diagnosticados. Como mesetas de eficiencia del cribado, los trabajadores de primera línea realizan cada vez más esfuerzos para retener a las personas diagnosticadas en el tratamiento mediante un seguimiento agresivo. A finales de marzo de 2018, más de 1.800 personas están bajo seguimiento activo en un esfuerzo por garantizar el cumplimiento del tratamiento.

RECURSOS

[HealthRise India](#). Webpage; 2018

[HealthRise](#). IHME; 2018

MODELO 3

Integrar las intervenciones que atienden los factores de riesgo múltiples de ENT

MSH

Atendiendo los factores de riesgo múltiple de la diabetes gestacional en Etiopía

Ubicación	Tigray, Ethiopia
Entorno	Urbano y rural
Población objetivo	1.417 mujeres embarazadas en tres centros de salud pública en Tigray, Etiopía
Socios	El programa ENHAT-CS de la Red de Etiopía para el tratamiento, la atención y el apoyo del VIH/SIDA es una iniciativa de USAID financiada por PEPFAR e implementada por un consorcio de socios nacionales e internacionales de Management Sciences for Health (MSH).



Modelo de integración

El programa ENHAT-CS tiene como objetivo integrar los servicios de VIH con otros servicios de salud en toda Etiopía, tales como: salud materna, neonatal e infantil; planificación familiar; TB; enfermedades de transmisión sexual; malaria; enfermedades tropicales desatendidas; nutrición; salud mental; y servicios de laboratorio. ENHAT-CS trabaja con el gobierno de Etiopía para ampliar los servicios de VIH capacitando a los proveedores para llevar a cabo servicios de diagnóstico en los centros de salud pública. MSH y sus socios expandieron este modelo para integrar los servicios de detección y asesoramiento para la diabetes gestacional (DMG) en la atención prenatal en tres centros de salud pública en Etiopía. Las mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional reciben un asesoramiento conductual continuo, que se enfoca en mantener una dieta saludable y promover la actividad física para controlar su condición.

Resultados generales

La integración de los servicios de diabetes gestacional en los servicios de atención prenatal es una forma eficiente y rentable de evaluar la prevalencia de la diabetes gestacional, así como para prevenir, tratar y manejar la afección. Brindar asesoramiento de seguimiento a mujeres diagnosticadas con DMG es una solución particularmente efectiva y de bajo costo para estimular la búsqueda de atención médica y ayudar a las mujeres embarazadas a controlar su condición. La eficiencia en relación con el costo puede lograrse al adaptar los protocolos y las directrices existentes a las necesidades locales, aprovechando la infraestructura y los programas existentes para prestar servicios, así como las prácticas de cambio en la delegación de tareas.



Mujeres © Kate Holt / AusAID

DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

La tasa de mortalidad materna en Etiopía es de 676 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, más de tres veces que el promedio mundial. La diabetes en las mujeres embarazadas, conocida como diabetes mellitus gestacional (DMG), puede aumentar significativamente el riesgo de hemorragia, eclampsia, hipertensión y trabajo de parto obstruido, todos los cuales contribuyen de manera importante a la mortalidad materna. Sin embargo, rara vez se ofrece el cribado de la diabetes como parte de la atención prenatal de rutina, y se estima que el 80% de los casos de DMG permanecen sin diagnosticar. Incluso cuando las mujeres son evaluadas y diagnosticadas con la condición, los centros de salud ofrecen pocas opciones para controlar la enfermedad. Con aproximadamente 1,4 millones de etíopes que viven con diabetes, es imperativo que los servicios de salud de Etiopía proporcionen más servicios para prevenir, tratar y controlar la afección. Los estudios demuestran que la DMG se puede manejar a través de

terapias de dieta e intervenciones de ejercicios físicos, que son de bajo costo y fáciles de implementar.

MODELO DE INTEGRACIÓN

Integración de módulos de cambio de conductas para la DMG en servicios de atención prenatal.

El programa de la Red de Etiopía para el tratamiento, cuidado y apoyo del VIH (ENHAT-CS) es una iniciativa financiada por PEPFAR para integrar servicios completos y de calidad contra el VIH con otros servicios de salud, como los de la salud materna, neonatal e infantil; la planificación familiar; la TB; las enfermedades de transmisión sexual; la malaria; las enfermedades tropicales desatendidas; la nutrición; la salud mental; y los servicios de laboratorio. Mientras que más del 95% de las mujeres embarazadas a las que se accede por la iniciativa se someten a la prueba del VIH, solo el 43% recibe pruebas de albúmina, niveles de pH y glucosa. Incluso cuando se realizan todas las pruebas, los proveedores de salud a menudo ignoran los resultados de las pruebas de glucosa, que se pueden usar para detectar la DMG. Utilizando materiales adaptados de la Asociación Estadounidense de Diabetes, ENHAT-CS capacitó a los proveedores de salud sobre la importancia de la detección de DMG durante los servicios de atención prenatal de rutina, así como sobre las formas de tratarla y manejarla. Los proveedores de salud fueron entrenados para proporcionar consejos nutricionales y de ejercicio físico a quienes fueron diagnosticadas durante las sesiones de asesoramiento y las visitas de seguimiento.

INTERVENCIONES

Adaptación de directrices internacionales

ENHAT-CS trabajó con expertos locales e internacionales de la Asociación de Diabetes de Etiopía, el Ministerio de Salud Federal, el departamento regional de salud de Tigray, MSH Etiopía y las oficinas locales, para desarrollar un manual de pruebas estandarizado y protocolos específicos para Etiopía para los servicios de DMG, utilizando lineamientos, normas y estándares internacionales.

Capacitación del proveedor de salud

Los proveedores de salud en las clínicas públicas de atención primaria están siendo capacitados para realizar el diagnóstico de la prueba de sangre y detectar signos de DMG durante los servicios de atención prenatal de

rutina. Las capacitaciones también incluyen información sobre maneras de educar y apoyar a las mujeres sobre los factores de riesgo clave, es decir: cómo controlar la DMG con una dieta saludable y una actividad física consistente. El personal de MSH visita los centros de salud pública una o dos veces al mes para proporcionar orientación clínica continua y apoyo a los proveedores de servicios de salud.

Recopilación de datos de la DMG y pruebas de detección

Los proveedores de salud y los técnicos de laboratorio recopilan datos a través de entrevistas, exámenes físicos e investigaciones de laboratorio para comprender las características sociodemográficas, el historial médico personal y familiar y el resultado de embarazos previos (si corresponde). Todos los datos se recopilan en papel y se vuelcan a una base de datos para su análisis. El personal del programa revisa y verifica para garantizar la calidad de los datos y realiza reuniones de revisión in situ con el personal del centro de salud para dar una retroalimentación, identificar los desafíos en la implementación y compartir las mejores prácticas.

Integración de diagnósticos: después de realizar las pruebas iniciales (tira reactiva de orina, prueba aleatoria de glucosa en plasma y VIH), se les pide a las mujeres que regresen para una prueba de seguimiento después de ayunar de 8 a 14 horas. La DMG se diagnostica con la glucemia en ayunas (FPG) y los niveles de RPG identificados mediante simples pruebas de pinchazo en el dedo.

Módulos de cambio de hábitos

A las mujeres diagnosticadas con DMG se les brinda asesoramiento individual y apoyo continuo respecto a los factores de riesgo; los proveedores de salud, educan y alientan a las personas a abordar los dos factores de riesgo fundamentales: mantener una dieta saludable y aumentar la actividad física. El material educativo se ofrece a las personas en el área de espera en los centros de salud pública para aumentar la conciencia sobre los riesgos de la diabetes y promover hábitos saludables.

Derivaciones

Las mujeres que no responden positivamente a los cambios en la dieta y al ejercicio se derivan al centro de diabetes del hospital de referencia Aider en Mekelle para una evaluación y gestiones adicionales.

IMPACTO

Detección y diagnóstico

De enero a abril de 2014, los tres centros de salud atendieron a 1.417 mujeres embarazadas. Entre ellas, el 87% regresó para una cita de seguimiento para evaluar sus niveles de glucosa en plasma en ayunas (FPG).

Gestión de la DMG

La prevalencia total de DMG detectada por la prueba FPG fue del 11,3%. De las mujeres embarazadas diagnosticadas con DMG, el 77% tuvo al menos una cita de seguimiento para controlar los niveles de FPG, y todas recibieron asesoramiento sobre nutrición y actividad física después de su diagnóstico inicial. Entre aquellas con DMG que siguieron activamente la dieta y el régimen de ejercicio, el 79% pudieron llevar sus niveles de glucosa a la normalidad después de dos semanas.



Una mujer con sus hijos en el sur de Etiopía

© Tanya Axisa/Department for International Development

Comorbilidad del VIH y DMG

De las 1,234 mujeres embarazadas testeadas, 37 (3,1%) eran VIH positivas. La prevalencia de DMG fue mayor entre las mujeres VIH positivas (21,6%) en comparación con las mujeres VIH negativas (11%). Entre las mujeres VIH positivas con DMG, el 43% respondió a los cambios en la dieta y la actividad física, en comparación con el 79% de las mujeres VIH negativas con DMG. Entre las mujeres embarazadas seropositivas, el 29% de las que recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) dieron positivo para la DMG, en comparación con el 15% de las mujeres VIH positivas que no tomaron TAR antes del tratamiento.

Nota: ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa, probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra de mujeres VIH-positivas en el estudio.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Detección integrada y asesoramiento conductual

La integración del asesoramiento sobre nutrición y actividad física en la atención prenatal de rutina es una forma efectiva de ayudar a las mujeres a manejar la DMG durante el embarazo, especialmente cuando se combina con el apoyo y la tutoría de profesionales de la salud capacitados.

2. Superponer los servicios para la diabetes a los servicios de VIH puede ser una intervención efectiva y de bajo costo

Ahora que Etiopía ha adoptado la Opción B+, que coloca a todas las mujeres embarazadas seropositivas en tratamiento antirretroviral de por vida, existe la oportunidad de brindar a las mujeres embarazadas servicios para la DMG a gran escala. En el futuro, las clínicas de TAR deberían considerar la detección de la diabetes en todas las personas que viven con el VIH, no solo las mujeres embarazadas y las madres.

3. Necesidad de tratamiento para mujeres VIH-positivas

Los futuros programas deberían proporcionar servicios especializados de detección y asesoramiento de DMG para las mujeres que viven con VIH, que tienen menos probabilidades de mejorar su condición mediante simples cambios de estilo de vida en este estudio.

5. Establecer asociaciones es fundamental para el éxito

El programa fue capaz de ganar impulso mediante la participación de una variedad de partes interesadas con experiencia variada, incluidos funcionarios del gobierno, expertos en diabetes destacados y miembros de la Asociación de Diabetes de Etiopía. Para apoyar la ampliación, es importante establecer asociaciones desde el principio.

6. Asegurar el financiamiento a través de la concientización y la incidencia

Si bien el gobierno de Etiopía está interesado en ampliar el programa, el financiamiento sigue siendo un problema. Se deben hacer esfuerzos para educar a los donantes y políticos sobre la prevalencia de la diabetes y el potencial de las intervenciones simples y de bajo costo para revertir la afección.

7. Incentivos para pacientes

En este estudio, la mayoría de las mujeres se sintieron motivadas a comprometerse con una dieta saludable y un régimen de ejercicios físicos para mejorar la salud de sus bebés. La investigación adicional debería examinar qué incentivos ayudan a las mujeres a permanecer en el tratamiento y en las intervenciones de estilo de vida en general.

RECURSOS

[Identifying and treating gestational diabetes among women living with HIV in Ethiopia](#). Maternal Health Task Force; February 2018

[Targeting gestational diabetes during antenatal care: experience from Ethiopia](#). Maternal Health Task Force; February 2018



Editado por Alianza de ENT (NCD Alliance), mayo 2018

Portada: Mujeres. © Kate Holt / AusAID

Pág. 16: Cortesía de Photoshare

Pág. 20: © 2007 Aynah Janmohamed

Pág. 22: © NCDA

Pág. 24: © 2017 Riccardo Gangale04, Cortesía de Photoshare

Pág. 36: Cortesía de Photoshare



Pág. 28: Greg Webb / IAEA; Pág. 32, 34: McKay Savage; Pág. 36: Tim Cowley; Pág. 42: Ngô Trung; Pág. 24: Trường Đại;
Pág. 46: R. M. Calamar; Pág. 50: Kate Holt/AusAID; Pág. 52: Tanya Axisa

Coordinación editorial: Jimena Márquez

Diseño y maquetación: Mar Nieto

NCD Alliance
31-33 Avenue Giuseppe Motta
1202 Geneva, Switzerland

www.ncdalliance.org



**HACER DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENT
UNA PRIORIDAD MUNDIAL**

Website: www.ncdalliance.org Twitter: [@ncdalliance](https://twitter.com/ncdalliance) E-mail: info@ncdalliance.org