

## Planificación de la atención



### OBJETIVOS

**Al final de esta unidad, las participantes podrán hacer lo siguiente:**

- Comprender los enfoques y modelos para usar en la planificación de la atención
- Practicar la elaboración de un plan de atención con plantillas
- Analizar los éxitos y desafíos de la planificación de la atención con las colegas
- Comprender las estrategias para abordar los desafíos



### INSTRUCCIONES

1. Antes de la sesión, revise las diapositivas de PowerPoint y los folletos.
2. Deles la bienvenida a las participantes y muestre los objetivos (diapositiva 2).
3. Describa los componentes de un plan de atención (diapositivas 3 y 4). Aclare que muchas agencias tienen un formato propio para los planes de atención. Pregunte: “¿Cuántas usan un plan de atención en su agencia? ¿Cuán similar a o diferente del plan de la diapositiva es el plan de atención de su agencia?”
4. Distribuya ejemplos de planes de atención en blanco (al menos 2 por participante) y los escenarios posibles de planificación de atención (también en las diapositivas 5 y 6).
5. Revisen los escenarios en grupo. Deles tiempo a las participantes para que creen un plan de atención por su cuenta o en parejas.
6. Distribuya el folleto Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente y muestre el modelo RAP (diapositiva 7).
7. Distribuya el folleto de Ciclo reflexivo de Gibbs. Repase cada paso describiendo cómo estas preguntas pueden ayudar a las promotoras de salud (CHW) a trabajar con los clientes para identificar y completar los planes de atención (diapositiva 8).
8. Cierre la actividad. Muestre las preguntas y promueva una breve discusión grupal (diapositiva 9), alentando al grupo a compartir puntos adicionales sobre la documentación del plan de atención.



### Roles C3 relacionados

Coordinación de atención, manejo de casos y navegación del sistema, brindar orientación y apoyo social, brindar servicio directo, implementar evaluaciones individuales y comunitarias.

### Habilidades C3 relacionadas

Habilidades interpersonales y de construcción de relaciones, habilidades de comunicación, coordinación de servicios y habilidades de navegación, habilidades de desarrollo de capacidades, habilidades de evaluación individual y comunitaria, habilidades de divulgación



### Métodos de enseñanza

Clases, análisis grupal, demostración

*Nota del facilitador: esta sesión también se puede realizar de forma virtual como un seminario web. Se puede adaptar fácilmente si tiene una plataforma como Zoom o Skype y las participantes tienen acceso a una computadora. Si realiza un seminario web, tómese 10 minutos para probar la tecnología y ayudar a las participantes a conectarse.*



### Tiempo previsto

60 minutos



### Conceptos clave

Planes de atención, documentación, consultas, equipo, atención centrada en el cliente



### Materiales

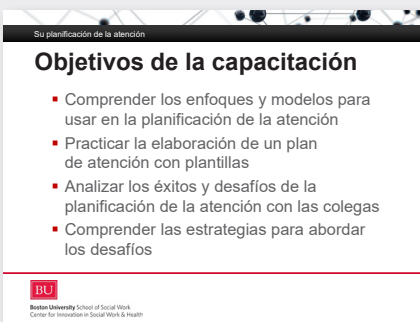
- Computadora con acceso a internet y proyector
- Diapositivas de PowerPoint

#### Folletos

- Ejemplo de plan de atención I
- Ejemplo de plan de atención II
- Escenarios posibles de planificación de la atención
- Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente
- Ciclo reflexivo de Gibbs

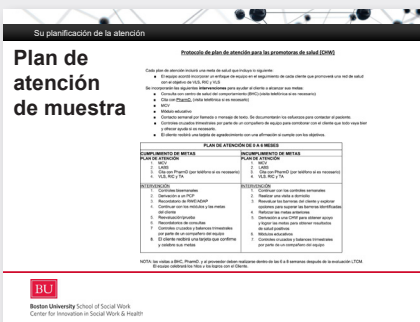


## DIAPOSITIVA 1



## DIAPOSITIVA 2

Revise la diapositiva.

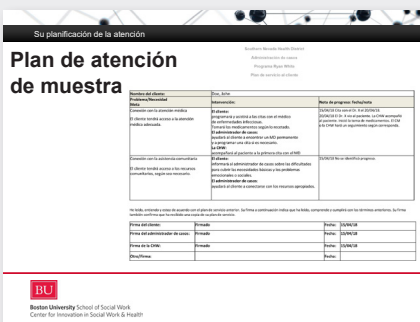


## DIAPOSITIVA 3

Muestre la diapositiva y responda las preguntas.

Pregunte: “ ¿Cuántas usan un plan de atención en su agencia? ¿Cuán similar a o diferente del plan de la diapositiva es el plan de atención de su agencia?”

Facilite una breve discusión.



## DIAPOSITIVA 4

Revise la diapositiva.


Distribuya dos ejemplos de planes de atención en blanco y el folleto Escenarios posibles de planificación de la atención.

Su planificación de la atención

## Escenario del cliente 1: Thomas

Thomas, de 48 años, ha estado viviendo con el VIH durante tres años y durante ese tiempo apenas ha estado participado en la atención. Le acaban de diagnosticar diabetes. El médico ha organizado varias consultas especializadas para Thomas y siente que necesita apoyo, por lo que deriva a Thomas a una promotora de salud (Community Health Worker, CHW). Al médico le gustaría que la CHW desarrolle un plan de atención para Thomas. También se derivó a Thomas a un nutricionista y necesita obtener los suministros para controlar el nivel de azúcar en sangre.

Creen un plan de atención para Thomas.




Boston University School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

## Escenario del cliente 2: Samantha

Samantha ha estado viniendo a la clínica durante años y cumple el tratamiento antirretroviral de gran actividad (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART). Sin embargo, no asistió a las últimas tres consultas y los médicos están preocupados porque tampoco ha recogido sus medicamentos. Tiene antecedentes de problemas de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

Creen un plan de atención para Samantha.




Boston University School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

## Modelo RAP

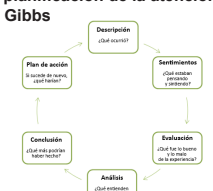
- R: razón del contacto**
  - ¿Por qué el cliente se contactó con ustedes o por qué se contactaron con el cliente? ¿Cómo fue el contacto (por teléfono, en persona, entre otros)?
- A: acción tomada**
  - ¿Qué ocurrió durante el contacto?
- P: plan para la próxima reunión o acciones o servicios futuros**
  - Al final del contacto, ¿cuál es el siguiente paso a seguir? ¿Quién hará qué? ¿El cliente está progresando con el plan de atención? ¿Qué debe suceder para garantizar el progreso con los objetivos del plan de atención?



Boston University School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health

Su planificación de la atención

## Modelos de planificación de la atención: ciclo reflexivo de Gibbs



```
graph TD; D[Descripción (¿Qué ocurrió?)] --> S[Sentimientos (¿Qué emociones experimentó o experimentó?)]; S --> E[Evaluación (¿Qué ha ocurrido o qué ha ocurrido en la experiencia?)]; E --> A[Análisis (¿Por qué ocurrió esto?);]; A --> C[Conclusiones (¿Qué más puedo hacer?);]; C --> PA[Plan de acción (¿Qué voy a hacer o qué voy a hacer?);]; PA --> D;
```



Boston University School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health

## DIAPPOSITIVA 5

Dígale al grupo que revisarán algunos escenarios y practicarán completar un plan de atención.

Pídale a una voluntaria que lea el escenario del cliente. Pídale al grupo que brinde ejemplos de qué incluir en el plan de atención.

Deles a las participantes 10 minutos para completar el plan de atención para Thomas, luego hagan un análisis en grupo.

## DIAPPOSITIVA 6

Pídale a una voluntaria que lea el escenario del cliente. Pídale al grupo que brinde ejemplos de qué incluir en el plan de atención.

Deles a las participantes 10 minutos para completar el plan de atención para Samantha, luego hagan un análisis en grupo.

## DIAPPOSITIVA 7

El modelo RAP es una forma simple de estructurar una nota de encuentro.

Muestre la diapositiva y luego realicen un análisis en grupo.

## DIAPPOSITIVA 8

Muestre los pasos en el gráfico.


## DIPOSITIVA 9

Muestre las preguntas y facilite un análisis grupal.

Su planificación de la atención

### Análisis

- ¿Qué opinan de lo que escucharon en la demostración?
- ¿Qué funcionó bien sobre el proceso del plan de atención?
- ¿Qué faltaba?
- ¿Qué desafíos tienen para planificar la atención?
- ¿Qué preguntas tienen?

 Boston University School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health

# Ejemplo de plan de atención I

## Protocolo de plan de atención para las promotoras de salud (CHW)

Cada **plan de atención** incluirá una meta de salud que incluya lo siguiente:

- El equipo acordó incorporar un enfoque de equipo en el seguimiento de cada cliente que promoverá una red de salud con el objetivo de VLS, RIC y VLS.

Se incorporarán las siguientes **intervenciones** para ayudar al cliente a alcanzar sus metas:

- Consulta con un centro de salud del comportamiento (BHC) (visita telefónica si es necesario).
- Cita con PharmD (visita telefónica si es necesario).
- MCV.
- Módulo educativo.
- Contacto semanal por llamada o mensaje de texto. Se documentarán los esfuerzos para contactar al paciente.
- Controles cruzados trimestrales por parte de un compañero del equipo para corroborar con el cliente que todo vaya bien y ofrecer ayuda si es necesario.
- El cliente recibirá una tarjeta de agradecimiento con una afirmación si cumple con los objetivos.

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE 0 A 6 MESES</b>	
<b>CUMPLIMIENTO DE METAS</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DE METAS</b>
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MCV</li> <li>2. LABS</li> <li>3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario)</li> <li>4. VLS, RIC y TA</li> </ol>	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MCV</li> <li>2. LABS</li> <li>3. <u>Cita con PharmD (por teléfono si es necesario)</u></li> <li>4. VLS, RIC y TA</li> </ol>
<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controles bisemanales</li> <li>2. Derivación a un PCP</li> <li>3. Recordatorio de RWE/ADAP</li> <li>4. Continuar con los módulos y las metas del cliente</li> <li>5. Reevaluación/prueba</li> <li>6. Recordatorios de consultas</li> <li>7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo</li> <li>8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas.</li> </ol>	<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuar con los controles semanales.</li> <li>2. Realizar una visita a domicilio.</li> <li>3. Reevaluar las barreras del cliente y explorar opciones para superar las barreras identificadas.</li> <li>4. Reforzar las metas anteriores.</li> <li>5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos.</li> <li>6. Módulos educativos</li> <li>7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo</li> </ol>

NOTA: las visitas a un BHC, PharmD y al proveedor deben realizarse entre 6 y 8 semanas después de la evaluación de LTCM.

El equipo celebrará hitos y logros con el cliente.



<b>PLAN DE ATENCIÓN DE 6 A 9 MESES</b>	
<b>CUMPLIMIENTO DE METAS</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DE METAS</b>
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de consultas 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá una tarjeta que confirme y celebre sus metas.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Continuar con los controles semanales. 2. Visita a domicilio de LTCM y CHW 3. Reevaluar las barreras del cliente y derivar a una agencia comunitaria. 4. Llamada del proveedor con inquietudes sobre NVLS y NRIC 5. Derivación a una CHW para obtener apoyo y lograr las metas para obtener resultados de salud positivos. 6. Módulos educativos 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE 9 A 12 MESES</b>	
<b>CUMPLIMIENTO DE METAS</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DE METAS</b>
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> 1. MCV 2. LABS 3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario) 4. VLS, RIC y TA 5. Metas identificadas por el cliente
<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Controles mensuales 2. Derivación a un PCP 3. Recordatorio de RWE/ADAP 4. Continuar con los módulos y las metas del cliente 5. Reevaluación/prueba 6. Recordatorios de consultas 7. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo 8. El cliente recibirá un certificado y una bolsa de regalos para CELEBRAR este hito y darles confianza.	<u>INTERVENCIÓN</u> 1. Disposición para la evaluación del cambio 2. Controles mensuales 3. Módulos educativos (si se determina que el cliente está listo) 4. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo para incluirlos en una evaluación de intervención 5. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.



<b>PLAN DE ATENCIÓN DE 12 A 18 MESES</b>	
<b>CUMPLIMIENTO DE METAS</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DE METAS</b>
<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MCV</li> <li>2. LABS</li> <li>3. Cita con PharmD (por teléfono si es necesario)</li> <li>4. VLS, RIC y TA</li> <li>5. Metas identificadas por el cliente</li> </ol>	<u>PLAN DE ATENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MCV</li> <li>2. LABS</li> <li>3. Visita a PharmD (por teléfono si es necesario)</li> <li>4. VLS, RIC y TA</li> <li>5. Metas identificadas por el cliente</li> </ol>
<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controles mensuales de 12 a 18 meses. A los 18 meses, se contactará al cliente cada dos meses.</li> <li>2. Recordatorio de RWE/ADAP</li> <li>3. Continuar con los módulos y las metas del cliente</li> <li>4. Reevaluación/prueba</li> <li>5. Recordatorios de consultas</li> <li>6. Controles cruzados y balances trimestrales por parte de un compañero del equipo</li> <li>7. El cliente recibirá una tarjeta que celebre los hitos con afirmaciones.</li> </ol>	<u>INTERVENCIÓN</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuar con los controles mensuales.</li> <li>2. Anotar al cliente en una lista inactiva si se determina que no está listo.</li> </ol>

Fuente: East Caroline University Adult Specialty Care Clinic

# Ejemplo de plan de atención II



Southern Nevada Health District  
Administración de casos  
Programa Ryan White  
Plan de servicio al cliente

Nombre del cliente:		
Problema/necesidad Meta:	Intervención:	Nota sobre el progreso: fecha/nota
Conexión con la atención médica	El cliente:  El administrador de casos:  La CHW:	
Conexión con la asistencia comunitaria	El cliente:  El administrador de casos:  La CHW:	





He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el plan de servicio anterior. Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y cumplirá con los términos anteriores. Su firma también verifica que ha recibido una copia del plan de servicio.

<b>Firma del cliente:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del administrador de casos:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma de la CHW:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Otro/Firma:</b>		<b>Fecha:</b>	

# Escenarios posibles de planificación de la atención

## Thomas

---

Thomas, de 48 años, ha estado viviendo con el VIH durante tres años y durante ese tiempo apenas ha estado participado en la atención. Le acaban de diagnosticar diabetes. El médico ha organizado varias consultas especializadas para Thomas y siente que necesita apoyo, por lo que deriva a Thomas a una promotora de salud. Al médico le gustaría que la CHW desarrolle un plan de atención para Thomas. También se derivó a Thomas a un nutricionista y necesita obtener los suministros para controlar el nivel de azúcar en sangre.

Creen un plan de atención para Thomas.

## Samantha

---

Samantha ha estado viniendo a la clínica durante años y cumple el tratamiento antirretroviral de gran actividad (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART). Sin embargo, no asistió a las últimas tres consultas y los médicos están preocupados porque tampoco ha recogido sus medicamentos. Tiene antecedentes de problemas de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

Creen un plan de atención para Samantha.

# Documentación de tipo RAP: notas del caso del paciente

Varias entidades (HRSA, ADPH, United Way, entre otras) requieren que el personal del programa redacte notas de casos para registrar las acciones tomadas en el plan de tratamiento de un paciente. Las notas del caso se utilizan para reflejar contactos importantes relacionados con la atención de un paciente. Las notas deben redactarse de manera tal que un auditor o inspector pueda obtener un historial continuo y una visión general del paciente, sus necesidades, los servicios prestados, las observaciones del personal y el progreso o la falta de progreso del caso.

A continuación, encontrarán una guía general para realizar registros de forma práctica.

## Requisitos mínimos para la documentación

- Nombre completo del paciente/cliente
- Fecha
- Hora
- Agencia externa (si corresponde)
- Título
- Firma del autor si es posible

A veces se utiliza el formato SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan) en la documentación. Otro formato común es RAP. RAP significa

### **R:** razón del contacto

- ¿Por qué el cliente se contactó con ustedes o por qué se contactaron con el cliente? ¿Cómo fue el contacto (por teléfono, en persona, entre otros)?

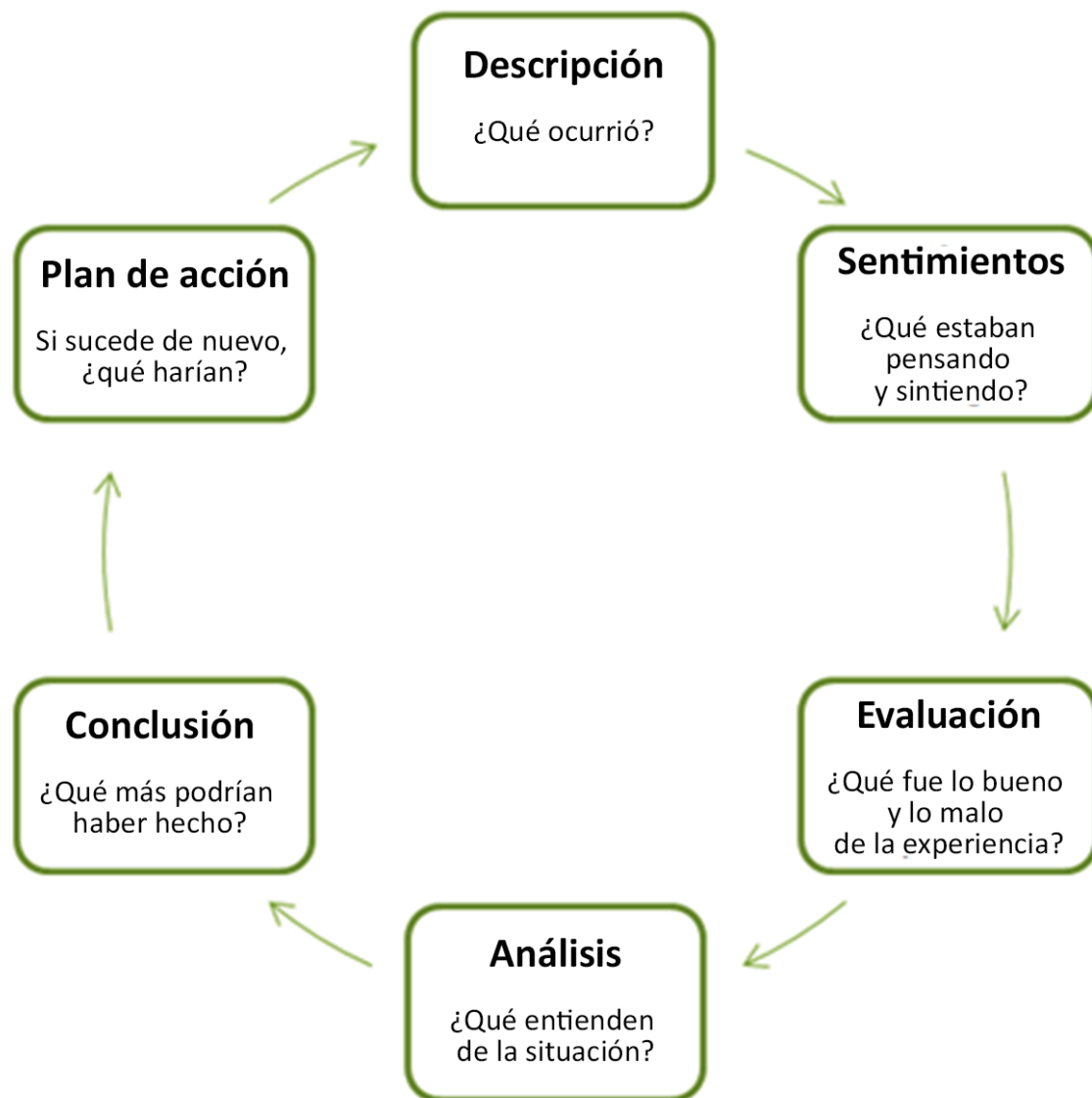
### **A:** acción tomada

- ¿Qué pasó durante el contacto?

### **P:** plan para la próxima reunión o acciones o servicios futuros

- Al final del contacto, ¿cuál es el siguiente paso a seguir? ¿Quién hará qué? ¿El cliente está progresando con el plan de atención? ¿Qué debe suceder para garantizar el progreso con los objetivos del plan de atención?

# Ciclo reflexivo de Gibbs



Fuente: Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Further Educational Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.

# Agradecimientos

Este plan de estudios está basado en y adaptado de otros planes de capacitación para educadores pares y promotoras de salud, como el plan Pilares para el éxito entre pares (<https://ciswh.org/resources/HIV-peer-training-toolkit>) y el plan del Centro de Capacitación Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Multnomah (<https://multco.us/health/community-health/community-capacitation-center>)

## Equipo

Serena Rajabiun

Simone Phillips

Alicia Downes

Maurice Evans

LaTrischa Miles

Jodi Davich

Beth Poteet

Rosalía Guerrero

Precious Jackson

María Campos Rojo

Este proyecto es y ha sido financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) con el número de subvención U69HA30462 "Mejor acceso a la atención médica: promotoras de salud para mejorar el vínculo con y la retención en la atención del VIH" (\$2 000 000 para fondos federales). Esta información o contenido y las conclusiones pertenecen al autor y no deben interpretarse como la posición ni la política oficial de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE. UU.

## Cita sugerida:

Boston University Center for Innovation in Social Work & Health. (2019). *A Training Curriculum for Using Community Health Workers to Improve Linkage and Retention in HIV Care*. Extraído de <http://ciswh.org/chw/>



**Boston University** School of Social Work  
Center for Innovation in Social Work & Health