# MARCO OPERATIVO

## ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

**2021**

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

**2021**
© MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

# ÍNDICE

CONTENIDO 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS 7

PRESENTACIÓN 8

VISIÓN Y OBJETIVOS DE LA ECICEP 10

OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO 11

**CAPÍTULO 1. ELEMENTOS BÁSICOS A CONSIDERAR EN LA INSTALACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA 12**

1.1. GOBERNANZA DE LA ESTRATEGIA 12

1.1.1. REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN 12

1.1.2. TAREAS PARA DESARROLLAR ENTRE EL SERVICIO DE SALUD Y LOS IMPLEMENTADORES COMUNALES Y DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 18

1.2. ACTUALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES Y COMPETENCIAS DEL EQUIPO 21

1.3. GESTIÓN DEL CAMBIO 24

**CAPÍTULO 2. APROXIMACIONES AL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD 28**

2.1. LAS PERSONAS Y EL CUIDADO CENTRADO EN ELLAS 28

2.1.1. EXPLORACIÓN DE LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA EXPERIENCIA DE PADECERLA 29

2.1.2. COMPRENDER A LAS PERSONAS EN TODAS SUS DIMENSIONES 31

2.2. LA COMUNIDAD EN EL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS 32

**CAPÍTULO 3. COMO AVANZAR HACIA EL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA 34**

3.1. ESTRATIFICACIÓN SEGÚN RIESGO 34

3.2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA Y EN RED(5) 35

3.2.1. PREPARACIÓN PREVIA: ESTRATIFICACIÓN Y REVISIÓN DE SITUACIÓN DE LAS PERSONAS AL INGRESAR 35

3.2.1.1. IDENTIFICAR NIVEL DE RIESGO DE LAS PERSONAS 35

3.2.1.2. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA HISTORIA/FICHA CLÍNICA 36

3.2.1.3. EL EQUIPO DE SALUD EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LAS PERSONAS SEGÚN RIESGO 37

3.2.2. IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL 41

3.2.2.1. MEDIDAS POBLACIONALES DE SALUD 42

3.2.2.2. ATENCIÓN EN CUIDADO INTEGRAL A PERSONAS CON CONDICIÓN CRÓNICA 43

A) CONTACTO INICIAL 43

B) INGRESO INTEGRAL 44

C) CONTROL INTEGRAL 48

3.2.2.3. APOYO AL AUTOMANEJO DE CONDICIONES CRÓNICAS 48

3.2.3. CONTINUIDAD DEL CUIDADO INTEGRAL EN LA RED 50

3.2.3.1. GESTIÓN DEL CUIDADO (GESTIÓN DE CASO)(5) 50

3.2.3.2. TRANSICIÓN DEL CUIDADO(5) 53

**CAPÍTULO 4. PROGRAMACIÓN OPERATIVA Y GESTIÓN DE AGENDA 55**

4.1. PROGRAMACIÓN OPERATIVA DE MULTIMORBILIDAD 55

4.2. GESTIÓN DE AGENDA 59

4.2.1. EN ATENCIÓN PRIMARIA 59

4.2.2. ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD 60

**CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA 63**

5.1. MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN 63

5.2. GRUPOS DE INDICADORES 65

5.3. PUESTA EN PRÁCTICA DE LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA 65

5.3.1. FUENTES DE INFORMACIÓN 65

5.3.2. TEMPORALIDAD DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES 67

5.4. GOBERNANZA DE DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SISTEMA DE SALUD 68

**ANEXOS 70**

ANEXO 1. GUÍA DE SEGUIMIENTO DE REUNIONES DE ACOMPAÑAMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DESDE EL SERVICIO DE SALUD 70

ANEXO 2. MAPA DE ACTIVOS TERRITORIALES 74

ANEXO 3. CÁLCULO Y USO DE LA PROPORCIÓN DE DÍAS CUBIERTOS O PDC PARA LA DETERMINACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA 75

ANEXO 4. EXPERIENCIA DE ATENCIÓN EN DUPLA DE CESFAM SANTIAGO DE NUEVA EXTREMADURA, COMUNA DE LA PINTANA 77

ANEXO 5. PLANILLA PROGRAMACIÓN 78

ANEXO 6. REPORTE DE ESTRATIFICACIÓN, NIVEL SERVICIOS DE SALUD 79

ANEXO 7. PAUTAS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADA EN LAS PERSONAS 81

ANEXO 8. INDICADORES DE LA ECICEP 87

**AUTORIA** **90**

**REFERENCIAS** **94**

# ÍNDICE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Ilustración 1. Flujograma de cuidado integral de persona en alto riesgo (G3) en un centro de salud 19

Ilustración 2. Perfil de los actores involucrados en los procesos de cambio, según su predisposición a sumarse a ellos 24

Ilustración 3. Cuidado centrado en las personas: Componentes Interactivos 29

Ilustración 4. Servicios profesionales farmacéuticos sugeridos según la categorización de riesgo 40

Ilustración 5. Interacción entre salud pública y atención primaria 42

Ilustración 6. Iconografía de la identificación de personas con condiciones crónicas 60

Ilustración 7. Proceso gestión de agenda y sus subprocesos 61

Ilustración 8. Modelo conceptual para la evaluación de la ECICEP 64

Ilustración 9. Grupos de indicadores de la ECICEP 65

Ilustración 10. Temporalidad del monitoreo y evaluación de los indicadores de la ECICEP 67

Ilustración 11. Roles y flujo de información en la gobernanza de datos en la ECICEP 69

Tabla 1. Resumen de contenidos abordados en los procesos de actualización de habilidades y competencias en los equipos de salud 22

Tabla 2. Eventuales resistencias al cambio en relación a la instalación e implementación de la ECICEP 25

Tabla 3. Objetivos y utilidades de la Estratificación 34

Tabla 4. Criterios de sub-priorización para Cuidado Integral de la multimorbilidad severa (G3) 36

Tabla 5. Ingreso de las personas a la ECICEP 45

Tabla 6. Coeficientes técnicos de programación 56

Tabla 7. Registro REM A05, sección V de los ingresos a atención integral y planes de cuidados integrales elaborados 66

Tabla 8. Registro REM A01, sección F de los controles integrales y seguimiento a distancia 66

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

| | |
|---|---|
| ACV | Ataques Cerebrovasculares |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| CESFAM | Centro de Salud Familiar |
| CFT | Comité de Farmacia y Terapéutica |
| COMGES | Compromiso de Gestión |
| DEIS | Departamento de Estadística e Información en salud |
| DIGERA | División de Gestión de la Red Asistencial |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo 2 |
| ECICEP | Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas |
| EDF | Etapa de Destinación y Formación |
| EMPAM | Examen de Medicina Preventiva en Adultos Mayores |
| EPOC | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| ERC | Enfermedad Renal Crónica |
| FENAPS | Programa de formación de especialistas en el nivel de Atención Primaria de salud |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud |
| G0 | Grupo sin condiciones crónicas o riesgo no identificado |
| G1 | Grupo de Riesgo Leve |
| G2 | Grupo de Riesgo Moderado |
| G3 | Grupo de Riesgo Alto |
| GC | Gestión de Cuidado o Gestión de Caso |
| HTA | Hipertensión Arterial |
| IAAPS | Índice de Actividad de Atención Primaria |
| IAM | Infarto Agudo al Miocardio |
| ICC | Insuficiencia Cardiaca Congestiva |
| MAIS | Modelo de Atención Integral de Salud |
| MF | Médico de Familia |
| MG | Médico General |
| MINSAL | Ministerio de Salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAC | Plan Anual de Capacitación |
| PDE | Profesional de Enlace |
| QF | Químico farmacéutico |
| RCE | Registro Clínico Electrónico |
| REM | Resumen Estadístico Mensual |
| RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| SIDRA | Sistema de Información de la Red Asistencial |
| TENS | Técnico en Enfermería de Nivel Superior |

## PRESENTACIÓN

En Chile, como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en aumento, tanto en magnitud como en complejidad. Ante esta situación, los sistemas de salud evidencian la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas o en grupos de estas. Esta manera de funcionamiento y fragmentación tensiona a todos los actores del sistema de salud, si se considera que la mayoría de la población adulta es portadora de dos o más enfermedades crónicas. Es así, que el cómo atender la comorbilidad es el desafío de los sistemas de salud en los tiempos que corren. Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Todo esto, junto con incrementar el consumo de recursos sanitarios, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, su familia y sus cuidados. Por consiguiente, ante la interrogante, *¿Es necesario cambiar la forma en que el sistema de salud actúa frente a la multimorbilidad? ¡Sí, es necesario e inminente!*

El cambio requiere privilegiar la entrega de cuidados centrados en la persona y su familia, acompañándolas según nivel de riesgo de complicaciones de salud que experimentan a lo largo del curso de la vida: desde la promoción de salud para quienes no tienen condiciones crónicas, pero eventualmente pudiesen presentarlas, hasta la prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación para quienes ya tienen una o más condiciones crónicas y requieren cuidados constantes y monitorizados por el equipo de salud.

Es así como esta reconfiguración de la entrega de cuidados se orienta a:

a. Las **personas sin patologías diagnosticadas**, que participarán en la prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de nuevas condiciones crónicas o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida.
b. Las **personas en situación de cronicidad**, pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo para ofrecer una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud.
c. El **equipo de salud**, con una mayor optimización del tiempo dedicándolo a las labores de mayor valor añadido.

El cuidado integral centrado en la persona, desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad. La integralidad, desde la perspectiva de la comprensión multidimensional de los problemas de las personas, releva el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y a las terapias socialmente aceptables. Estas se abordan mediante planes de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinando las prestaciones de salud(1).

El Ministerio de Salud, a principios del año 2020, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad(2), basada en los principios del MAIS. Dicho documento, aborda los fundamentos y conceptos estratégicos de los cuidados integrales centrados en las personas, para que los equipos de salud tengan un marco referencial sobre el cual comprender esta reconfiguración en la entrega de cuidados a las personas.

Ahora bien, el presente documento complementa y operacionaliza el marco conceptual de la ECICEP, otorgando recomendaciones para la instalación e implementación de la misma en Servicios de Salud, comunas, establecimientos de Atención Primaria y de especialidades. El documento se estructura en cinco capítulos, que se resumen a continuación:

**Capítulo I.** Aborda los principales elementos contenidos en la gradualidad de la implementación de la ECICEP y gestión del cambio en los establecimientos, comunas y Servicios de Salud. Los aspectos claves en la gestión del establecimiento vinculados a la preparación del equipo de salud, en tanto refuerzo de competencias y redefinición de roles.

**Capítulo II.** Aborda las principales aproximaciones a tener en consideración para comprender la integralidad del cuidado centrado en las persona, familia y comunidad en coherencia con el MAIS.

**Capítulo III.** Enfatiza los contenidos que constituyen el cuidado integral centrado en la persona, en donde el plan de cuidado consensuado, acorde a las necesidades de las personas y sus familias, son el eje conductor del quehacer del equipo de salud en la continuidad de los cuidados en la red.

**Capítulo IV.** Entrega orientaciones para efectuar la programación operativa y el agendamiento de las prestaciones de cuidado integral.

**Capítulo V.** Establece el proceso metodológico de evaluación de la ECICEP.

Esta primera edición probablemente no llegará a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de los equipos de salud. Sin embargo, se pone a disposición una ruta que recoge la experiencia de quienes llevan camino adelantado, que fue consensuada con los actores involucrados en la ECICEP y que orienta la gestión de los centros de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

# VISIÓN Y OBJETIVOS DE LA ECICEP

**Visión y objetivo**

La Estrategia aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

## Objetivos específicos (en términos operativos)

**a. En la ciudadanía**

- Mejorar el automanejo y autocuidado de las personas en relación a su estado de salud.
- Facilitar la incorporación de conductas saludables con el apoyo de grupos organizados de la comunidad y del equipo de salud.

**b. En el equipo de salud**

- Entregar a cada persona la atención de salud que requiere según su condición y riesgo de salud.
- Facilitar una mejor adherencia de las personas al tratamiento de sus condiciones crónicas.
- Implementar la toma de decisiones compartidas desde la perspectiva de los equipos de salud y comunidad.
- Facilitar la continuidad del cuidado en la Red de salud.
- Aumentar la satisfacción de los trabajadores de la salud.
- Disminuir la duplicidad de intervenciones.

**c. En las personas con condiciones crónicas y sus familias**

- Implementar acciones sanitarias que plasmen los principios irrenunciables del MAIS: centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado.
- Implementar un modelo de gestión en atención primaria basado en riesgo de salud de la población a cargo.
- Mejorar la experiencia y satisfacción usuaria.
- Lograr la compensación/ control de las personas con condiciones crónicas en el corto plazo.
- Disminuir las complicaciones asociadas a su condición de cronicidad con énfasis en la anticipación al daño.
- Mejorar la autopercepción de bienestar de personas con condiciones crónicas.
- Aportar a que las personas con enfermedades crónicas, gestionen y tomen responsabilidad por su propia salud.
- Aportar a que las familias, brinden un ambiente seguro a sus miembros, que promueva el bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

## OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

El presente documento tiene por objetivo establecer el marco operativo para el cuidado integral de las personas de 15 y más años en el sistema público de salud.

Se abordan los principales ámbitos a tener en consideración para el cuidado integral centrado en las personas, acorde a su riesgo, en contexto de cronicidad y multimorbilidad. Está dirigido a los equipos en el sistema público de salud, responsables de acompañar a las personas en el cuidado de su salud, con énfasis en el nivel primario de atención y en coordinación con otros niveles de atención.

A través de la revisión y lectura crítica de este documento, los gestores y equipos de salud podrán:

1. Revisar los conceptos y elementos claves a tener en consideración en la implementación de la ECICEP, tales como, gestión del cambio, redefinición de roles en el equipo de salud, habilidades y competencias necesarias de actualizar, entre otros.
2. Comprender la integralidad del cuidado centrado en las personas, resignificando la relación con estas hacia una asociación colaborativa.
3. Desarrollar el proceso de cuidado integral centrado en la persona, acorde a la realidad local y exigencias del MAIS.
4. Describir la programación operativa de la multimorbilidad, en base a los elementos básicos conceptuales y metodológicos revisados.
5. Revisar el proceso metodológico que evalúa la ECICEP en el marco de la mejora continua.

# CAPÍTULO 1. ELEMENTOS BÁSICOS A CONSIDERAR EN LA INSTALACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El capítulo profundiza los elementos básicos a tener en consideración en la instalación e implementación de la ECICEP, tales como gestión del cambio, redefinición de roles en el equipo de salud, habilidades y competencias necesarias de actualizar, entre otros. Todo ello dentro del marco del MAIS.

**La revisión de este capítulo le permitirá:**

- Identificar los requisitos mínimos para la implementación según nivel de gestión.
- Revisar los roles del equipo de salud en el marco de la implementación de la Estrategia.
- Conocer las habilidades y competencias necesarias de reforzar en el equipo de salud.
- Reforzar el conjunto de herramientas y mecanismos necesarios a considerar para la gestión del cambio.

## 1.1. Gobernanza de la Estrategia

El desafío de implementar la ECICEP, en la Atención Primaria de Salud (APS), no solo es un desafío más complejo que otros, sino que se trata de una problemática que se encuentra en una escala distinta a los anteriores. Dado que los cambios que se requieren responden a las lógicas de acción, es decir, a las formas de coordinación práctica entre los profesionales de la salud, el personal administrativo, las personas, sus familias y la comunidad(3).

La organización de las prácticas al interior de los centros de salud primaria, está más influida por las identidades, por las inercias históricas y por los juegos de intercambio entre los profesionales de la salud y las personas. Estos son de reconocimiento, de lealtad, de información, de beneficios y otros que, históricamente, han respondido a un modelo relacional más bien paternalista, muy lejano al modelo de toma de decisiones compartido que la ECICEP desea instalar.

Para lograr los cambios que se requieren, es necesario encontrar una manera de respetar y ampliar los activos de las personas, sus familias, las comunidades y del equipo de salud con el objeto de facilitar la coordinación y el beneficio mutuo. Porque la mayor parte de las estrategias actuales no reconocen las singularidades de las comunidades, de los equipos y menos aún las involucran.

En dicho contexto, este capítulo refrenda la idea de que para implementar la ECICEP es necesario utilizar las propias posibilidades concretas de transformación de la práctica, alineando sus recursos institucionales, subjetivos y su conocimiento práctico para gatillar los procesos de aprendizaje y reflexividad que susciten las innovaciones en la dirección normativamente deseada. Por lo tanto, las propuestas que a continuación se presentan responden a esta lógica, a "orientar la acción"(4).

### 1.1.1. Requisitos mínimos para la implementación

#### a. Servicio de Salud(5)

**Voluntad política de la autoridad del servicio**

El cambio se inicia desde una opción, es decir, desde la elección de un nuevo paradigma hacia el que avanzar. En el marco del tránsito hacia la ECICEP, se hace necesario que la autoridad de cada Servicio de Salud invite a sus equipos a implementarla, sin imponerla como una nueva línea de trabajo. Para ello, deberá transmitirles su convicción respecto de la necesidad de innovar e incorporar nuevas formas de abordar las temáticas de salud y bienestar de la población.

Se convoca a un proceder en consistencia con el MAIS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que fundamentan la organización de la Red, por lo que se distingue un marco de referencia conocido por los miembros de la organización, lo que podrá favorecer el manejo de su incertidumbre y la apertura a la exploración de nuevas formas de acción y gestión.

En este proceso inicial, se distinguen las siguientes acciones necesarias:

**Revisión y reformulación del rol de referentes temáticos**

Es posible pensar que la creciente incorporación de Programas de Reforzamiento a la APS (PRAPS), así como la dirección de esfuerzos hacia el abordaje de las listas de espera y la gestión hospitalaria, han ido transformando la articulación de la Red hacia una organización en estancos[1], en la que los y las referentes también han mutado desde la gestión temática hacia una por Programas. El foco en las metas y la acción administrativa han derivado en la especificidad del quehacer, generando un trabajo aislado y regido por orientaciones y normas programáticas, lo que se reproduce de igual manera en los equipos de salud de la Red.

La incorporación de este nuevo paradigma implica una deconstrucción del quehacer cotidiano y de las definiciones parceladas respecto de los roles, responsabilidades y metas individuales, para transitar hacia acciones articuladas, que permitan alcanzar la real integralidad en salud. De esta forma, la invitación a hacerse parte en este proceso de cambio debe convocar a los miembros de la organización a reinventar su quehacer, con miras a una gestión integrada.

En ese sentido, tanto la gestión como administración de la organización de los Servicios de Salud, comunas y centros de salud primaria, secundarios y terciarios debe ser coherente con el discurso que se requiere para generar los cambios. Por este motivo, es importante contemplar roles y metas que vayan en el mismo sentido de la ECICEP, lo que permitiría reducir las fricciones y las contradicciones entre lo que se requiere en la cultura organizacional y **maximizar el alineamiento de los incentivos con los distintos objetivos de la ECICEP.**

**Conformación de un equipo líder**

La conformación de un equipo que lidere la implementación de la ECICEP en la Red hace necesario considerar tanto su composición como su ubicación en el organigrama de la institución. Se sugiere la conformación de un equipo de entre 8 a 10 personas que gestione el desarrollo de la ECICEP en el territorio, de manera transversal e integrando a sus distintos niveles, razón por la cual parece pertinente que la coordinación del equipo sea con dependencia directa de una de las Subdirecciones del Servicio de Salud, de acuerdo a la evaluación que se haga según la realidad local de cada Servicio de Salud. Asimismo, se recomienda que al interior del Servicio de Salud se dé a conocer quienes componen este equipo y sus funciones.

Se hace necesario convocar a personas con perfiles y experiencias diversas, de manera de articular la mirada biomédica con la psicosocial. El desafío que se inicia requiere de una nueva perspectiva y comprensión de la realidad en la que los equipos y personas se insertan, por lo que la variedad en la reflexión y aproximaciones será de gran valor.

[1] Se entiende por estanco a un sistema que está cerrado y/o incomunicado.

Por otra parte, es relevante que los miembros de este equipo tengan conocimientos actualizados de la Red, la comunidad, el intersector, que compartan una mirada crítica respecto de la organización y de las normativas verticales sobre el quehacer en salud. En esa línea, será necesario que quienes lo compongan tengan al menos dos años de experiencia de trabajo en la Red en los últimos años.

**Mejoramiento de las habilidades y competencias de los equipos**

El inicio y desarrollo de un cambio requiere incorporar nuevos contenidos, reflexiones y habilidades que permitan trazar un camino hacia un objetivo compartido. El avance sin contar con las herramientas necesarias y pertinentes para ello puede derivar en fracasos que derriben la motivación a la transformación. Es por ello que la formación continua cobra tanta relevancia, en la medida que abre espacios para el aprendizaje en conjunto, introduce paradigmas y orienta el ensayo e incorporación de nuevas habilidades.

Es un proceso gradual y deberá dirigirse a todos los miembros necesarios de la organización, siendo relevante que compartan esta instancia con equipos de la Red de salud. La formación continua podrá desarrollarse tanto a través de clases expositivas y talleres, como de pasantías por establecimientos que ya se encuentren implementando la ECICEP.

**Difusión y sensibilización**

La comprensión de la ECICEP como una reorganización de la Red se enfrenta con la necesidad de hacer parte a todos sus actores en este proceso de cambio. Para ello, se requiere abrir espacios de encuentro, en donde se entregue información, se acojan las inquietudes, miradas y propuestas de las personas, como insumos relevantes para la co - construcción de la ECICEP.

Se propone la presentación de esta invitación al cambio en diversos espacios con la Red, entre los que destacan el CIRA, reuniones con jefes de salud comunales, con directores de hospitales, reuniones ampliadas y jornadas con los referentes de los Servicios de Salud.

Se hace relevante que en esas instancias se encuentren presente las siguientes temáticas:

- Urgencia del cambio.
- Experiencias exitosas.
- Resultados esperados.
- Recursos necesarios para iniciar el proceso.
- Magnitud del cambio.
- Presentación del equipo líder para la ECICEP en el Servicio.

*En Anexo 1, revisar ejemplo de guía de seguimiento y acompañamiento desde el Servicio de Salud a la implementación de la ECICEP en los centros de salud.*

### b. Comuna

El desafío de desarrollar cambios de paradigmas en los modelos de atención distingue la gestión del cambio como un proceso crítico. El tránsito desde el funcionamiento en base a esquemas y lógicas programáticas hacia la atención centrada en las personas requiere de una deconstrucción significativa en los equipos y personas, desde donde redirigir y organizar el quehacer.

A continuación, se describen distintas fases para la implementación de la ECICEP, siendo relevante la flexibilidad en su desarrollo, a partir de la integración a las características de cada organización comunal.

**Necesidad compartida hacia el cambio**

La apertura a un proceso de cambio requiere que esa necesidad sea compartida. Por ello, se hace necesario observar y distinguir con los actores involucrados tanto su importancia como su urgencia, siendo relevante que les parezca necesario.

En esta fase inicial, el desarrollo de conversaciones y la generación de instancias de reflexión en conjunto se presentan como aspectos cruciales. Se trata de compartir la inquietud que genera la constatación de que los esfuerzos invertidos hasta ahora no logran alcanzar los objetivos propuestos; de realizar una mirada crítica al quehacer en Salud y de invitar a trascender la estructura dada, para pensar en nuevas alternativas de acción.

Se hace relevante que desde el inicio de este proceso se reconozca y valore el esfuerzo y trabajo de los equipos, sin devaluarlo ni calificarlo en su efectividad. La invitación al cambio debe surgir desde el objetivo compartido de una salud centrada en las personas, de manera de proponer un camino en consistencia con ello. A partir de eso, gestores, referentes y clínicos podrán iniciar un proceso de reflexión crítica de sus propias prácticas, con miras a adecuar sus acciones y orientaciones hacia esta nueva propuesta.

**Generación de contexto**

Para enfrentar cualquier proceso de cambio se requiere contar con un contexto institucional que lo sustente y que de un marco seguro para el desarrollo y mantención de las nuevas acciones, coordinaciones y dinámicas de trabajo. De esta forma, se hace esencial que los gestores y administradores locales crean en la necesidad y relevancia del cambio y que estén dispuestos a adaptar estructuras y procesos para hacerlo posible.

Teniendo esto en consideración, se requiere iniciar este proceso a través del desarrollo de reuniones conjuntas Servicio de Salud, jefes de salud comunal, asesores técnicos, directores de establecimientos y comunidad, en las cuales sea posible bosquejar en conjunto las estrategias locales para el cambio, visualizando sus etapas e implicancias. Así también, se hace necesario sostener esos encuentros con los referentes del nivel secundario y hospitalario, invitando a la construcción de una nueva forma de atención en Red.

Se espera que el referente comunal trabaje en conjunto con referente en Servicio de Salud y acompañe al establecimiento en el proceso de diseño, implementación e instalación de la ECICEP, que sea el nexo con los encargados de los centros de salud y con las autoridades locales. De esta forma y, además, a través de la capacitación formal, se introducirá en la urgencia del cambio y será capaz de sensibilizar a los equipos de salud y autoridades comunales. Se espera que realice un diagnóstico de sus centros para sugerir las mejores estrategias en cada uno de ellos y defina las condiciones óptimas para iniciar. Deberá realizar evaluaciones en terreno permanentes y realizar las medidas correctivas necesarias. En el futuro, se espera que sea quien continúe la escalabilidad en conjunto con el Servicio de Salud en el territorio a cargo.

Se recomienda que el referente comunal sea un profesional con al menos 3 años de experiencia en la coordinación de salud a nivel comunal o de centro de salud. Que conozca el funcionamiento técnico administrativo de la red local (RCE, metas, IAAPS, COMGES, Programación, Agenda, etc.) y sea capaz de proponer soluciones a los problemas que se presenten. Que se capacite en los cursos que gestione el Servicio de Salud. Que realice coordinaciones con todas las áreas internas que se requieran, para garantizar el éxito de la ECICEP.

### c. Establecimientos de atención primaria (5)

**Equipo implementador en centros de salud de atención primaria**

Este equipo liderará la construcción e implementación del proceso de cambio al interior de la organización, por lo que la articulación de sus miembros será de gran relevancia para el desarrollo de un trabajo sistemático en conjunto, que permita integrar la ECICEP a la realidad local.

Se sugiere la conformación de equipos operativos, que cuenten con la designación de un encargado, la participación continua de director/a del centro de salud, de los jefes de sectores, y cuando corresponda según realidad local y temáticas a abordar, incorporar a otros profesionales referentes del curso por vida, facilitador intercultural, gestor comunitario, técnicos de enfermería de nivel superior (TENS) y/o, administrativos de admisión, entre otros, a fin de que aporten desde miradas y disciplinas diversas, a partir de su labor clínica, de coordinación y de contacto con la comunidad.

A su vez, se sugiere sumar a líderes informales de la organización, comprendidos como aquellas personas que se constituyen en referentes para sus pares y son fuente de entrega de información y aclaración de dudas sobre los procesos que se desarrollan en el Centro.

Se propone calendarizar reuniones semanales, en las que puedan participar referentes del Servicio de Salud y encargado/a comunal para la ECICEP, con el objetivo de acompañar a los equipos en este proceso de transformación. Inicialmente, la participación de estos referentes tendrá una mayor periodicidad, pudiendo espaciarse en la medida que el proceso avanza. Pese a ello, se mantendrá la disponibilidad y el contacto con los equipos, para apoyar en lo que requieran.

### d. Establecimientos de atención secundario y terciario

**Coordinador/a de la ECICEP en el nivel secundario y terciario**

Será relevante contar con un coordinador/a para el desarrollo de la ECICEP en el nivel secundario y terciario, siendo deseable conformar una dupla de profesionales clínicos con alta experiencia en estos niveles de atención.

El rol de coordinación estará enfocado en la integración de nuevos procesos al quehacer hospitalario y de atención de especialidad, que propicien la articulación de la Red para favorecer el acceso oportuno de las personas a las atenciones que requieren.

Asimismo, deberán gestionar el cambio, fortaleciendo la continuidad de cuidados en nivel secundario y terciario identificando brechas y nudos críticos que limiten la fluidez del proceso entre niveles, poniendo especial énfasis en la entrega de información clara y precisa a todos los miembros de los servicios y unidades respecto de este proceso de transformación: la presentación del profesional de enlace (PDE), la distinción clara de los roles de cada persona y la elaboración en conjunto de flujogramas que permitan un contacto fluido y orienten la colaboración para el desarrollo de las acciones requeridas.

A modo de síntesis se presenta resumen de los requisitos mínimos para la implementación de ECICEP, según nivel de gestión:

| | | | Ámbitos | Descripción |
|---|---|---|---|---|
| Difusión del cambio hacia una atención centrada en las personas | Monitoreo de la ECICEP en diferentes niveles | Servicios de Salud | Voluntad política | De las autoridades |
| | | | Rol de referentes temáticos | Deconstrucción del quehacer de los referentes temáticos para transitarlos hacia un quehacer articulado e integral. |
| | | | Equipo líder | Conformación de equipo gestor en el Servicio de Salud. |
| | | | Mejoramiento habilidades y competencias en los equipos | En temáticas relativas a la ECICEP (cuidado integral, gestión del cambio, automanejo, etc.). |
| | | | Difusión y sensibilización | Transmisión de la urgencia del cambio, experiencias exitosas, resultados esperados, presentación del equipo líder ECICEP del Servicio, etc. en instancias como CIRA, reuniones de jefes comunales, hospitales, etc. |
| | | Comunas | Necesidad compartida hacia el cambio | Movilización de actores claves en pos de instalar una necesidad de cambiar el modo en que las acciones de salud se han llevado hasta el momento. |
| | | | Generación de contexto institucional | Creación de los incentivos institucionales y contexto organizacional que facilite el trabajo colaborativo entre Servicio de Salud y comuna. |
| | | Centros de APS | Equipo implementador | conformación de equipos operativos de entre 8 a 10 personas con coordinador de la ECICEP |
| | | | Agenda de trabajo | Establecimiento de agenda de trabajo (reuniones periódicas) entre equipos implementadores y Servicio de Salud. |
| | | Centros atención 2° y 3° | Designación de coordinador/a ECICEP en el nivel secundario y terciario. | Conformación de dupla de profesionales clínicos con alta experiencia en atención secundaria y terciaria, con el fin de favorecer la articulación de la Red y el acceso oportuno a las personas. |

### 1.1.2. Tareas para desarrollar entre el Servicio de Salud y los implementadores comunales y de establecimientos de atención primaria

**Acompañamiento continuo a equipos de APS (5)**

A partir de la conformación del equipo implementador en cada Centro de Salud de APS, se inicia un acompañamiento continuo por el equipo del Servicio de Salud y referente comunal, consistente en reuniones periódicas en los centros, para co-crear la implementación de la ECICEP en lo local.

Este acompañamiento requiere la participación continua del director/a del centro de salud, la persona encargada, así como la permanencia de todos los actores convocados a este proceso reflexivo. Como ya se ha planteado, se deberá establecer un calendario de reuniones, organizadas inicialmente de manera semanal y espaciándolas en función de los avances en el proceso de cambio.

Esta instancia se constituye en un espacio de construcción local, en donde el equipo pone en común sus miradas y propuestas, así como también su mundo de significados y emociones asociados al cambio. Así, se genera una red de apoyo, que da pertenencia y sentido al desafío de desarrollar una nueva forma de interacción con las personas, desde el establecimiento de vínculos de colaboración que apunten a movilizar sus recursos hacia el automanejo de sus problemáticas de salud.

A lo largo de este proceso, es posible distinguir las siguientes fases y temáticas a trabajar:

**Co-construcción de la Estrategia con pertinencia local, iniciando con las personas con alto riesgo (G3)**

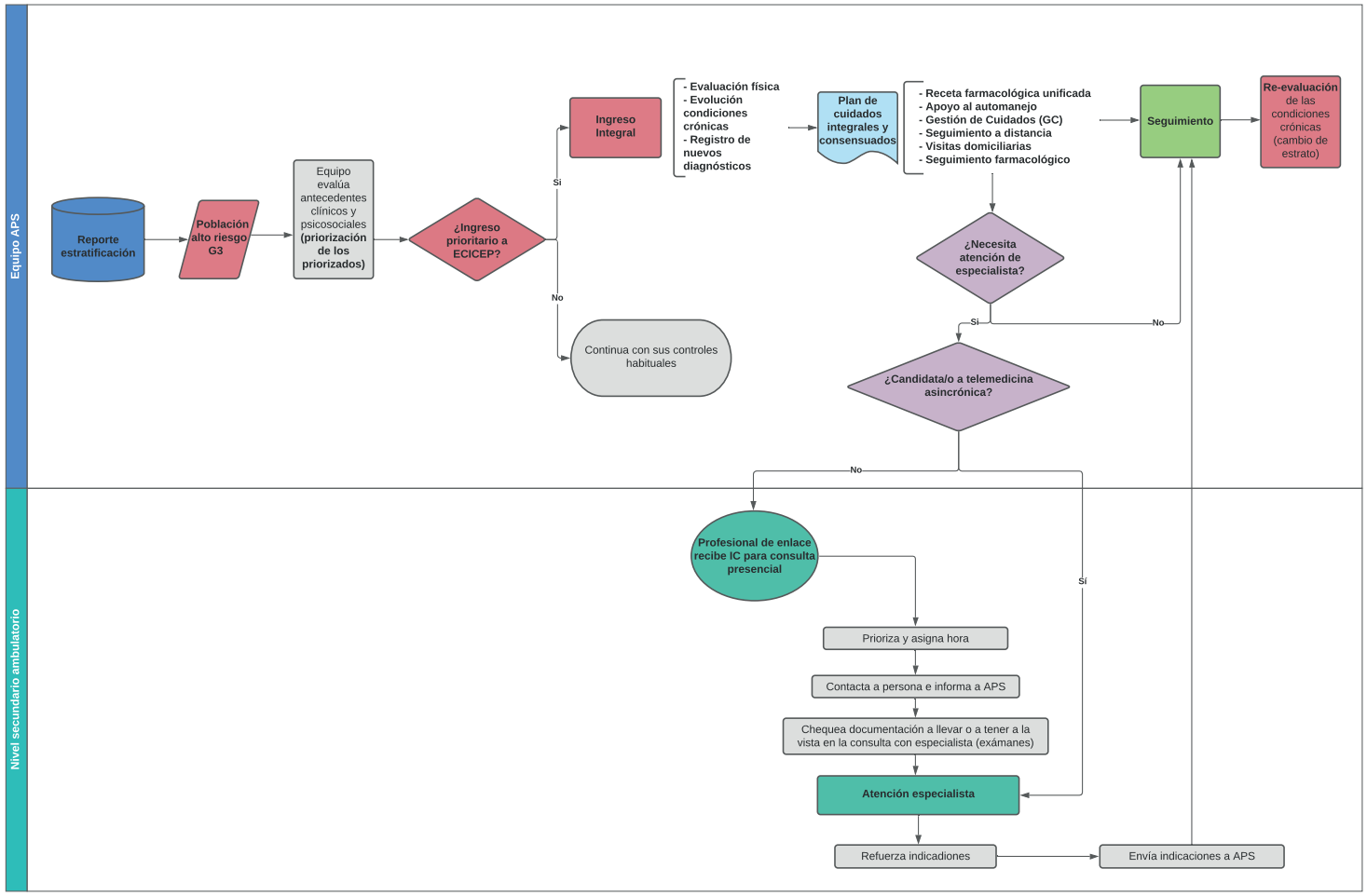
El desafío es reflexionar y darle forma en una ECICEP integrada a la realidad local, de manera que cada centro la adapte con pertinencia, tanto en lo referente a los procesos como a las herramientas que permitan darle vida en cada organización. En esa línea, se invita a los equipos implementadores a pensar este cambio desde su contexto y a modelar la ECICEP en función de sus recursos y posibilidades, así como de las características de su población y territorio. La co-construcción se jugará en el empoderamiento de los equipos para la toma de decisiones sobre un marco de acción que permita crear un estilo local de trabajo.

Entre otros temas, se distinguen:

- Organización de duplas y gestores del cuidado integral o gestores de caso: quiénes, cuántos.
- Herramientas que orienten el desarrollo de las acciones: formatos de tablas para la revisión de fichas y organización de la información, para la construcción de planes consensuados y para el seguimiento y gestión de casos.
- Definición de criterios para el ingreso de personas a esta modalidad de atención.
- Flujogramas que den cuenta del tránsito de la persona por el CESFAM: considerando tanto a personas que se encuentran en control en APS, como aquellas que sean referidas desde el nivel terciario, o bien realicen su primer contacto con la Red de Salud desde alguna atención en un Servicio de Urgencia.

La ilustración siguiente ejemplifica flujograma de cuidado integral a personas en alto riesgo, los cuales son priorizados en una primera etapa, teniendo en consideración que progresivamente se incorporarán la totalidad de las personas con condiciones crónicas a la ECICEP

**Ilustración 1. Flujograma de cuidado integral de persona en alto riesgo (G3) en un centro de salud**




Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Salud, División de Atención Primaria.

**Definición de metas de ingreso anual de personas en alto riesgo (G3), riesgo moderado (G2) y riesgo leve (G1) y planificación de los procesos para su desarrollo**

La implementación de la ECICEP requiere de la revisión de las acciones clínicas, grupales y administrativas, de los procesos de atención en los diferentes establecimientos de la Red, así como de las coordinaciones intersectoriales, lo que deberá traducirse en el rediseño de la programación y en la reorganización de las agendas, en función de los nuevos rendimientos a incorporar en los ingresos, controles, visitas domiciliarias y seguimientos a distancia.

Será importante realizar esta revisión no sólo para las duplas de atención y la gestión de acompañamiento en cuidados, sino también para quienes realizarán seguimiento a distancia y otros profesionales que podrían recibir derivaciones a partir de estas atenciones y para las cuales será necesario priorizar la respuesta.

La definición de metas iniciales se acordará con cada equipo, teniendo en consideración aspectos como las características de la organización, su conformación, brechas de dotación y la capacidad instalada. Al tratarse de un cambio significativo de paradigma, resulta pertinente y necesario que la meta no sea impuesta, sino que se acople a la realidad local.

**Procesos de difusión y comunicación**

La ECICEP pone a las personas al centro, por lo que es consistente convocarlas para compartir este desafío como Red. Para ello, se requiere abrir canales fluidos de comunicación, sugiriéndose integrarse a las reuniones ya programadas, para favorecer el acceso de todos los actores necesarios y no complejizar el uso del tiempo, lo que pudiera generar dificultades y eventuales resistencias.

- Difusión a la comunidad y los equipos de salud, informando y sensibilizando a todos sus miembros, sin distinción de roles, de manera de hacerlos parte de este desafío. Se recomienda, definir junto con la comunidad las formas más efectivas y eficientes de difusión hacia la ciudadanía.
- Construcción de relatos por los equipos, que transmitan información a las personas y la comunidad sobre este cambio en la forma de atención. Este ejercicio conjunto favorecerá el sentido de pertenencia y el involucramiento de todos y todas en este proceso de cambio.
- Apertura de espacios de participación, en los que se recojan los aportes e ideas de las personas y equipos de salud: la co-construcción implica la puesta en común y el diálogo con la comunidad organizada, a lo largo de la implementación y desarrollo de la ECICEP, para recoger sus propuestas y recibir su retroalimentación que aporte a la mejora continua.

**Modelamiento de habilidades y competencias a través de la formación continua**

El logro de relaciones de colaboración se juega en la posibilidad de establecer encuentros significativos con las personas que se atienden y sostener conversaciones en las que se logre transmitir confianza, empatía y un genuino interés por acompañarla en el cuidado de su salud. Para esto, se requieren instancias de formación y modelamiento, entre las que se distinguen:

- Modelamiento de habilidades para la entrevista: se hace necesario incorporar el estilo motivacional y trabajar la emocionalidad que se genera en cada encuentro. Para esto, se propone el desarrollo de juego de roles, junto con la auto observación de la interacción de las duplas y la incorporación de esta nueva forma de conversar, atender, acoger, proponer y acordar. El acompañamiento por el equipo del Servicio de Salud, del referente comunal y la

retroalimentación de los pares será de gran importancia para reflejar tanto los recursos y aciertos, como los entrampes y áreas a reforzar. La organización de estos espacios periódicos permitirá compartir reflexiones y alcanzar las transformaciones requeridas.

- Formación Continua: junto con lo anterior, reforzar los conocimientos clínicos, que permitan discriminar la información relevante, desarrollar adecuados procesos diagnósticos y proponer esquemas de tratamiento acertado. En ese marco, será relevante contar con profesionales inquietos, que distingan sus necesidades de formación y sean activos en la búsqueda de nuevos conocimientos. Así también será labor del equipo del Servicio de Salud propiciar el acceso a consultorías y capacitaciones en los temas emergentes.

**Consultorías para la revisión de la historia clínica**

En línea con lo anterior, se sugiere acompañar a los equipos en la revisión de las entrevistas de personas a las que comiencen a atender. Los espacios de reunión irán transformándose desde el trabajo en el diseño de procesos y la elaboración de herramientas, hacia la observación del propio quehacer y la reflexión en conjunto, que permita incorporar aprendizajes significativos.

Esta revisión incluirá tanto la mirada de elementos clínicos como la construcción de una imagen integral acerca de la situación vital de las personas desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual con enfoque de curso de vida. A su vez, incorporará una mirada a la emocionalidad que se genera en estos contextos de atención, de manera de poder identificarla y ponerla al servicio de la relación de colaboración.

Se hace necesario valorar el efecto de la revisión de la ficha clínica y el análisis de la entrevista inicial sobre los equipos de salud. En la medida en que estas reflexiones nos permitan acercarnos al "otro / otra", para comprender y empatizar con su historia de vida, será posible humanizar las acciones en salud, a partir de las transformaciones en los equipos.

Por otra parte, al favorecer la descompresión y la puesta en común de estas experiencias de atención, se apunta al cuidado de funcionarios/as y a la prevención del burnout, al constituirse el equipo en una red de apoyo y contención.

## 1.2. Actualización de las habilidades y competencias del equipo

La capacitación es necesaria para el desarrollo de la ECICEP, sin embargo, no se constituye en una condición indispensable para iniciar el proceso de cambio. Esto, al comprender el acompañamiento continuo a los equipos por parte del Servicio de Salud y referente comunal como un proceso de formación, en el que se abren espacios para la reflexión conjunta en torno a una nueva forma de "hacer salud". A lo largo de dicho proceso se apuntará a distinguir las prácticas arraigadas en los equipos y se profundizará con sus miembros en el desarrollo de nuevos estilos de interacción con las personas, que las ubiquen al centro y se acoplen a su motivación, prioridades y significados(5).

Se reconoce que la capacitación tendrá mayor impacto y capacidad transformadora en los equipos, en la medida en que se inserte en el mencionado proceso de acompañamiento continuo. Teniendo en consideración que se busca el cambio en las prácticas de los equipos de salud, será relevante la capacitación de la mayor cantidad posible de profesionales, técnicos y administrativos de los centros de salud, así como de las/os profesionales de enlace(5).

Entre las temáticas a incorporar en la formación continua se distinguen:

- Atención centrada en las personas: incorporando temáticas como enfoque de derecho, pertinencia cultural, modelo de salud familiar.
- Procesos de cambio.
- Liderazgo para la gestión del cambio.
- Estilo motivacional: conceptos técnicos y talleres para el desarrollo de habilidades.
- Gestión de cuidado o gestión de caso (GC).
- Servicios profesionales farmacéuticos.
- Educación de adultos.
- Roles del equipo: TENS, administrativos, dupla de atención, equipo de salud.
- Gobernanza: interacción entre la comunidad organizada y el Sistema Público de Salud.
- Estrategias para seguimiento y acompañamiento mediante el uso de tecnologías informáticas comunicacionales.
- Herramientas para el trabajo en equipo a distancia.

Por otra parte, será relevante incorporar los elementos esenciales de la ECICEP en todos los procesos de inducción en los centros, tanto en términos teóricos, como respecto de los roles y funciones de cada integrante del equipo, los procesos y flujogramas internos y en Red. Esto cobra especial importancia, considerando alta rotación de profesionales en los centros de salud de APS y en los establecimientos de especialidades y hospitalarios.

**Tabla 1. Resumen de contenidos abordados en los procesos de actualización de habilidades y competencias en los equipos de salud**

| Curso | Objetivo general | Dirigido a |
|---|---|---|
| Herramientas para la implementación de la ECICEP, en contexto de multimorbilidad. | Fortalecer competencias específicas para apoyar a las personas y familias en la promoción de cambios de conductas en salud orientado al automanejo de sus condiciones crónicas, en la prevención y disminución de complicaciones en personas con enfermedades crónicas no transmisibles y el impacto asistencial que estas tienen a nivel secundario y terciario de atención de salud. | Equipo de salud |
| ECICEP, en contexto de multimorbilidad. Curso de profundización para médicos. | Complementar y profundizar las competencias adquiridas en el curso básico Herramientas para la implementación del Cuidado centrado en la persona con morbilidad crónica. | Médicos |
| Elementos básicos de la gestión del cuidado o de casos (GC) en personas con condiciones crónicas. | Incorporar conocimientos, habilidades y destrezas para aplicar estrategias como la "gestión de casos" en el rol asistencial de los profesionales de la salud a cargo de la atención de las personas. | Profesional |
| Elementos conceptuales para el apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. | Introducir al TENS, que se desempeñan en establecimientos de atención primaria, sobre los elementos conceptuales para el apoyo al automanejo y su ejecución con personas con condiciones crónicas, a través de estrategias individuales (consejería telefónica) y grupales (taller educativo). | TENS |

Fuente: Orientación técnica programa de capacitación y formación de Atención primaria en la Red Asistencial. Temática priorizada 5. MINSAL 2020.

De manera complementaria, se proponen los siguientes contenidos a ser abordados en los procesos de actualización de habilidades y competencias en los equipos:

- Entrevista motivacional, métodos de educación de adultos, apoyo al automanejo, dirigidos a todo el equipo de salud.
- Atención farmacoterapéutica, dirigida a químicos farmacéuticos.
- Rol del administrativo, dirigido al equipo administrativo.

Las capacitaciones se planifican en conjunto con referente del Servicio de Salud, quien está encargado de la difusión, planificación y gestión local. Es probable que las capacitaciones se realicen incluyendo funcionarios de diversos centros y comunas, para asegurar la continuidad del servicio. El trabajo de planificación y preparación del centro se debe iniciar, aunque el equipo no está capacitado aún.

La elección de las personas que se capacitarán debe ser priorizada entre quienes estarán directamente involucrados con la ECICEP. El curso de Herramientas para la implementación es prerrequisito para los cursos específicos, salvo justificadas excepciones.

Se recomienda incorporar otras vías de financiamiento para los procesos de capacitación, a fin de alcanzar mayor cobertura en la formación. Los funcionarios de APS ya cuentan con los siguientes:

- **Programa de capacitación y formación:** Plan de capacitación, idealmente para funcionarios regidos por el estatuto de categorías B, C, D, E y F[2], cuyo propósito es fortalecer el desarrollo de competencias laborales para la implementación de los objetivos y desafíos de la APS en el marco del MAIS. El presupuesto se desglosa de la siguiente manera: 60% correspondiente a las actividades priorizadas por MINSAL (incorpora los cuatro cursos recomendados desde la ECICEP) y el otro 40% para las necesidades locales. La selección de los cursos se realiza con la comisión de RRHH.
- **Programa de Formación de Especialistas en el Nivel de Atención Primaria de salud (FENAPS):** El Programa tiene como propósito, contribuir al fortalecimiento del recurso humano médico, odontológico, químico farmacéutico y bioquímico de APS, mediante programas de especialización y educación continua, que faciliten el desempeño en el cargo, conforme a los cambios sanitarios de la población, promoviendo la permanencia de esta categoría en los establecimientos de salud municipal, mejorando la capacidad resolutiva de la APS y permitiendo brindar una atención oportuna y de calidad a su población.
- **Programa de formación médica continua (EDF):** Plan de capacitación dirigido a los médicos EDF, centralizado desde MINSAL.

Los funcionarios de los hospitales (ley 18.834), tienen su propio financiamiento y considera un ítem transversal (para todos los establecimientos del nivel secundario). Además, cada hospital maneja sus propios recursos. La definición de las actividades se realiza a partir de las necesidades levantadas durante noviembre – diciembre, puesto que el plan anual de capacitación (PAC) debe ser enviado al Ministerio de Salud a finales de diciembre.

[2] Categoría funcionarias: B otros profesionales; C TENS; D técnicos de salud; E administrativos de salud y F auxiliares de servicios de salud.

## 1.3. Gestión del cambio

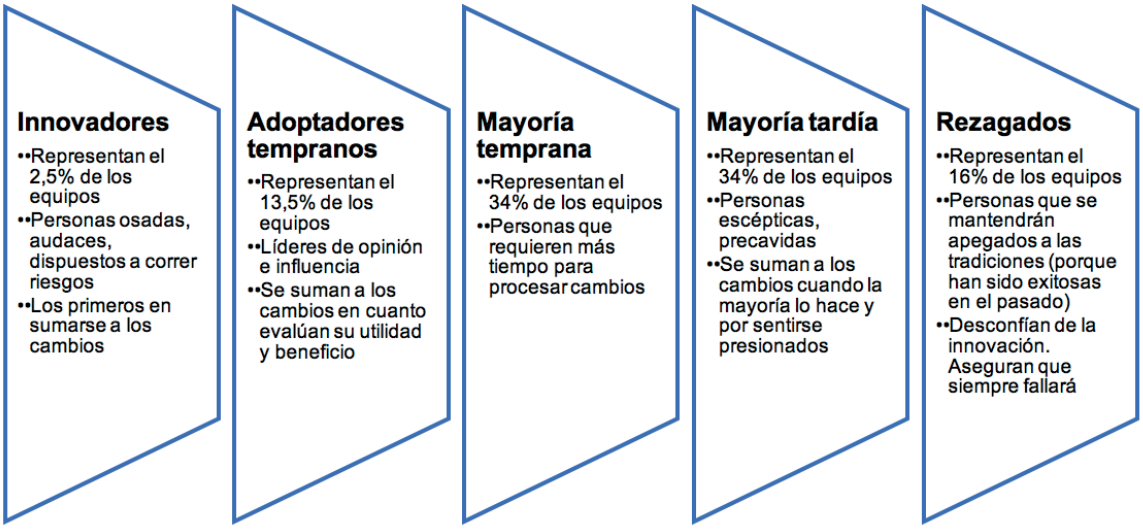
La gestión del cambio reúne un conjunto de herramientas y mecanismos diseñados para aumentar las probabilidades de éxito en la implementación de un cambio organizacional (6).

Desde la experiencia de los equipos que han iniciado este proceso, se distingue la relevancia de comprenderla como un proceso, que será más exitoso y significativo en la medida en que los equipos sean acompañados en la construcción y desarrollo en conjunto del cambio del cual serán parte. De esta manera, se apunta a un cambio amplio, transformacional y planificado. En línea con lo anterior, se propone el acompañamiento continuo a los equipos implementadores de los centros de salud, por parte de un equipo permanente de referentes del Servicio de Salud y la comuna, consistente en reuniones periódicas en el centro de salud, en las cuales se desarrollan procesos de co-creación, auto observación y modelamiento de los procesos que se llevarán a cabo en el marco de esta ECICEP.

En las organizaciones, el cambio depende de la acción de las personas y del ejercicio de los liderazgos, por lo que se hace imprescindible su participación en la construcción del mismo, de manera de reducir la incertidumbre y generar la experiencia de sentirse parte de nuevos procesos en Red. Por otra parte, en la medida en que los miembros de los equipos comparten tanto la necesidad del cambio, como la forma de desarrollarlo, será más fácil contar con su motivación y focalización en la tarea de llevarlo adelante(5).

Al desarrollarse cualquier proceso de cambio, las personas se ven enfrentadas a desafíos importantes. Deben transitar hacia un nuevo escenario y quehacer, que desconocen, por lo que deben tolerar la incertidumbre y desapegarse a aquello a lo que están habituados, que conocen y desde ahí, dominan. En ese contexto, las actitudes y reacciones pueden ser diversas, describiéndose comúnmente distintos actores, según su forma y tiempo para sumarse a procesos de cambio(7) (ver ilustración):

**Ilustración 2. Perfil de los actores involucrados en los procesos de cambio, según su predisposición a sumarse a ellos**




Fuente: Adaptado de Lien ASY, Jiang Y Der. Integration of diffusion of innovation theory into diabetes care. J Diabetes Investig [Internet]. 2017;8(3):259-60. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdi.12568

Teniendo en consideración que los equipos tienden a organizarse de esa manera, se hace necesario integrarse a esa dinámica y construir procesos de gestión del cambio que distingan las características de cada equipo y se adecúen a sus dinámicas.

Será relevante conocer las resistencias, observándolas desde la esfera organizacional (cultura, experiencias previas) e individual (percepciones, amenazas, temores). Asimismo, será necesario distinguir desde donde emergen:

- **Motivación:** si las personas no quieren cambiar, será necesario diseñar estrategias que apunten a la motivación.
- **Capacidad:** si las personas sienten que no pueden incorporar los cambios, las estrategias deberán apuntar a capacitar, entrenar, modelar destrezas.
- **Conocimiento:** si las personas se resisten porque no saben, será necesario desarrollar estrategias que entreguen clara información.

A continuación, es posible apreciar algunos ejemplos de resistencias organizacionales e individuales. Estas provienen de un ejercicio práctico que realizó el Servicio de Salud Metropolitano Norte en una jornada de sensibilización en torno a la ECICEP.

**Tabla 2. Eventuales resistencias al cambio en relación a la instalación e implementación de la ECICEP**

| Ámbitos | Eventuales resistencias de los equipos de salud |
|---|---|
| **Estratificación** | • Resistencia a una reestructuración de las tareas del establecimiento ya no por programas de salud, si no por población de riesgo.<br>• Eventual desorientación respecto al uso de esquemas clínicos o protocolos de abordaje.<br>• Resistencia de los Jefes de Programas ante la pérdida de rol. |
| **Automanejo** | • Resistencia del equipo a entregar protagonismo en el control de la enfermedad crónica a la persona.<br>• Temor por parte del equipo de salud frente a la eventual pérdida de control de la intervención terapéutica.<br>• Temor por su implicancia en las metas sanitarias u otros instrumentos de administración.<br>• Desorientación del equipo al ser sacado de su rol de experto e incomodidad frente a la necesidad de implementar formas nuevas y diferentes de hacer las cosas. |
| **Multi-morbilidad** | • Incomodidad ante una nueva forma de organizar la agenda de atención del establecimiento.<br>• Temor a la incomprensión de las personas frente a los cambios de frecuencia de los controles.<br>• Incomodidad frente a la aparente multiplicación de funciones administrativas contingentes a algunas de las condiciones tratadas en la consulta (llenado de fichas, registros, notificaciones, etc.) al intervenir en más de una enfermedad a la vez.<br>• Desorientación respecto de la forma de programar estas atenciones y al tipo de algoritmos necesarios de seguir en la práctica clínica. |

| Ámbitos | Eventuales resistencias de los equipos de salud |
|---|---|
| **Plan de Cuidados Integrales consensuado** | • Resistencia del equipo a entregar protagonismo en el control de la enfermedad crónica a la persona.<br>• Eventual desorientación respecto al uso de esquemas clínicos o protocolos de abordaje.<br>• Desorientación frente a la manera de construir, hacer seguimiento y evaluar los planes consensuados. |
| **Acciones de Promoción de Salud** | • Resistencia del equipo a asumir nuevas y distintas funciones, especialmente de tipo comunitario.<br>• Eventual percepción de amenaza ante la posibilidad de ejecutar acciones en la comunidad.<br>• Desorientación del equipo al ser sacado de su rol de experto sanitario.<br>• Tensión del equipo al percibir que falta tiempo porque hay acciones asistenciales que se opina son imposibles de dejar.<br>• Desconocimiento del Intersector, del rol que puede jugar en la Salud y de la posición que pueden asumir el funcionario de la salud en ese contexto. |

Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Norte, trabajo con equipos de salud.

La ECICEP requiere cambios profundos en los equipos, ya que apunta a la transformación de paradigmas y modelos mentales, con el fin de transitar hacia nuevas conductas, prácticas y relaciones entre las personas y los equipos. Se requerirá desarrollar cambios en las estructuras y procesos de la organización, así como generar nuevas tareas, roles y funciones.

De esta forma, la distinción e incorporación de líderes locales a la implementación de la ECICEP será de especial relevancia para favorecer la convocatoria al equipo a partir de la invitación a innovar, a buscar nuevas formas de construir salud con las personas y a sostener estos cambios a través del tiempo.

En este contexto, se releva el rol de los líderes como agentes de cambio y facilitadores de este proceso en sus equipos, para lo cual requerirán movilizar su propia capacidad para adaptarse y gestionar el cambio. Asimismo, será relevante la convicción y claridad con la que la dirección transmita esta invitación a los funcionarios, comprometiendo a su vez, el pleno respaldo a los equipos en las nuevas formas de gestión a desarrollar.

Por su parte, en los niveles secundario y terciario, será relevante la coordinación y acompañamiento continuo de los referentes locales con los profesionales de enlace. Se trata de profesionales que requieren establecer relaciones de colaboración con las distintas unidades, por lo que requieren contar con el apoyo de dichos referentes.

Asimismo, el trabajo en Red y la comunicación fluida con los equipos de APS favorecerán la experiencia de ser parte de procesos de cambio significativos en la vida de las personas, lo que puede constituirse en un factor relevante de motivación y sentido.

La invitación a implementar la ECICEP no está ajena a eso y requiere de especial foco en la manera en que esta nueva modalidad permea a los equipos y su quehacer, así como también se integra a las resistencias y trabaja con ellas para evitar que entorpezcan o enlentezcan este proceso.

**Planes de gestión del cambio**

Considerando la complejidad de los procesos de cambio y su impacto en las organizaciones, se hace importante su planificación y definición clara de etapas progresivas. Para ello, se sugiere el trabajo conjunto entre el equipo líder de la ECICEP y las distintas instancias vinculadas a esta. En este marco, se distinguen los siguientes elementos esenciales para la construcción de este Plan:

- Capacitación transversal a todos los equipos.
- Clara definición de nuevos roles, funciones y perfiles de cargo, asegurando la toma de conocimiento y comprensión por todos los miembros de la organización.
- Consideración de la coexistencia de la estructura programática vertical que rige el quehacer de la Red, junto con la ECICEP y tránsito a un nuevo paradigma: búsqueda en conjunto de alternativas de acoplamiento a esta realidad.

Por otra parte, destaca la planificación que el equipo líder realice para el acompañamiento a la Red en la implementación y desarrollo de esta iniciativa, para lo cual este proceso incluirá:

- Determinación de la cantidad de centros a abordar según el equipo disponible.
- Definición de las acciones de acompañamiento a los centros que implementarán la ECICEP.
- Definición de la estrategia de trabajo con los establecimientos hospitalarios.
- Coordinación con departamentos y unidades relevantes en los diferentes procesos:
  - Departamentos de APS, ciclo vital, procesos hospitalarios.
  - Unidades de análisis y gestión de datos.
  - Departamento de capacitación.
  - Departamento de informática.
  - Departamento de participación y gestión de las personas.
  - Unidad de comunicaciones.
  - Departamentos de finanzas y compras.

**Recursos para facilitar la implementación del cambio**

Como se ha planteado, el respaldo de la dirección del Servicio de Salud para la exploración, implementación y desarrollo de cambios se vuelve esencial en este proceso. Desde ahí, se hace necesario distinguir las áreas prioritarias en las que se deberá reflejar la consistencia de este apoyo:

Equipo de trabajo:

- Disponibilizar horas para capacitación.
- Destinar recursos para financiar jornadas de difusión y sensibilización a la Red.
- Destinar recursos para la realización de pasantías por parte del equipo líder a otros Servicios de Salud en los que ya se implemente esta ECICEP.

Análisis y gestión de la información:

- Destinar recursos para facilitar la instalación de la estratificación de riesgo y la integración de las fuentes de información, para poder realizar un adecuado seguimiento de la continuidad del cuidado.
- Conformación de un equipo capacitado y eficiente para liderar el proceso y que establezca coordinaciones con departamento de estadísticas, de tecnologías de la Información y referentes técnicos.

# CAPÍTULO 2. APROXIMACIONES AL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD

El capítulo entrega orientaciones para comprender la integralidad del cuidado centrado en las persona, familia y comunidad resignificando la relación hacia una asociación colaborativa que facilite que estas puedan comprender las causas subyacentes a sus enfermedades y desarrollar habilidades que les permitan enfrentar mejor el impacto que ellas tienen en su vida.

**La revisión de este capítulo le permitirá:**

- Revisar los elementos a tener en consideración en una atención centrada en las personas.
- Identificar el rol de la comunidad en el cuidado centrado en las personas.

## 2.1. Las personas y el cuidado centrado en ellas

Centrarse en los recursos de las personas permite disminuir la sensación de inevitabilidad de las deficiencias y mejorar las competencias de los sujetos. Esto se puede lograr aumentando las habilidades y la confianza de las personas en el manejo del estado de su enfermedad, a través de la evaluación regular de los recursos y fortalezas que tienen para enfrentar sus problemas, del nivel de progreso, de las dificultades y del establecimiento de objetivos tangibles y realistas. Es decir, aumentando sus capacidades de agencia y al mismo tiempo su autoeficacia para alcanzar las metas deseadas(8).

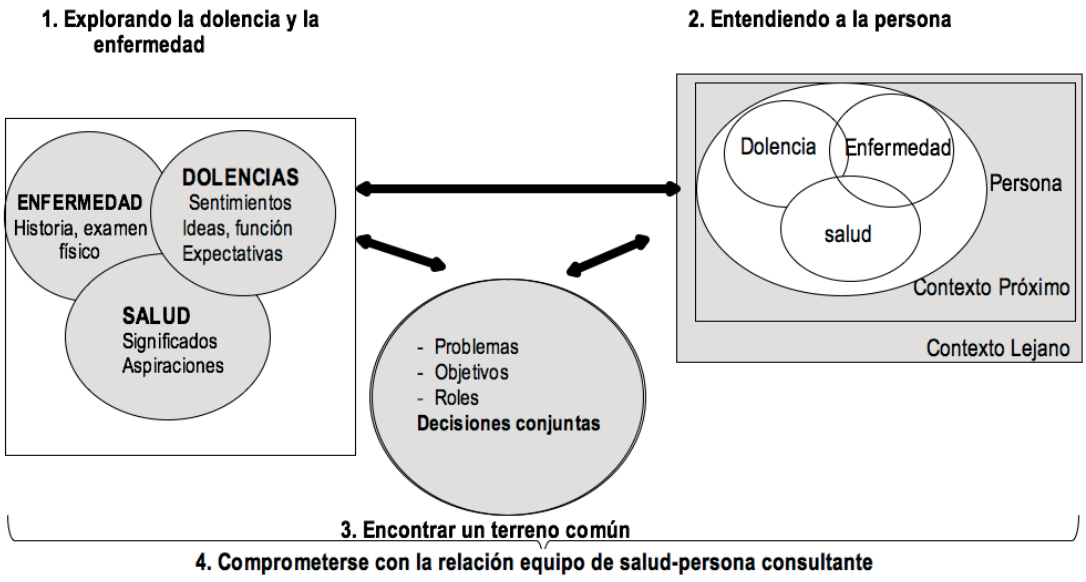
Desde esta perspectiva, las personas "no pueden ser caracterizadas a través de una etiqueta diagnóstica, (...) los profesionales de la salud deben esforzarse por comprender las características psicosociales de estas"(9). Por ejemplo, "la artritis severa puede tener un impacto menor en una persona mayor que en una joven, cuestión que refleja las diferentes expectativas de las personas respecto a su propia salud"(10) y explica por qué es importante entender el contexto social y piscólogico que afecta a las personas. Es más, Arthur Kleinman, psiquiatra norteamericano, destaca que en el idioma inglés hay una distinción entre los términos illness y disease. Desde su perspectiva, la primera de estas acepciones hace referencia a la experiencia, es decir, a la "forma en que la persona enferma, los miembros de su familia o su red social más amplia perciben, viven y responden a los síntomas y al sufrimiento que le provoca la enfermedad"(11). Y, por otra parte, el segundo concepto se refiere a "la alteración en la estructura biológica o en el funcionamiento que genera la enfermedad"(11), y esto es lo que perciben los equipos de salud. Tener en consideración que las personas para efectuar cambios requieren de un entorno que favorezca el desarrollo de estilos de vida saludables.

Además, lo anteriormente descrito es valioso porque contribuye a mejorar la acción sanitaria. "En primer lugar, hace que los profesionales coloquen atención a su práctica; en segundo lugar, le proporciona a estos un marco para entender lo que está pasando y; en tercer lugar, los ayuda a definir qué es lo importante"(12). La revisión de la evidencia da cuenta de que quienes aplican este enfoque incrementan su satisfacción laboral, mejoran su ambiente de trabajo, sienten que tienen más oportunidades para interactuar socialmente y se autoperciben más motivados a atender a sus pacientes(13).

El método clínico centrado en las personas (MCCP) es un aporte a la consecución de lo anteriormente señalado y busca que los profesionales de la salud aborden cuatro componentes cuando se aproximan a las personas: 1) la dolencia, la salud y la enfermedad; 2) aproximarse a la persona como un todo; 3) llegar a un acuerdo común en base a la definición de problemas, objetivos y roles; y 4) desarrollar la relación equipo de salud – persona consultante(14).

A continuación se muestra la interacción de cada uno de los componentes anteriormente mencionados (ver ilustración).

**Ilustración 3. Cuidado centrado en las personas: Componentes Interactivos**




Fuente: Adaptado de Stewart M, 2014(14).

Tener presente que cada contacto con la persona es una oportunidad para la promoción y la prevención de salud y que durante todo el proceso terapéutico es importante ser realista sobre el tiempo y los recursos, con el objeto de alcanzar la meta. Agregar que la atención centrada en la persona redefine significativamente los roles de los involucrados y destaca la importancia del acompañante significativo o familiar con quien el equipo de salud también puede interactuar.

### 2.1.1. Exploración de la salud, la enfermedad y la experiencia de padecerla

Tradicionalmente, se ha comprendido la enfermedad solo en términos fisiológicos, por lo tanto, la atención sanitaria ha estado centrada en el cuerpo y no en las personas. El problema es que, aunque parte importante de la población padezca una misma enfermedad, la experiencia respecto a cómo cada persona y su entorno la vive y significa, es siempre particular y singular. Ahora bien, las personas no solo tienen una apreciación respecto a la enfermedad, también tienen una percepción sobre su propio estado de salud y su capacidad para perseguir propósitos con relación a este. Por ejemplo, existen personas que están enfermas, que son asintomáticas y que se auto perciben como sanas, o, por el contrario, hay quienes se auto perciben como enfermas a pesar de que no exista ninguna condición biológica que respalde su sensación.

En este escenario, la invitación a los profesionales es a que identifiquen, el significado que las personas le atribuyen a su estado de salud y los recursos con que cuentan para dar respuesta a las expectativas que se forman respecto a él. Muchas veces las personas y familias no reconocen los recursos para resolver sus problemas de salud, por lo que la labor del equipo de salud es incluirlos en la relación terapéutica con el objetivo de mejorar la autoeficacia de las personas y familias en el control de su salud.

Por este motivo, se recomienda partir preguntando ¿Cómo describiría usted su salud? ¿Qué significa para usted *"la salud"?*(12). Estas interrogantes resuelven dos cuestiones importantes. En primer lugar, permiten revelar dimensiones desconocidas de la vida de la persona y, en segundo lugar, permiten educar, es decir, es una acción de promoción de salud en sí misma.

Además, las respuestas que se otorgan a esta pregunta, en general, permiten identificar el estado de salud de la persona, su sensación de bienestar, sus comportamientos, sus percepciones respecto a los facilitadores y obstaculizadores que existen para alcanzar sus objetivos y el grado de control que tienen los sujetos sobre su salud.

Asimismo, cuando la persona se auto percibe como enfermo, es importante preguntar *¿Qué es lo que realmente le molesta de su estado de salud? y ¿Cuáles son las acciones que le permitirían tener una mejor sensación de bienestar?(12)*.

Se sugiere que los profesionales de la salud exploren (a) los sentimientos de las personas, especialmente los miedos respecto a los problemas que implica su enfermedad; (b) sus percepciones sobre lo que no está funcionado bien; (c) el efecto de su enfermedad en la cotidianeidad; y (d) las expectativas del profesional(12). Para producir esta información, se propone que los profesionales siempre traten de responder las siguientes preguntas orientadoras respecto de la persona: *¿Cuáles son sus sentimientos? ¿La persona teme que los síntomas sean consecuencia de sus acciones? ¿Cuáles son las ideas sobre su enfermedad? ¿Se ve la enfermedad como una forma de castigo o, quizás, como una oportunidad para la dependencia? ¿Cuáles son los efectos de la enfermedad sobre la funcionalidad? ¿Limita sus actividades diarias? ¿Daña sus relaciones familiares? ¿Requiere un cambio de estilo de vida? ¿Compromete su calidad de vida al impedirle alcanzar metas o propósitos importantes? ¿Cuáles son sus expectativas sobre el profesional? ¿Quiere que el profesional haga algo o simplemente escuche? ¿Qué le ocurre a la persona? ¿Cómo puedo ayudarla?*

Es importante no olvidar que la mayor parte del tiempo, las enfermedades son una ruptura en el continuo de la salud. Llegan sin avisar, de manera espontánea y amenazan especialmente a las poblaciones más vulnerables, por lo tanto, también socavan el valor personal respecto a cómo enfrentarlas. De ahí la importancia de identificar los activos y recursos en salud con que cuentan las personas y no perder la oportunidad de reconocer sus sentimientos, en particular su relato respecto a la historia de su enfermedad o enfermedades.

Cuando queremos conocer la situación de salud de las personas o comunidades, generalmente preguntamos sobre las necesidades, los riesgos y lo que nos puede enfermar, más que sobre las condiciones que nos generan o mantienen un buen estado de salud. Ambas miradas son necesarias y complementarias. Todas las personas, ya sea en forma individual, familiar o en comunidad, realizamos acciones que nos permiten mantenernos sanos: por ejemplo, compartir con quienes amamos, cuidar la alimentación, hacer actividad física, participar de algún grupo, tener actitud optimista etc. Desde esta perspectiva, donde el foco está en el origen de la salud y no solo de la enfermedad invita a las siguientes interrogantes: *¿Qué características tengo que me ayudan a mantenerme sano/a? ¿Por qué en situaciones similares algunas personas se mantienen sanas y otras enferman? ¿Qué tiene mi familia, amigos, mi barrio, que me ayudan a mantenerme sano/a? Las respuestas a estas interrogantes, se consideran "activos en salud". Un activo en salud, se define como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, familias y comunidades para mantener su salud y bienestar*(15).

### 2.1.2. Comprender a las personas en todas sus dimensiones

Es imposible poner en práctica el cuidado centrado en las personas sin prestar atención a la etapa de la vida que ellas están cursando y a la variedad de problemas psicológicos y sociales arraigados en esta(16). De ahí el valor de la perspectiva del ciclo vital, que reconoce explícitamente la importancia del tiempo y, además, comprende los vínculos causales entre la exposición y los resultados de la salud.

En este sentido, lo importante es que el equipo de salud adopte una perspectiva de totalidad sobre la persona, es decir, que logre dar cuenta de la intrincada relación que existe entre la mente, el cuerpo, el pasado y el presente. Puesto que conocer la historia de vida de las personas no solo contribuye a otorgar cuidados centrados en ellas, sino que además permite buscar un significado común a las enfermedades que estas padecen(16). Por lo anteriormente expuesto, se espera que los profesionales también estén preparados para discutir cuestiones espirituales. Entendidas estas como "la búsqueda de respuestas respecto a la vida, el significado y las relaciones con lo sagrado o trascendente que pueden (o no) responder a algún credo religioso"(16).

Aunque las composiciones y los roles de las familias hayan cambiado, su función sigue siendo la misma: brindar un ambiente seguro a sus miembros, que promueva el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Por este motivo, es muy importante que los profesionales de la salud logren dimensionar los trastornos que en una familia puede provocar una enfermedad, especialmente en los sectores más vulnerables, dado que la mayor parte del tiempo, puede llegar a empobrecer la situación social de las personas(17). Finalmente, comprender a la persona en su totalidad puede profundizar el conocimiento del clínico sobre la condición humana, especialmente la naturaleza del sufrimiento y las respuestas de las personas y sus familias a la enfermedad(16).

**Dar un giro a la relación profesional – persona(16)**

No existen dudas que, desde la perspectiva del cuidado centrado en la persona, es necesario que los profesionales compartan el control con las personas, ya que se requiere necesariamente que ambos actores estén dispuestos a convertirse en socios durante el proceso de atención. Sin embargo, tal como se mencionó en el apartado anterior, cada asociación es única y puede incluir diferentes combinaciones respecto al control. Por ello, lo más importante, es la capacidad del profesional para permanecer abierto y alerta a las necesidades de las personas, dado que una buena alianza en este ámbito asegura que estas aumenten la sensación de autoeficacia y su capacidad para responder exitosamente a sus objetivos en materia de salud.

Desde esta perspectiva, los profesionales deben manifestar su curiosidad por las creencias y significado que estas le atribuyen a su experiencia. Además, al facilitar la narración los profesionales terminan siendo capaces de reflexionar sobre sus propias experiencias de sufrimiento, cuestión que facilita que se genere una conciencia compartida sobre las consecuencias de las enfermedades. La relación profesional de salud persona cumple una función integradora, por lo tanto, solo se logra a través de la asociación sostenida con la persona, que incluye sentimientos como la compasión, el cuidado, la empatía, la confianza, el poder compartido, la constancia y la esperanza.

## 2.2. La comunidad en el cuidado integral centrado en las personas

Se plantean dos aspectos centrales a desarrollar por los equipos de salud: el reconocimiento del tejido social existente en el territorio y el desarrollo de acciones educativas.

**a. Reconocimiento del tejido social**

Identificar las instituciones, juntas de vecinos, organizaciones de la sociedad civil, grupos de autoayuda, u otro tipo de organización que puedan apoyar el proceso integral del manejo de las condiciones crónicas y la multimorbilidad, con una mirada territorial.

Es importante considerar estos recursos como elementos para el manejo de las enfermedades crónicas desde lo promocional, preventivo y la entrega de tratamiento. Estos recursos comunitarios deben ser visualizados por el equipo de salud, e incluidos como parte de los planes de cuidado que se desarrollen y acuerden con las personas. En este sentido, cobra relevancia el fortalecimiento del trabajo intersectorial, de redes comunales y la actualización de información relacionada con estos recursos comunitarios.

Como ejemplo, la actualización de los catastros de organizaciones comunitarias desarrollados por los equipos de salud del territorio (ámbito evaluado en la pauta MAIS), donde es posible incluir organizaciones que colaboren en el manejo de las enfermedades crónicas, realizar flujogramas de derivación para conectar a las personas con esos espacios, los cuales requieren difusión y acuerdos en el equipo de salud, para utilizar esa información como un recurso válido a considerar en la elaboración de los planes de cuidado.

Desde esta perspectiva el modelo de activos en salud, entendido como *"cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener y promover su salud y el bienestar"(18)*, permite identificar activos de la comunidad que faciliten descubrir y potenciar capacidades y habilidades personales, colectivas y ambientales existentes en el entorno próximo (barrio). Las comunidades más exitosas se concentran en los recursos que tienen y no en sus carencias, para luego organizarlos y movilizarlos(19).

Lo anteriormente descrito se ejemplifica a través de una experiencia que busca disponer de material visual, audiovisual o escrito, que facilite el reconocimiento de activos territoriales, para vincular y movilizar redes con otros miembros de la comunidad u organizaciones locales que prestan apoyos en el manejo integral. En donde basados en el diagnóstico de activos en la comunidad, se consolidan y reflejan en un mapa los activos territoriales (ver anexo 2).

Respecto del fortalecimiento de los vínculos con la comunidad, recomendaciones de la OPS(21), señalan lo siguiente:

- Animarlos a participar en acciones comunitarios eficaces.
- Crear alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones que cubran las brechas en los servicios necesarios.
- Abogar por políticas destinadas a mejorar la calidad de la atención y los centros de atención comunitaria.
- Uso de personal no médico como coordinador de atención (agentes comunitarios).
- El automanejo y el apoyo social.

**b. Acciones educativas con la comunidad**

El trabajo educativo con la comunidad para el apoyo del automanejo y el autocuidado, va relacionado al empoderamiento de las personas en el manejo de su enfermedad, y a la entrega de herramientas para lograrlo, incorporando a grupos y/o personas afines y con motivaciones comunes para ser parte de este abordaje.

Para alcanzar esto se recomienda:

- Enfatizar el papel central de las personas en el manejo de su salud.
- Utilizar estrategias efectivas de apoyo de autogestión que incluyan: a) Evaluación, b) Establecimiento de objetivos; c) Planificación de acciones; d) Resolución de problemas; e) Seguimiento.
- Organizar recursos internos y comunitarios para proporcionar apoyo continuo de autogestión a las personas.

El apoyo efectivo a la autogestión es más que decirles a las personas qué deben hacer. Significa reconocerlos como protagonistas de su proceso de atención, fomentando un sentido de responsabilidad por su propia salud. Esto incluye el uso de programas existentes en el territorio que brindan información básica como apoyo emocional o material, que se pueden ejecutar en otras instituciones o dispositivos de la comuna (municipio u otro) y estrategias para vivir con enfermedades crónicas(22).

# CAPÍTULO 3. COMO AVANZAR HACIA EL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA

El capítulo presenta una reseña a nivel operacional de los aspectos centrales en la implementación de ECICEP, acorde a las exigencias del MAIS, tales como, estratificación, organización del proceso de cuidado integral centrado en la persona, continuidad del cuidado en la Red, entre otros.

La revisión de este capítulo le permitirá:

- Comprender los principales conceptos a la base de la ECICEP.
- Conocer los ámbitos de aplicación de la estratificación según riesgo, del cuidado integral centrado en la persona, de la programación, la coordinación entre niveles de atención, entre otros.
- Organizar los procesos de cuidado integral centrado en la persona y en Red.
- Rescatar activos y fortalezas de familias y usuario.

A continuación, se revisa el proceso de implementación de la ECICEP desde los principales elementos conceptuales a la base de la misma.

## 3.1. Estratificación según riesgo

La estratificación de la población define niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando, en base a conteo de patologías ponderado, diferentes tipos de requerimientos e intervenciones en cada grupo con el fin de manejar mejor su condición crónica y evitar ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias. Apoya para definir anticipadamente acciones de salud que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros (23).

**Tabla 3. Objetivos y utilidades de la Estratificación**

| ESTRATIFICACION | |
|---|---|
| **OBJETIVOS** | • Que las personas enfermas se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones, incentivando su involucramiento, autonomía para el manejo de sus condiciones crónicas y el apoyo desde los equipos de salud.<br>• Que las personas con multimorbilidad sean atendidas de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento(24).<br>• Anticipar los cuidados sobre aquellos colectivos de personas que son más susceptibles de complicaciones, interviniendo sobre ellos tempranamente, el curso clínico puede evolucionar positivamente.<br>• Mejorar la planificación y gestión de manera eficiente de los recursos, así como distribuir mejor los presupuestos o la financiación.<br>• Relacionar el riesgo con la periodicidad e intensidad de la atención, en coordinación entre los distintos niveles de atención.<br>• Individualizar planes terapéuticos según grupos de riesgo. |
| **NIVELES DE COMPLEJIDAD** | G3. Riesgo Alto, 5 o más condiciones crónicas.<br>G2. Riesgo Moderado, 2 a 4 condiciones crónicas.<br>G1. Riesgo Leve, 1 condición crónica.<br>G0. Sin Riesgo, sin condiciones crónicas o riesgo no identificado |

Bajo estas premisas, un elemento esencial en la ECICEP es la estratificación de la población, obtenida a través de los sistemas de registro clínico electrónico disponible, lo que permite distinguir su distribución en base al nivel de complejidad de su situación de salud. A partir de ello, es posible agrupar a las personas según su complejidad y riesgo, favoreciendo el desarrollo de intervenciones acordes a sus necesidades y características.

En la ECICEP se ha escogido realizar un proceso de estratificación basado en el conteo simple de patologías ponderado, distinguiendo a las personas con niveles de complejidad alto, moderado, leve y sin morbilidad diagnosticada, calculada de manera individual y presentada por cada centro de salud (por sector, si se requiere), por comuna y por Servicio de salud. Este modelo se complementará con información adicional en el tiempo.

## 3.2. Organización del proceso de cuidado integral centrado en la persona y en Red(5)

La implementación del cuidado integral centrado en la persona y en Red implica transitar desde las construcciones teóricas hacia su ejecución y desarrollo de manera articulada entre los distintos niveles de atención. Para este proceso, los equipos no se encuentran solos, cuentan con el acompañamiento y apoyo del equipo del Servicio de Salud, así como de los coordinadores de la ECICEP a nivel comunal y hospitalario. Asimismo, cuentan con su experiencia y aprendizajes, sobre los cuales será relevante confiar y compartir, de manera de orientar su acción.

A continuación, se desagrega el proceso de implementación de la ECICEP en etapas y distinguiendo la particularidad de la acción de los equipos en los distintos niveles de atención de la Red y **teniendo en consideración que la atención a personas con condiciones crónicas se inicia primeramente con quienes se encuentren en riesgo alto (G3). A partir de ello, se avanzará hacia el ingreso de personas de moderada y baja complejidad.**

### 3.2.1. Preparación previa: Estratificación y revisión de situación de las personas al ingresar

Contar con una estratificación de la población permitirá, por un lado, dimensionar el nivel de complejidad y riesgo de las personas de cada centro de salud y, por otro, generar nuevas formas de organización de los equipos, que permita brindar a las personas los servicios y modalidades de atención que requieran y que sean acordadas caso a caso. En esta primera etapa se distinguen los siguientes hitos:

#### 3.2.1.1. Identificar nivel de riesgo de las personas

Desde la perspectiva del riesgo individual de las personas, se recomienda incorporar primeramente a las personas que se encuentren en riesgo alto (G3). A partir de ello, se avanzará hacia el ingreso de personas de moderada y baja complejidad, apuntando de manera progresiva hacia un cambio en el paradigma de atención para toda la población, independiente de su nivel de complejidad.

Asimismo, de ser necesario, es posible definir a quiénes de las personas que se encuentran en alto riesgo atender primero, especialmente cuando la magnitud de este grupo excede la capacidad del equipo de salud, se recomienda utilizar los siguientes criterios de priorización(2) de la atención, los cuales deben ser aplicados de acuerdo a la información disponible, debiendo prevalecer las habilidades y el criterio clínico para ello. Estos criterios han sido seleccionados considerándolos como indicadores de descompensación de distintas patologías, lo que exige llevar a cabo controles y seguimientos más estrictos, mejorando de esta manera la calidad de atención y acompañamiento de la persona en su problema de salud crónico (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Criterios de sub-priorización para Cuidado Integral de la multimorbilidad severa (G3)**

| CRITERIO DE PRIORIZACIÓN | PUNTAJE |
|---|---|
| HbA1c >11%. | 1 |
| Presión Arterial ≥ 180/110 mmHg en al menos 2 tomas distintas de acuerdo a procedimiento estándar | 1 |
| Polifarmacia (≥ 7 medicamentos distintos diarios) | 1 |
| Asistencia a urgencias por descompensación de patología crónica en el último mes | 1 |
| Hospitalización por descompensación de patología crónica en los últimos 3 meses | 2 |
| Amputación por DM hace menos de 6 meses | 2 |
| Persona de 75 años y más que presenta 1 o más de las siguientes características:<br>Diagnóstico funcional de autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia o dependiente<br>Riesgo de caídas alto, evaluado por test "get up and go".<br>No cuenta con redes de apoyo<br>Hospitalización por patología aguda en los últimos 3 meses | 1 |
| Úlcera activa en EEII | 1 |
| Ideación o intento suicida (registrada hace menos de 6 meses) | 1 |
| Educación mayor a 12 años | -1 |
| Redes de apoyo activas | -1 |

Fuente: Adaptado por MINSAL a partir de CESFAM Laurita Vicuña, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La reevaluación debe considerar la posibilidad de mantener este nivel de priorización, o bien, su retorno al nivel G3 sin criterios de urgencia de la Tabla 4, realizando sus controles establecidos habituales.

Tener presente que la estratificación es dinámica y se modifica, por un lado, en función de los diagnósticos que la persona presenta, así como también por el equipo clínico al detectar nuevos antecedentes no presentes al momento de la estratificación, o que no sean abordados desde la herramienta (como aspectos psicosociales, por ejemplo). En situaciones como esa, será necesario recategorizarlos.

### 3.2.1.2. Revisión y análisis de la Historia/Ficha Clínica

A partir de la distinción del grupo de personas que se encuentran en el nivel G3 y sub grupo G3 de tabla 4, y de la definición de un número de ingresos, se inicia un proceso de revisión de sus historias clínicas, de manera de levantar información significativa de su situación de vida, tanto desde el punto de vista clínico como psicosocial y familiar. Importante resguardar que cuente con su cartola familiar aplicada o en su defecto que esta se realice. A partir de ello, será posible delinear áreas de abordaje que puedan transformarse en un plan consensuado con cada persona en la atención.

Para el desarrollo de esta revisión, se organizarán equipos que podrán estar conformados por la dupla de atención, así como incorporar a otros/as profesionales del Centro de salud que aporten información para el análisis. Esto cobra especial relevancia, ya que la estratificación provista se sustenta en elementos biomédicos y carece de datos contextuales, familiares y sociodemográficos que influyen y afectan la salud y el bienestar de las personas. Como ya se ha planteado, será posible enriquecer el análisis y la comprensión en cada caso, en la medida en que otros miembros del equipo provean de esta información.

De requerirse y ser factible, se podrá realizar una visita domiciliaria, para conocer la situación familiar y contextual de las personas, recabar información en mayor profundidad, aclarar dudas y despejar alertas sobre posibles riesgos frente a los cuales sea necesario movilizarse. En este proceso se distinguen los siguientes objetivos y acciones relevantes:

- Conocer con mayor detalle la historia clínica, tanto a través del análisis de la información contenida en la ficha, como desde el aporte de miembros del equipo de salud.
- Conocer e incorporar al análisis elementos familiares y contextuales relevantes que permitan comprender la situación de salud de las personas inserta en su experiencia cotidiana.
- Recabar información que pudiese ser relevante respecto del estilo de relación y patrón de interacción que se ha sostenido entre las personas y el equipo.
- Incorporar el aporte en el análisis de la terapia farmacológica, a través de la generación de recomendaciones al equipo, que permitan potenciar los esquemas farmacológicos y alertar sobre interacciones. Si se puede entrevistar previamente a la persona, será posible considerar tanto la acción de los fármacos dispensados, como de las opciones de terapias complementarias, alimentos y hierbas medicinales de cada persona.
- Levantar alertas desde una mirada biopsicosocial y movilizarse como equipo frente a éstas.
- Identificar necesidad de información y coordinación con el nivel secundario, para lo cual será posible activar el contacto y articulación con PDE.
- Identificar la necesidad de actualizar exámenes de laboratorio previo al ingreso de cada persona, para gestionar su desarrollo.
- Plantearse preguntas relevantes para comprender la situación de cada persona y aproximarse a su experiencia.
- Avanzar en un bosquejo de propuestas para el plan consensuado.

Este proceso requerirá contar con espacios de reunión de equipos para poner en común algunos casos y recoger información y orientación desde sus miembros.

### 3.2.1.3. El equipo de salud en el cuidado integral de las personas según riesgo

**El equipo de salud y la importancia de las personas activadas en su salud**

Se entiende como persona activada a una persona que se preocupa por su salud, se hace responsable de obtener la mejor atención de salud posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo. El empoderamiento de las personas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el ''proceso por el cual las personas obtienen el control sobre decisiones y acciones que afectan su salud''(25). Los factores necesarios para que esto ocurra incluyen:

- La comprensión de la persona de su papel, la adquisición de conocimientos suficientes para interactuar con su centro de salud, las habilidades de la persona y la presencia de un entorno facilitador.

La implementación de la ECICEP requiere de redefinir roles al interior del equipo de salud, a fin de facilitar dicho proceso se describen las principales funciones del equipo de salud, conforme nivel de riesgo de las personas.

**Equipo de salud y personas de alto riesgo G3**

Con el objeto de facilitar el cuidado integral de las personas con alto riesgo, en cada equipo de sector se requiere de profesional y TENS que acompañen a las personas con condiciones crónicas en el cuidado de su salud.

- **Profesional gestor del cuidado (gestor de caso) en atención primaria:** un facilitador de la atención y provisión de cuidados a la persona y su familia, con énfasis en apoyo al automanejo. Además, será responsable de la planificación, coordinación, activación de los recursos, facilitación y promoción, y de asegurar oportunidad en la ejecución, seguimiento y registro de las prestaciones indicadas a las personas a su cargo. A continuación, se describen las principales funciones:
  - Facilitar atenciones integrales según el estado de salud de la persona consultante, determinando las necesidades individuales.
  - Intermediar entre la persona consultante y los otros profesionales de la salud, coordinando las atenciones y al equipo según las necesidades individuales.
  - Desarrollar o coordinar planes individuales colaborativos, con énfasis en potenciar el automanejo y la participación activa de la persona con condición crónica, incorporando a la familia y/o los cuidadores del proceso de cuidado y acompañamiento.
  - Coordinar plan de cuidado integral con equipo de sector.
  - Velar por la provisión y registro de los cuidados biopsicosociales de la manera más efectiva y eficiente, según la realidad local.
  - Manejar y monitorear la referencia y contrarreferencia entre distintos niveles de atención.
  - Coordinación con PDE para continuidad del cuidado de personas consultantes a urgencia y hospitalizaciones.
  - Articulación con el intersector según corresponda.
  - Priorizar entrega de equipos de automonitoreo.
  - Priorizar telemedicina.
- **Técnico de nivel superior gestor del cuidado:** será miembro activo del equipo clínico y tendrá un rol clave en desarrollar vínculo con la persona y su comunidad. Además, realizará actividades de: consejerías telefónicas de apoyo al automanejo, rescates domiciliarios, información y confirmación de horas médicas, recepción de la persona en las diferentes atenciones, la ejecución y registro de signos vitales y antropometría, trabajo administrativo y apoyo al automanejo. A continuación, se describen las principales funciones:
  - Apoyar en la gestión de la persona de alta complejidad, según lo que determine el profesional designado.
  - Realizar el rescate de personas de alta complejidad, mediante contacto telefónico o visitas domiciliarias.
  - Monitorizar los parámetros y el cumplimiento de metas de la persona de alta complejidad, en apoyo al profesional gestor.
  - Pesquisar personas que podrían beneficiarse de la ECICEP.
  - Realizar la gestión de atención de la persona de mediana complejidad (según disponibilidad del profesional gestor).

  - Educar a las personas en medidas que favorezcan y apoyen el automanejo.

- **Médico de Familia (MF):** Aquellos centros de salud que cuentan con este especialista, se sugiere que participe en la evaluación, el seguimiento clínico y la interlocución entre atención primaria y los especialistas del nivel secundario para optimizar el manejo de personas de alto riesgo. Contribuye a la toma de decisiones consensuadas, integrando las opiniones de los integrantes del equipo de salud, para lograr los objetivos planteados.

  Además, en APS o vía telemedicina, realizarán consultorías de casos clínicos de mayor complejidad. Esta instancia se presenta como un espacio de trabajo en equipo entre el MF consultor, los equipos de cabecera en atención primaria y otros profesionales y/o TENS que participen en el manejo integral de la persona(24). El médico de familia, se caracteriza por tener la experticia de lograr un mejor abordaje en caso que la situación de salud que afecta a la persona escapan del manejo habitual que realiza el equipo de sector, ya sea por mayor complejidad biomédica, por tener problemas de salud de causa no evidente o no clara, o por requerir de una mayor integración de la familia y de sus redes de apoyo para un mejor abordaje desde el punto vista biomédico, psicosocial, familiar y comunitario, con mayor dominio en estrategias de intervención en familias multiproblemáticas.

- **Médico general (MG):** será el médico de cabecera a cargo de la continuidad y atención clínica de la persona según el plan de cuidado diseñado en el ingreso con la persona. Su participación será activa en todo el proceso de cuidado incorporando, en su atención, acciones de apoyo al automanejo, participación en consultorías, entre otras.

- **Profesionales de la salud:** serán agentes claves en la educación, apoyo al automanejo y continuidad del cuidado de las personas con morbilidad crónica. Desde la mirada multidisciplinaria tendrán el rol de colaborar en cada control a que la persona y su familia opte por el manejo de la enfermedad, así como también mantener una comunicación fluida con el equipo de cabecera de cada persona.

- **Administrativos:** será importante contar con personal administrativo, que tenga manejo y conocimiento respecto de las prestaciones que existen a lo largo del curso de vida, de los sistemas de registro y del territorio local; así como también que cuente con habilidades comunicacionales y socio colaborativas que permitan tener interacciones efectivas con la población que atienden. Sus principales funciones se mencionan a continuación:
  - Identificar el flujo de atención correcto según la demanda de las personas en materia de asistencia sanitaria.
  - Identificar la priorización de la demanda desde el primer contacto para solicitud de atención y poder transmitirlo tanto al usuario, su familia y equipo de salud.
  - Apoyar el registro y actualización de datos para facilitar contactabilidad.
  - Apoyar en el rescate de personas según indique gestor / gestora de casos.
  - Brindar información a la comunidad que lo requiera sobre el funcionamiento del centro de salud en materia de horarios, profesionales, actividades, entre otros.

**Equipo de salud y personas de riesgo moderado y bajo (G2 y G1)**

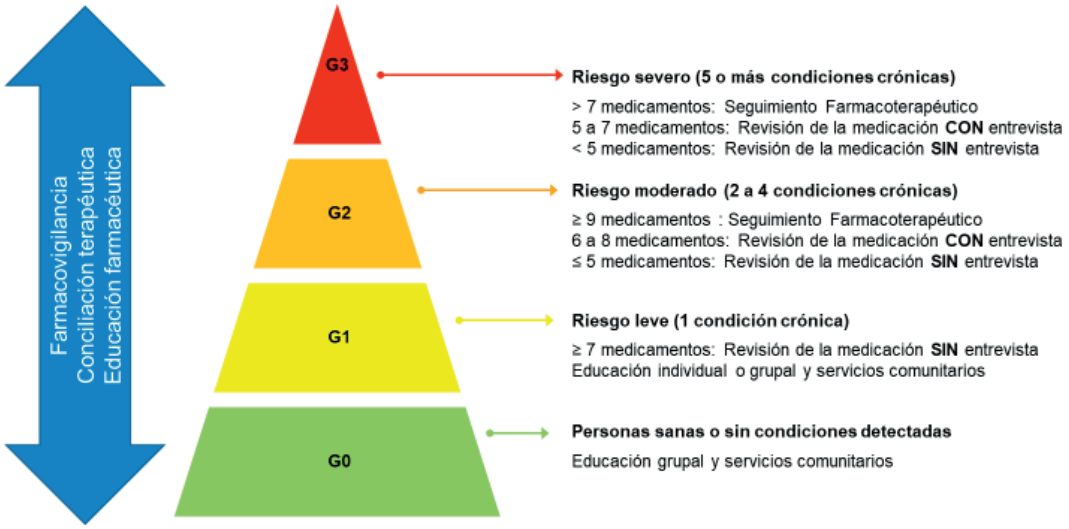
- **Médico General:** en el equipo de sector será el profesional encargado de realizar evaluaciones con enfoque integral desde una mirada biopsicosocial, basado en las necesidades de cada persona y su familia, abordando especialmente la compensación de distintas condiciones crónicas fomentando el automanejo. Además, será el médico de cabecera de un grupo de personas junto a un equipo multidisciplinario de salud.

- **Profesionales de la salud:** desde la mirada multidisciplinaria tendrán que brindar una atención de salud integral basada en las necesidades individuales de cada persona y su familia a lo largo del ciclo vital. Su rol será educar, entregar apoyo al automanejo de las personas con morbilidad crónica y como consecuencia contribuir al empoderamiento tanto de la persona con morbilidad crónica como de su familia en el manejo de la enfermedad. Tendrán que potenciar el trabajo multidisciplinario, promover la comunicación y coordinación continua y expedita procurando que el equipo de cabecera sea activo en el cuidado de la salud de sus personas.
- **TENS:** será miembro activo del equipo de sector cuyo rol es clave en el desarrollo del vínculo con la persona generando el nexo con la comunidad y el CESFAM.

A continuación, se precisa el rol del **Químico Farmacéutico (QF)** como miembro del equipo de salud y de forma transversal a los grupos de riesgo, en la ECICEP.

Debido a que en el manejo de las enfermedades los medicamentos son un apoyo fundamental para lograr el éxito terapéutico, el QF deberá velar por el seguimiento de la adherencia y retiro de los medicamentos, incentivando el uso racional de los mismos. El aporte que pueda hacer será transversal a los grupos de riesgo, efectuando los servicios definidos por el REM A04 Sección I (servicios farmacéuticos), REM A26 Secciones A (visita domiciliaria), y REM A27 Secciones A y B (talleres educativos). Sin embargo, es importante racionalizar los recursos disponibles, entendiendo que el impacto de sus intervenciones dependerá de la situación terapéutica y de la complejidad del tratamiento farmacológico. Por esto, la siguiente figura resume los servicios profesionales farmacéuticos sugeridos según la categorización de riesgo y el número de medicamentos diarios utilizados por la persona.

**Ilustración 4. Servicios profesionales farmacéuticos sugeridos según la categorización de riesgo**




Fuente: Adaptado de Martinez-Mardones F et al. Primary health care pharmacists and vision for community pharmacy and pharmacists in Chile. Pharm Pract (Granada) [Internet]. 2020 Aug 28;18(3):2142. Ministerio de Salud, División de Políticas Públicas y Promoción.

La revisión de la medicación con entrevista, como está descrito en el REM A04 sección I, considera un contacto directo breve con la persona (15 - 20 minutos), con el fin de conseguir información adicional relacionada con adherencia terapéutica, automedicación y otros que permitan realizar una adecuada optimización del tratamiento farmacológico, aportando más antecedentes al equipo terapéutico y al registro clínico oficial de la persona. Se recomienda que esta entrevista sea de carácter semi estructurada, realizando una revisión previa de los antecedentes clínicos y farmacológicos de la persona(26).

Servicios transversales como Farmacovigilancia, conciliación terapéutica y educación farmacéutica, entre otros, podrán ser realizados en cualquier tipo de usuario. Esto ya que dependen de situaciones específicas como la detección y sospecha de reacciones adversas (inherentes al uso del medicamento), los cambios de nivel de atención (primario-secundario-terciario o sistema privado) y cualquier situación que requiera de orientación en temas farmacéuticos.

No obstante, lo recomendado, el equipo de salud podrá solicitar atenciones de QF según la necesidad de la persona y disponibilidad de este profesional al interior del centro de salud. De la misma forma, podrá realizar cuidados individuales, descritos por los servicios del REM A04, así como también participar en los controles en dupla definidos por esta estrategia de ser requerido y conforme realidad local. La visita domiciliaria, coordinada con el equipo, es recomendable en aquellas personas en situación de dependencia severa o similar que tengan polifarmacia o no logren compensación.

Los aspectos relacionados a la adherencia terapéutica son fundamentales en su atención, debido al rol que cumple en el control de las condiciones de salud. Para ello, podrá utilizar los registros de despacho de medicamentos, a través del indicador de proporción de días cubiertos o PDC (Anexo 3). Además, podrá detectar factores relacionados a la falta de adherencia en entrevistas semiestructuradas, motivacionales u otras efectuadas a la persona, familiar o cuidador.

Aquellos aportes que pueda realizar el QF mediante estos servicios profesionales podrán estar relacionados a la optimización del tratamiento farmacológico. Esto incluyen las sugerencias al prescriptor que impliquen suspender, iniciar o modificar medicamentos, además de recomendaciones del uso de medicamentos de vida media larga o de dosis fijas combinadas (como amlodipino en HTA y metformina de liberación prolongada en DM2), teniendo en consideración parámetros de costo-beneficio y costo-efectividad, ya que esto podría generar aumentos importantes en el costo de la atención.

Por último, será fundamental la colaboración entre los QF de distintos niveles de atención, debido a la situación frecuente de personas que efectúan retiros de medicamentos en centros de salud de distinta complejidad y arsenal terapéutico. En donde se requiere, por ejemplo, de gestiones internas entre establecimientos hospitalarios y CESFAM para que el retiro de los medicamentos de uso crónico se realice en el mismo lugar, extendiendo las prescripciones por 3 o más meses en aquellas personas que se encuentran con parámetros normales. Ello evitaría que tengan que asistir exclusivamente centro de salud a retirar sus fármacos.

### 3.2.2. Implementación del cuidado integral

Los procesos de cuidado se **organizan conforme el nivel de complejidad de las personas**, favoreciendo el desarrollo de acciones de salud acordes a sus necesidades y características. Permite poner el foco, por un lado, en "personas de alto riesgo y no en enfermedades" y, por otro lado, permite identificar a la población sin riesgo en la cual el acento son las prestaciones que enfaticen la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los principales hitos se describen a continuación:

### 3.2.2.1. Medidas poblacionales de salud

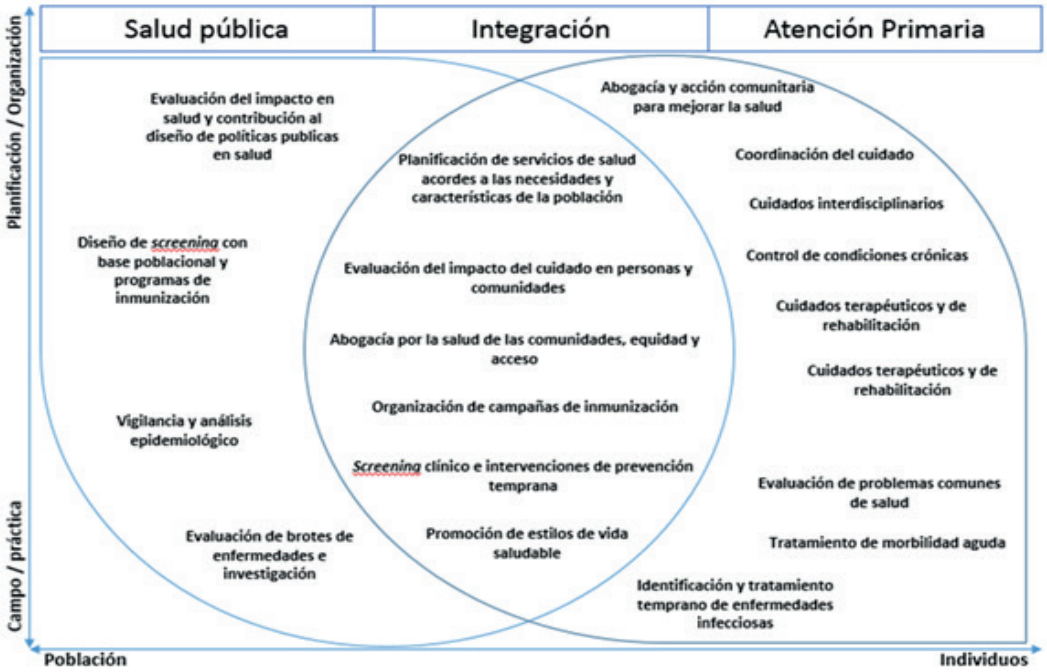
**Personas** sin condiciones crónicas o riesgo no identificado **(Go) se benefician de las medidas poblacionales a nivel nacional.** La siguiente ilustración, muestra la Aplicación del enfoque de salud pública en atención primaria(27), mediante:

Uso compartido de información de salud poblacional obtenido a través de encuestas poblacionales (por ejemplo, acerca de problemas de salud prevalentes, de riesgos de salud dentro de las comunidades y detección de necesidades de servicios preventivos para un grupo específico de personas) con el fin de mejorar las estrategias de abordaje clínico.

Uso de estrategias poblacionales. Las principales definidas por la Organización Mundial de la Salud son los "best buys[3]" para combatir los factores de riesgo conductuales. Estas van dirigidas a la población general, en vez de estar dirigidas a individuos con un riesgo de salud más elevado. Dentro de estas estrategias poblacionales, se encuentran aquellas consideradas como medidas regulatorias. En el caso chileno, Elige Vivir Sano, Ley Antitabaco, Ley de Etiquetado Nutricional, entre otras que buscan crear entornos y políticas públicas saludables, en conjunto con las comunidades. Adicionalmente, están aquellas destinadas a realizar screening para la detección temprana de enfermedades como las que hoy rigen en algunas prestaciones GES (ecografías abdominales para detección temprana de colelitiasis, mamografías para detección temprana de cáncer de mamas, entre otros).

Uso de herramientas de análisis poblacional como epidemiología clínica, evaluación de riesgo y evaluaciones de costo efectividad para mejorar el manejo práctico, por ejemplo, mediante decisiones informadas acerca del territorio, provisión de servicios, educación para personas, etc.

**Ilustración 5. Interacción entre salud pública y atención primaria**




Fuente: Adaptación y traducción de Levesque JF et al. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. Public Health Reviews, Vol. 35, No 1. 2013.

[3] El concepto de "best buys" se puede traducir al español como "mejores inversiones". Este término es acuñado por la Organización Mundial de la Salud y refiere a las intervenciones recomendadas para abordar las enfermedades transmisibles, las que van desde medidas de política pública de salud general hasta intervenciones costo-eficaces. Para profundizar más en este tema, revisar: Organización Mundial de la Salud (2017). Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

### 3.2.2.2. Atención en cuidado integral a personas con condición crónica

**a. Contacto inicial**

El contacto con las personas a citar para ingreso a la ECICEP es un momento significativo, en el que se transmite la invitación a un nuevo proceso de atención. Para esto, es relevante que todos los miembros del centro de salud conozcan la ECICEP, compartan la importancia y necesidad de este cambio y construyan un relato común que permita estandarizar la información a entregar la población.

A partir de la aceptación de la participación en esta nueva modalidad, se iniciará un proceso de acompañamiento a las personas, a través del cual se buscará potenciar su autoeficacia para el logro de los objetivos que se acuerden, en función de sus prioridades y con miras a alcanzar el automanejo de su o sus condiciones crónicas.

Este contacto se organiza dependiendo del nivel de complejidad de cada persona, de manera de explicar con claridad las acciones y alcances del abordaje en cada caso.

**Personas de alta complejidad (G3)**

**Llamada telefónica a la persona por parte de gestores del cuidado para:**

- Informar acerca del cambio en la forma de atención, a través de un relato construido y compartido como centro.
- Invitar a la persona a una atención de ingreso por dupla (médico y profesional): de acceder a esta propuesta, acordar una cita a agendar en función de sus posibilidades, así como consultar si asistirá con alguna persona cercana que la acompañe en este proceso.
- En caso de requerirse actualizar exámenes previos a la atención, coordinar su toma, explicando la necesidad de contar con esa información para avanzar en el análisis de su situación de salud.
- Solicitar a la persona que traiga a la hora de atención por dupla toda la información de su historia clínica y situación actual que le parezca relevante (será importante conocer lo que para cada persona es importante en relación con su salud).

**Visita domiciliaria,** se podrá realizar cuando:

- No sea posible contactar a la persona vía teléfono, o bien, si tras el análisis de su historia clínica el equipo requiriese de profundizar en los antecedentes.
- **Previo al ingreso**, cuando luego del proceso de revisión de la historia clínica, el equipo evalúe la necesidad de acudir al domicilio, para ello considerar:
  - Coordinar la visita con la persona, acordando con ella el día y hora en que será realizada.
  - Presentarle con claridad el motivo de dicha visita, en el marco de este nuevo proceso de atención.

La visita domiciliaria deberá ser realizada por el profesional gestor del cuidado integral (gestor de caso) y el TENS, evaluando la pertinencia caso a caso de que se requiera la incorporación de otro miembro del equipo, en función de los objetivos y vínculos que se sostengan con la persona.

**Personas de complejidad moderada o leve (G2 y G1)**

Una vez que el equipo de salud ha decidido avanzar en el ingreso a ECICEP de personas con complejidad moderada o leve, será el profesional del equipo de sector quien efectuará la llamada telefónica para el contacto inicial, considerando los aspectos anteriormente señalados.

**b. Ingreso integral**

Se inicia focalizándose en el grupo de alto riesgo con la atención en duplas compuestas por médico y profesional gestor y progresivamente se incorporan los otros grupos. Este último podrá definirse en función de las temáticas principales en cada caso y/o los vínculos que la persona ya sostenga con profesionales del centro. En el caso de los centros que cuentan con médicos de familia, se sugiere que sean ellos quienes realicen esta actividad en el grupo de alto riesgo.

Esta primera interacción de la dupla de profesionales con la persona necesita centrar el foco en las necesidades y caracterización de la persona y su entorno. Es por ello que la entrevista de ingreso(5), constituye una instancia que propicia el encuentro entre la persona y la dupla del equipo de salud, en un espacio de confianza y respeto que favorezca el desarrollo de conversaciones significativas. Se busca acogerla y propiciar su protagonismo en el cuidado de su salud y el manejo de sus condiciones crónicas, para lo cual será necesario establecer una relación de colaboración en la que ella sea reconocida en su integralidad, valorada y respetada en su autonomía y en su poder para la toma de decisiones.

De esta forma, será necesario ampliar la mirada y observar a la persona en su contexto, distinguiendo con ella tanto sus problemáticas de salud como sus inquietudes y prioridades a abordar, sin fragmentarla sino proponiendo una mirada comprensiva de su situación desde una perspectiva relacional, familiar y social. Será relevante propiciar su comprensión de su situación de salud y acompañarla a distinguir sus recursos personales, familiares y sociales, en los cuales apoyarse para el logro del automanejo.

Se recomienda tener en consideración los siguientes antecedentes:

1. **Identificación de la persona:** nombres, apellidos, nombre social, fecha de nacimiento, edad, sexo, tramo beneficiario FONASA, pertenencia a pueblo originario, etnia, condición de migrante, dominio del idioma castellano, ocupación, nivel educacional, estado civil, datos de la persona de contacto (acompañante, cuidador, tutor legal).
2. **Antecedentes de salud:**
   a. Antecedentes familiares
   b. Antecedentes mórbidos: DM2, amputación de extremidad por diabetes mellitus, retinopatía diabética, ataques cerebrovasculares (ACV), infarto agudo al miocardio (IAM), malnutrición (exceso o déficit), ceguera, sordera, retraso mental, fragilidad u otros. Clasificación de severidad de patologías como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica (ERC), estimación de riesgo de ulceración del pie diabético, riesgo cardiovascular.
   c. Antecedentes de salud mental: factores de riesgo y condicionantes de la salud mental tales como ideación y/o intento suicida en los últimos doce meses, síntomas psicóticos, violencia, abuso sexual u otros.
   d. Hábitos: hábitos alimenticios, actividad física, tabaquismo activo, consumo de alcohol, consumo de drogas.
   e. Alergias a medicamentos.

f. Hospitalizaciones y consultas a Servicio de urgencia últimos 12 meses (incluyendo fecha y diagnósticos).

g. Antecedentes quirúrgicos

h. Tamizajes: como AUDIT, ASSIST, Edimburgo, Yesavage, u otros que se estén realizando en el centro, EMPAM, minimental, mamografía, papanicolaou.

i. Inmunizaciones

j. Programa alimentario.

k. Fármacos.

3. **Monitoreo a distancia por parte del equipo de salud.**
4. **Antecedentes sociales: Red de apoyo, condición de institucionalizado/a de la persona, vivienda.**
5. **Nivel de estratificación de la persona, la fecha en que se realizó la estratificación y los diagnósticos que ocasionaron dicha estratificación.**

En definitiva, en esta primera interacción, el equipo de salud valora las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona en cualquier etapa del curso de vida en el que se encuentra y registra los antecedentes relevantes del estado salud-enfermedad. Además de educar a las personas en cuanto a sus factores de riesgo, sus condiciones crónicas y enfatizar la importancia de la adherencia tanto a sus controles como a sus terapias. El logro de las metas de tratamiento es independiente del nivel de riesgo, y se debería lograr en el menor tiempo posible.

**En Anexo 4 se puede revisar la experiencia de atención en dupla del CESFAM Santiago de Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana.**

Previo al ingreso, se requerirá que las agendas estén previamente organizadas con el rendimiento sugerido en las "orientaciones para la planificación y programación en red vigente".

El ingreso de las personas a la ECICEP, se inicia focalizando la atención en dupla en el grupo de alto riesgo y progresivamente se incorporan los otros grupos, al ingreso bajo esta modalidad. Por tanto, se pueden dar dos situaciones al realizar un ingreso integral a la ECICEP:

**Tabla 5. Ingreso de las personas a la ECICEP**

| Ingreso Integral | Bajo riesgo (G1)<br>Moderado (G2) | Alto riesgo (G3) |
|---|---|---|
| **1. Personas que se encuentran bajo control en uno o varios Programas.** | • Ingreso, lo realiza profesional del equipo de sector.<br>• En la instancia de cita más próxima que ya tenga agendada o por agendar. | • Ingreso lo realiza dupla (médico profesional)<br>• En la instancia de cita más próxima. |
| **2. Personas que ingresa por un primer diagnóstico de condición crónica.** | • Ingreso lo realiza médico del sector<br>• Agendar cita. | |

Fuente: elaborado por DIVAP, MINSAL.

**Plan de cuidado integral consensuado(5)**

El ingreso a la ECICEP considera la construcción del plan de cuidado integral consensuado en el que se acuerda con la persona objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, con miras al automanejo de su situación crónica de salud y al logro de su bienestar integral. Se trata de romper las estructuras programáticas verticales, que indican controles por profesionales, independiente de la necesidad e interés de la persona, para incorporar un estilo motivacional en la conversación, que integre el saber del otro/a y se acople a sus significados de manera de descubrir con ellos sus motivaciones para generar cambios en sus vidas. Así, el plan de cuidado versará sobre el consenso al que se llegue con la persona y las opciones de cambio que ella decida seguir en las esferas de salud física, psico-emocional, sociofamiliar y otros aspectos que la persona distinga como significativos.

En la formulación de plan de cuidado integral se recomienda tener en consideración:

- Definir un objetivo de trabajo claro. Un objetivo co-construído con la persona, que contemple las necesidades de la persona y su familia, y aborde los contenidos prioritarios consensuados.
- Dentro de este plan es importante considerar a la familia dado que las conductas de sus miembros son interdependientes y mutuamente reguladas. Sólo de este modo, el plan de intervención le hará sentido a la persona y logrará una mayor adherencia y compromiso con el mismo. En caso de no consensuar el plan, éste es percibido como ajeno, impuesto, y por tanto no es adoptado por la persona ni su entorno y la sensación de frustración crece en los equipos de trabajo, al percibir que sus esfuerzos son ineficaces.
- La toma de decisiones es compartida y se define como un proceso en el que el equipo de salud y persona comparten la mejor evidencia disponible cuando se enfrentan a la tarea de tomar decisiones, y donde las personas reciben apoyo para considerar las opciones con el fin de identificar sus preferencias informadas.
- Por tanto, es de vital importancia visualizar las necesidades y expectativas de la persona y su familia, desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, y de este modo establecer un modo de relación definido por la corresponsabilidad del cuidado de su salud. Siempre tener presente que el trabajo principal es de la persona, el cual ha sido acompañado en el proceso del autocuidado de su salud, los profesionales sólo guían el proceso e intervienen cuando la persona o su familia lo requieren.
- Es primordial partir por potenciar las herramientas que estas personas reconocen como fortalezas y ayudarlos a visualizarlas. Estos recursos suelen expresarse en la historia de resolución de situaciones pasadas. Así mismo, podemos indagar en las "soluciones intentadas" en torno al problema actual.
- Los planes y compromisos que emergen desde la persona y su familia y desde el equipo tratante, dejarlos por escrito, con tiempos explícitos de cumplimiento, así como los tiempos de seguimiento de los avances. Tener presente los acuerdos alcanzados respecto del proceso de acompañamiento.
- Los contenidos de estos planes y los plazos deben responder a las necesidades de cada persona. Por tanto, una persona y su familia tiene un plan de intervención consensuado, que es particular de ellos (Una persona, un plan). Por tanto, el plan de cuidados siempre es acorde a las necesidades particulares de cada caso, con tiempos de resolución que dependerá de la urgencia de cada caso. Existen casos en que nos veremos obligados a dar celeridad a nuestras intervenciones (en caso de vulneración de derechos de un niño, entre otros) y casos en que será necesaria la intervención de otros profesionales que nos permitan indagar la problemática en toda su integralidad.

- La implementación del Plan de cuidado consensuado puede significar la realización de diferentes estrategias de acción, las cuales implican una planificación, un tiempo protegido para su realización, así como un seguimiento por parte del equipo. El seguimiento del plan nos permite conocer avances, mantención o retrocesos en los acuerdos establecidos y, a su vez, es reflejo del compromiso de continuidad en el cuidado que hemos establecido con la persona y su familia. Este plan será compartido con las personas, para que ellas también puedan construir su bitácora de cambio y estar atentas a su propio monitoreo.
- Será relevante transmitir el genuino interés del equipo por acompañar a cada persona en su proceso de cambio, de manera que perciba las acciones de seguimiento y acompañamiento como un apoyo y no como un control desde la desconfianza.
- Finalmente, el alta o cierre de la gestión del cuidado o gestión de casos se refiere al cumplimiento de los hitos más importantes de este plan, es más bien un ejercicio práctico que nos permite contabilizar cuántos planes de seguimiento han llegado a esta instancia, pero debemos considerar que esta persona y su familia continuarán acompañados por su equipo de salud y habrá nuevas instancias en las que será necesario estructurar nuevos planes de acción con acciones involucradas y plazos para su cumplimiento. Las causas de cierre de la gestión del cuidado o gestión de casos, podrán ser administrativas (derivaciones a redes externas), deserciones (siempre y cuando medien intervenciones de rescate por parte del equipo) o altas (cumplimiento de los objetivos consensuados en el plan).

Una vez alcanzados los objetivos del plan, se hace cierre del mismo, sin excluir la posibilidad que se requiere estructurar nuevos planes de seguimiento y tratamiento personalizados, de acuerdo a las necesidades variables en el tiempo de la persona y su familia. De esta manera es posible entonces que una persona de alto riesgo (definido por el número de sus condiciones crónicas) inicialmente requiera de múltiples intervenciones, consultas más complejas y mayor coordinación entre los profesionales de salud de su centro de atención primaria, o incluso entre los diferentes niveles asistenciales.

Sin embargo, puede requerir con el tiempo, menor cantidad y complejidad en las intervenciones. Ello como resultado de las prestaciones de salud recibidas, de la provisión de intervenciones educativas en cuanto al manejo de sintomatología, del tratamiento farmacológico y no farmacológico, de los cambios en el estilo de vida hacia aquellos que favorezcan un mejor estado de salud, y el mejor manejo de todas las consecuencias en su entorno biopsicosocial que la condición crónica de su salud produce. Una persona puede ser de alto riesgo y su frecuencia de controles se define por otras variables como por ejemplo compensación, recién diagnosticado (mayor intensidad al inicio).

**Es necesario por tanto reforzar que cada plan de cuidado es único y personalizado para cada persona, su familia y entorno.**

Importante tener presente que, el estructurar un plan consensuado con la persona y su familia, que les haga sentido y considere sus expectativas, requiere de un equipo de salud, con las competencias para facilitar el involucramiento activo de las personas en el cuidado de su salud, facilitando en ellas el desarrollo de habilidades para el automanejo.

**C. Control integral**

Luego de la primera atención integral, la persona seguirá en control integral con algún profesional del equipo de salud para acompañar los avances del plan de cuidado integral consensuado y la evolución de sus condiciones crónicas y otras dimensiones relevantes. Al respecto se recomienda gestionar la dación de hora sin que la persona tenga que asistir exclusivamente con este objetivo al centro de salud, por ejemplo, gestionar la dación de horas para los controles por contacto telefónico, es una expresión del cuidado centrado en la persona.

En esta atención de control o seguimiento, tener en consideración:

1. Anamnesis.
2. Examen físico.
3. Resultados de procedimientos diagnósticos y de exámenes.
4. Diagnósticos nuevos.
5. Solicitud de medios diagnósticos.
6. Revisión y actualización del plan de cuidados integral consensuado.
7. Revisión de adherencia al tratamiento.
8. Tratamientos farmacológicos actualizado y registro de reacciones adversas a medicamentos.
9. Registro de consejería; consejería familiar, consejería breve en tabaco o alcohol.
10. Solicitud de interconsultas.

### 3.2.2.3. Apoyo al automanejo de condiciones crónicas

Cuando una persona es diagnosticada con una o más enfermedades crónicas, además de superar los problemas físicos y emocionales que ello implica, tendrá que realizar cambios en su vida diaria, tales como, tomar medicamentos, adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio, desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad, manejar síntomas, tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud.

En este contexto, el acceso que una persona tiene a los cuidados sanitarios directos es una condición que, aunque de gran importancia por la implicancia obvia que tiene en el diagnóstico, manejo terapéutico y pronóstico de la enfermedad, es limitada para el manejo de su condición crónica. El verdadero escenario en el que una condición crónica se maneja y regula o no, es el amplio espacio de tiempo que constituye la vida cotidiana de las personas, el dominio en que los sujetos despliegan su estilo de vida y se ven enfrentados a las consecuencias de sus conductas(28).

Es así como a partir de la pregunta: "¿qué es lo que hace cambiar a las personas cuando pretenden modificar alguna situación indeseable o problemática?, Prochaska y Diclemente(29) crearon un modelo transteórico para intentar comprender qué, cómo, cuándo y por qué cambian las personas. En donde para alcanzar el éxito en el cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema.

En el siguiente link podrá revisar las etapas del cambio, sus características, objetivos y conducta a seguir https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13120020. De esta manera, el concepto de automanejo de las condiciones crónicas se vuelve un espacio ineludible para su abordaje, al entender que las personas despliegan su vida cotidiana con independencia del sistema sanitario con el que toman contacto.

*El automanejo puede ser entendido como la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas(28).*

Un análisis conceptual acabado del concepto de automanejo y sus puntos comunes con otros conceptos y modelos afines en salud, así como algunas orientaciones y sugerencias prácticas para su implementación pueden encontrarse en el documento Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre personas y equipos de salud. En este apartado ofreceremos una breve guía para orientar al equipo de salud en el fomento de acciones de automanejo entre las personas que presentan una o más condiciones crónicas.

**¿Qué debe hacer el equipo de salud para fomentar el automanejo en las personas con condiciones crónicas?**

- Asumir un enfoque respetuoso y de derechos en salud, considerando que, así como el equipo de salud es el experto en la técnica terapéutica, la persona es el experto en su propia vida y es quien define aquello que quiere cambiar y aquello que quiere conservar.
- Entregar información, según las condiciones propias de cada persona, en función de lo que esta requiera para el manejo de su enfermedad, con un lenguaje, profundidad y acciones educativa, que faciliten dicho proceso. Considerar orientaciones que permiten el autoaprendizaje, según el nivel de motivación de cada persona. Por ejemplo, informar adecuadamente sobre el uso de sus medicamentos, tanto del efecto clínico esperable como de sus posibles reacciones adversas, buscando mejorar la comprensión de la persona frente a su terapia farmacológica y así facilitar la adherencia al tratamiento. Esto es especialmente relevante en medicamentos de alto riesgo como benzodiacepinas, insulinas, glibenclamida, entre otros, y en aquellos de estrecho margen terapéutico como digoxina, fenitoína, entre otros.
- Entregar herramientas que apoyen la adherencia: pastilleros, cartillas, recordatorios en celulares, app u otras sugeridas por los QF.
- Examinar e intervenir en la percepción de costos y beneficios percibidos por las personas con el tratamiento y su percepción de autoeficacia respecto de recomendaciones entregadas(30).
- Evaluar la etapa del cambio en la que se encuentra la persona en el momento del encuentro con el equipo de salud(29).
- Negociar las expectativas de las personas y establecer una relación no amenazante, clara y cálida.
- Manejar la eventual ambivalencia de las personas frente a los cambios necesarios de implementar respecto de su condición crónica, incentivando procesos de balances decisionales, siguiendo los principios de la entrevista motivacional(31).
- Definir conjuntamente con la persona y por consenso, los objetivos que se quieren lograr en el manejo de la enfermedad.
- Fomentar la definición por parte de la persona de las mínimas acciones que pueden generar un cambio de conducta.
- Confeccionar conjuntamente con la persona y por consenso, el plan de cuidados.
- Intervenir en el manejo del estrés y el autocontrol de las emociones(32,33).
- Potenciar en las personas las herramientas que le permitan desarrollar el automonitoreo de

signos y síntomas que hagan más contingente la percepción de enfermedad, especialmente en enfermedades asintomáticas y crónicos de larga data(30). Por ejemplo, incorporar tecnología que apoyen el automanejo como glucómetros y tensiómetros con monitoreo remoto, al menos en los grupos de alto riesgo (G3).

- Examinar en conjunto con la persona la manera en que la dinámica familiar eventualmente mantiene las conductas que fomentan la enfermedad o entorpecen la compensación de la condición crónica y buscar colaborativamente la manera de propiciar el apoyo familiar y social respecto del cambio de hábitos de vida.
- Evaluar y reajustar periódicamente el plan de cuidados acorde a los objetivos planteados o bien reorganizar los objetivos conjuntamente con la persona.

**Consejerías telefónicas de apoyo al automanejo**

Corresponde a la comunicación telefónica entre un profesional de la salud capacitado y una persona que recibe cuidados en un centro de salud. Consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de información y comunicación, especialmente, cuando la distancia es una barrera para recibir atención de salud. Esta tiene como objetivo apoyar a las personas en la adopción de hábitos de vida saludables y facilitar la adaptación a su condición crónica.

### 3.2.3. Continuidad del cuidado integral en la Red

La continuidad del cuidado apunta al fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con foco en la centralidad de la persona, a través del establecimiento de coordinaciones efectivas entre los distintos niveles de atención en salud, que favorezcan el acompañamiento, en función de sus necesidades, prioridades y recursos personales, familiares y comunitarios.

La continuidad del cuidado es un objetivo esencial en la integración de la Red. En este marco, se organizan acciones específicas en cada nivel, distinguiendo la GC desde APS y la transición del cuidado, desde el nivel secundario y terciario. Ambos procesos se describen a continuación.

#### 3.2.3.1. Gestión del cuidado (gestión de caso)(5)

La GC se refiere al seguimiento y acompañamiento a las personas en su proceso de cambio, manteniendo un contacto cercano y periódico que permita conocer su experiencia en el desarrollo de acciones para su automonitoreo y cuidado, así como para mantenerse disponibles para el apoyo que se requiera. Está dirigido a la población de alta complejidad, G3, que necesita de un abordaje individualizado y por un tiempo definido y reevaluable. Las personas que ingresan a GC cuentan con un profesional gestor, que forma parte su sector en el CESFAM. Este profesional lo apoyará, durante un tiempo definido y reevaluable, en el avance hacia el logro de sus objetivos y propiciará la activación coordinada de la Red, para favorecer su acceso oportuno a las atenciones y prestaciones requeridas, resguardando la calidad y confidencialidad de la atención. Este proceso implica movilizar tanto a los servicios disponibles en la Red de salud, como la oferta intersectorial con la que se cuente. En este marco, la colaboración y acompañamiento cercano podrán favorecer el logro de los objetivos del plan de cuidado consensuado, la compensación de las condiciones crónicas y la activación creciente de las personas hacia la toma de decisiones respecto de su salud.

Todo esto implica la reorganización de los tiempos, roles y funciones de los miembros del equipo de salud, tanto para el acompañamiento a la persona, como para la coordinación con el nivel secundario y terciario, articulándose para propiciar la continuidad del cuidado. A su vez, implica la valoración de la acción y competencias del TENS en el acompañamiento hacia el cambio, haciéndolo parte del

equipo gestor e integrándolos desde un rol clínico significativo. Su cercanía con las personas, así como su activación frente a sus necesidades, pueden propiciar la respuesta oportuna del sistema de salud.

Si bien los controles presenciales forman parte importante de la atención, se hace relevante considerar en la GC el contacto por vía telefónica como una acción que permita conocer la situación de las personas y acceder a información significativa que permita discriminar la necesidad de una pronta atención en el CESFAM, el refuerzo de conductas de automanejo o bien, la orientación o indicación de atención en un servicio de urgencia.

Esta llamada será realizada por gestores del cuidado (profesional y/o por TENS a cargo de la GC), en función de la situación de salud de la persona y los objetivos del seguimiento. El registro de esta actividad se debe realizar en el REM A01 sección F. Para efectos de la ECICEP, corresponde a toda actividad de acompañamiento a distancia que realiza el equipo de salud a personas con condiciones crónicas que se encuentran en alto o moderado riesgo. Estas actividades pueden ser seguimiento remoto telefónico o seguimiento remoto con equipamiento ad hoc(34).

El seguimiento remoto corresponde al cuidado de la salud apoyado por el uso de tecnologías móviles como teléfonos u otros dispositivos inalámbricos. Es una herramienta práctica, útil y disponible para la comunicación unidireccional o bidireccional entre el equipo de salud y las personas(35). Tiene por objeto proveer apoyo, fortalecer la percepción de autoeficacia y hacer seguimiento del cumplimiento del plan de cuidado y ajustes al mismo si fuera necesario y se considera una acción complementaria a la atención presencial.

Las personas en GC podrán llamar a sus gestoras/es, para realizar consultas, aclarar dudas y recibir orientación frente a los posibles escenarios que sean presentados. Para ello, se acordará un encuadre que fije horarios para estas llamadas y defina el alcance de las acciones de respuesta. Con esto, se apunta a reforzar la idea de que la persona cuenta con su equipo de cabecera. A su vez, se busca evitar visitas innecesarias a los centros de salud, así como propiciar atenciones oportunas y urgentes, en caso de ser necesario. A través de estas conversaciones será posible potenciar el automanejo, en la medida que la persona vaya pudiendo conocer mejor su situación de salud y gestionar su propio cuidado de manera más eficaz.

Otra actividad relevante en la GC, que propicia la continuidad del cuidado, es la **coordinación con PDE en el nivel secundario y terciario**, quien será un referente de apoyo a los equipos de APS para la transmisión de información actualizada y oportuna sobre las personas que ingresen a servicios de urgencia y hospitalización, considerando planes de cuidado, evolución y alta; derivaciones y atención por especialidad; exámenes y procedimientos requeridos; diagnósticos y fármacos indicados.

En consideración del carácter crónico de las problemáticas de salud de estas personas, la finalización de la GC, se desarrollará durante un tiempo delimitado, pero flexible, en función del logro de los objetivos acordados con la persona, así como del automanejo sostenido de su o sus condiciones crónicas.

El avance en este proceso irá derivando en el espaciamiento de las atenciones y el seguimiento, para acordar también con la persona el momento pertinente para finalizar su GC y permitir el ingreso de nuevas personas de alta complejidad, que podrán beneficiarse con la atención desde esta ECICEP. A lo largo de este tiempo, las personas habrán podido comprender de mejor manera las características, expresión y evolución de su enfermedad, así como reconocer signos y síntomas de alerta, ya sea para contactar a su equipo de cabecera o para consultar en un servicio de urgencia. Frente a eventuales

descompensaciones, atenciones de urgencia y hospitalizaciones será posible reiniciar la atención en dupla, actualizando o modificando el plan consensuado, por lo que no se hablará de reingreso a GC. Es importante aclarar que, tras la finalización de la GC, las personas se mantendrán estratificados/as en el nivel de alta complejidad y continuarán accediendo a prestaciones con una intensidad menor a la de ese proceso.

El **término de la GC** tendrá como base el cumplimiento de los siguientes criterios, con referencia al plan de cuidado consensuado:

- Desarrollo de acciones acordadas en el plan, que deriven en procesos de cambio significativos, referidos por la persona como experiencias de bienestar.
- Mantención del cambio al momento de su reevaluación a los 6 meses, referido por la persona en la descripción de sus acciones cotidianas de automanejo y cuidado de su salud.
- Claridad de la persona y/o su familia respecto de su esquema de fármacos, lo que se distinguirá a partir de su relato sobre su administración, posterior a la revisión de la medicación que se haya realizado por químico farmacéutico.

Si bien la GC apunta a las personas con condiciones crónicas de alta complejidad, es posible que personas de moderada complejidad puedan beneficiarse de esta intervención si la evaluación que realice el equipo de cabecera, basándose en la realidad local y los siguientes criterios así lo define:

- Atención en tres o más especialidades en el nivel secundario.
- Dos o más consultas en servicios de urgencia hospitalarios, por descompensación de su condición de cronicidad, en los últimos seis meses.
- Dos o más hospitalizaciones por descompensación de su condición de cronicidad en los últimos seis meses.
- Atención en servicios de urgencia hospitalaria y/u hospitalización por IAM, ACV, ICC descompensada y úlcera de pie diabético infectada (estas personas ingresarán a través de las acciones de transición del cuidado).

*Por tanto, la priorización de atención por parte del equipo debe centrarse en evaluar si la persona se beneficiará o no de la Gestión del Cuidado Integral (gestión de casos). Esta intervención apunta a fomentar el Automanejo, por lo que es necesario tomar en cuenta este aspecto para ingresar personas.*

Se recomienda un carnet único de control que no diferencie grupo etario ni patologías, incluyendo en su diseño el espacio adecuado para el registro de objetivos terapéuticos, próximos controles, educación de tratamiento farmacológico, retiro de este, del PACAM y algunas hojas para que las personas registren sus dudas o reflexiones. Es necesario que el equipo defina lo que considera importante que debe tener este carnet, sin olvidar que debe ser una herramienta útil para el automanejo de la persona.

### 3.2.3.2. Transición del cuidado(5)

La transición del cuidado es un proceso que tiene por objetivo apoyar a la persona en su tránsito por la Red, cuando ésta ha sido atendida en servicios de urgencia y/u hospitalización. Si bien incluye la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud durante esos episodios, su foco se centra en el tiempo que transcurre entre el alta de la persona hasta su retorno a APS. Esta acción debe articular actores y procesos, con el fin de favorecer la pronta respuesta de la Red a las necesidades de las personas y propiciar la continuidad del cuidado. Por definición, esta actividad está orientada a personas de alta complejidad ya ingresados a GC o a aquellos que por los diagnósticos de ingreso al Servicio de Urgencia o al hospital, requieren ser rescatados.

Para ello, se requiere de PDE en cada establecimiento hospitalario de la Red, quien se constituye en un referente para los equipos de APS y una figura de acompañamiento, apoyo, orientación y seguimiento para las personas de alta complejidad que forman parte de esta ECICEP o que ingresan a ella. De esta forma, deberá favorecer la comunicación entre los actores mencionados y el nivel hospitalario y secundario.

El rol del PDE tiene como finalidad principal favorecer la transición efectiva de las personas desde el nivel hospitalario al ambulatorio, apuntando con ello a mejorar la calidad del cuidado, disminuir el tiempo de recuperación, reducir las tasas de re-hospitalización y el costo en salud. Para ello, mantiene una coordinación continua con los equipos de los distintos niveles de atención, favoreciendo:

- La integración de la Red a partir de la entrega y actualización oportuna de información, así como desde el apoyo en la gestión de procesos para la pronta respuesta a las necesidades de las personas.
- La pesquisa a nuevas personas de alta complejidad a través de atenciones en servicios de urgencia, a quienes invita a hacerse parte de esta ECICEP.
- Los procesos hospitalarios como toma de exámenes o gestión de interconsultas, entre otros.
- El contacto con gestor/a de casos del CESFAM de referencia de cada persona, transmitiendo la alerta por su consulta de urgencia y/o de hospitalización. Será relevante sostener este contacto a lo largo del tiempo de estadía en los establecimientos, así como durante sus controles con especialidad, reforzando los nexos que favorezcan la articulación de los equipos en Red.
- La contrarreferencia para APS a la alta médica en nivel secundario o terciario.
- La oportunidad en la asignación de horas a ingresos y controles con especialista.
- La transmisión de alertas al equipo de APS respecto de personas que se atiendan en los servicios de urgencia con diagnósticos de IAM, ACV, amputación de pie diabético e ICC y que hayan tenido o no contactos previos en APS. Independiente de que esas personas tengan condición detectada previamente de multimorbilidad y riesgo alto, ingresarán a este grupo a priorizar, por la gravedad de su situación de salud y la necesidad de un abordaje integral oportuno.

Para el logro de los objetivos de la acción del PDE, será necesario que éste cuente con el documento administrativo que lo nomina, sea conocido por los equipos de los servicios de urgencia y hospitalización y que sus roles, funciones y alcances de sus acciones sean claramente difundidos y conocidos en toda la Red. Esto deberá ser asumido como una responsabilidad del/a coordinador/a de la ECICEP en cada establecimiento.

Por último, es importante señalar que las acciones del PDE deberán coordinarse con las del equipo clínico hospitalario, como facilitador de la comunicación y articulación de la Red. Sin embargo, se debe tener presente que el objetivo principal radica en favorecer los vínculos entre los equipos de los distintos niveles de atención. Esto apunta a la distinción entre el rol de nexo entre los equipos de nivel secundario y terciario con los de APS, de aquel que favorezca el contacto directo y fluido entre dichos niveles, para el desarrollo de una Red de salud integrada.

Esta gestión abarca temas técnicos, administrativos, de liderazgo y formación. De esta manera, dicho profesional gestiona los recursos existentes para cubrir las necesidades de la persona y cuidador antes del alta hospitalaria o alta de consulta de especialidad y pone en conocimiento al nivel primario de atención de las necesidades detectadas, promueve una atención de salud oportuna y de calidad, asegurando la asignación de citas a ingresos y controles con especialista priorizando las atenciones correspondientes a sus condiciones crónicas, y coordinando con APS su hora de ingreso post alta. Así como también, se recomienda contar con horas protegidas en especialidades para las personas de mayor complejidad (G3).

# CAPÍTULO 4. PROGRAMACIÓN OPERATIVA Y GESTIÓN DE AGENDA

El capítulo entrega conocimientos básicos conceptuales y metodológicos asociados a la programación operativa de la multimorbilidad.

- La revisión de este capítulo le permitirá:
- Reconocer la importancia de la programación operativa y gestión de agenda como metodología para el desarrollo de una gestión efectiva de la ECICEP.
- Identificar aspectos teóricos y metodológicos asociados a la programación operativa de la multimorbilidad.
- Revisar un ejercicio práctico de programación de la multimorbilidad.

## 4.1. Programación operativa de multimorbilidad

Desde el año 2019, las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red incorporan la multimorbilidad crónica para dar respuesta a las necesidades que tiene la población.

Estas son orientaciones en torno al cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad y al número de prestaciones a programar que se deben ofrecer, con rendimientos definidos, pero en las que no siempre se cumplirá la concentración de estas actividades. Esto es debido a que cada persona tendrá planes de cuidados personalizados, de acuerdo con su necesidad de cuidados en salud y no en base a una indicación homogénea para todos. No obstante, en este capítulo se han sugerido números (promedios), según lo analizado en la bibliografía y lo observado en los CESFAM donde se está trabajando de esta forma.

Para la programación de multimorbilidad se debe considerar **la estratificación de riesgo de la persona** en la oferta de prestaciones que se le otorguen. Durante el primer año de programación operativa con mirada de multimorbilidad, se sugiere evaluar los coeficientes técnicos de programación de las actividades semestralmente, con el objetivo de evaluar la continuidad o la modificación de estos. De ese modo, se estimarán el número de profesionales/TENS requeridos, las jornadas requeridas y la oferta de cupos de ingreso/ control de personas con multimorbilidad para luego concretarlo en diferentes agendas en el centro de salud.

A continuación, se describen las recomendaciones de coeficientes técnicos por prestación (ver tabla).

**Tabla 6. Coeficientes técnicos de programación**

| Grupo Objetivo según estratificación | Actividades | Concentración | Rendimiento/ hora | Equipo de sector |
|---|---|---|---|---|
| Población con riesgo alto (G3) | Ingreso integral o primera atención en cuidados Integrales. | 1 | 1 | Médico/a |
| | | 1 | 1 | Profesional |
| | Control Integral. | 2 | 1,3 | Médico/a |
| | | 2 | 1,3 | Profesional |
| | Seguimiento a distancia (telefónico). | 6 | 4 | Profesional TENS |
| | Gestión administrativa (enlace con nivel secundario) y gestión del cuidado integral (gestión de caso). | 6 | 3 | Profesional TENS |
| | Visita Domiciliaria. | 1 | 1 | Profesional |
| Población con riesgo moderado (G2) y leve (G1) | Ingreso o primera atención Cuidados Integrales. | 1 | 1,3 | Médico/a |
| | | 1 | 1,3 | Profesional |
| | Control Cuidados Integrales. | 1 | 1,3 a 2 | Médico/a |
| | | 2 | 1,3 a 2 | Profesional |
| | Seguimiento a distancia (telefónico.) | 4 | 4 | Profesional TENS |

Fuente: Orientaciones para la planificación y programación en Red. 2021.

La mejor manera de poder orientar sobre la programación operativa es realizando un ejercicio programático que simule un proceso de programación en atención primaria. Para este ejercicio, se plantea programar la atención de personas de alta complejidad (G3).

Antes de comenzar, es importante **tener claro**:

**1. Los conceptos asociados a la programación:**

- **Actividad o prestación:** corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos, es decir, lo que se va a realizar y programar. En el ejemplo son, ingreso integral, control integral y gestión del cuidado (gestión de caso).
- **Población:** Es el grupo de personas a las cuales está dirigida alguna intervención específica. Por ejemplo, población de 15 y más años de alto riesgo (G3).
- **Incidencia/prevalencia/tasa:** Incidencia es el número de casos nuevos relacionados con una patología específica en un período de tiempo dado. Prevalencia corresponde el número de casos totales de una enfermedad o patología en un período de tiempo dado. Tasa es el número de consultas o actividades realizadas durante el periodo de un año, para una población determinada.

- **Cobertura:** es la relación entre la población que ha recibido o va a recibir una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido (expresada habitualmente en porcentaje). Por ejemplo, una cobertura de 100% de una actividad quiere decir que esa actividad debe realizarse en el 100% de las personas a las cuales va dirigida.
- **Concentración:** Número de veces que una determinada intervención debe ser administrada sobre la población objetivo en un periodo de tiempo. Por ejemplo, ingreso integral, es una vez al año.
- **Rendimiento:** Número de veces que se realiza un tipo de actividad durante una hora cronológica por parte de un profesional o técnico paramédico. Por ejemplo, si se señala que una actividad tiene "un rendimiento de 1,3", significa que este tiene una duración de 45 minutos. Si tiene un "rendimiento de 3" en una hora cronológica (60 minutos) accederán 3 personas a la actividad en intervalos de 20 minutos cada una.
- **Días a Programar:** son los días del año calendario, que no consideran fines de semana ni feriados, varía según cada entidad administradora municipal. Para este ejercicio, se usarán 220 días.
- **Instrumento:** corresponde al tipo de profesional o TENS que ejecuta las actividades.
- **Meta por instrumento:** es el número de actividades que se programan a un profesional o TENS. En el caso de que la actividad se programe para más de un profesional, el total de actividades debería dividirse según porcentajes de atención por profesional, no superando en su totalidad el 100%. Por ejemplo: control integral profesional se programe 50% para profesional A, y 50% para profesional B.
- **Horas día requerido:** es el número de horas necesarias al día para cumplir programación anual de esta actividad.

**2. Ejemplo de Programación de personas de alta complejidad (G3)**

a. Estamos en un CESFAM de 30.000 inscritos totales.

b. Sabemos que 5.250 personas del CESFAM de 15 y más años se encuentran en riego alto (G3), gracias a los reportes de estratificación que disponemos.

| NIVEL DE RIESGO | PERSONAS |
|---|---|
| G3 Riesgo Alto | 5.250 |
| G2 Riesgo Moderado | 15.750 |
| G1 Riesgo Leve | 6.660 |
| G0 sin condiciones crónicas o riesgo no identificado | 2.370 |

Si el CESFAM no cuenta con los reportes de estratificación, es posible estimar las personas en riesgo alto. La Encuesta nacional de salud 2016-2017 estima que un 17,5% de la población puede ser población de alto riesgo. Entonces, si un CESFAM tiene 30.000 inscritos, 5.250 personas podrían estar en el riesgo alto (G3). Esta estimación debe ir acompañada con la identificación de las personas que podrían estar en riesgo alto. Se sugiere realizar este proceso en el marco del cálculo de la población bajo control semestral que realizan los establecimientos.

c. Y queremos otorgar una cobertura de 100% en atenciones a este grupo de personas.

d. Las prestaciones que queremos programar son: ingreso integral, control integral, gestión del cuidado (gestión de caso) y seguimiento a distancia. Y la forma de expresar la programación es en horas requeridas al día. Es decir, cuántas horas serán necesarias diariamente para otorgar las prestaciones que queremos entregar a las personas de alta complejidad (G3).

e. Coeficientes técnicos de programación. Ver recomendaciones en tabla 5.

**Desarrollo del ejercicio programático por prestación**

**Ingreso integral en personas de alto riesgo (G3)**

**Actividad:** (población * cobertura * concentración) (5.250*100%*1) = 5.250

**Meta por instrumento:** 5.250 ingresos por dupla médico y profesional

- Médico 100%, 5.250 atenciones a personas con riesgo alto
- Profesional 100%, 5.250 atenciones a personas con riesgo alto

**Cobertura:** 100%

**Rendimiento:** 1 persona por hora

**Concentración:** 1 al año

**Días a programar:** 220

**Horas día requeridas:** ((meta por instrumento/rendimiento) /días a programar)

- Horas al día requerida medico: ((5.250 /1) /220) = 23,86 horas cronológicas
- Horas al día requerida profesional: ((5.250*1) /220) = 23,86 horas cronológicas

**Jornadas Directas Año expresadas en 44 horas:** (Horas día requeridas/ 8,05)

- Médico: (23,86/8,05) = 2,96
- Profesional: (23,86/8,05) = 2,96

**Número de Ingresos integrales semana:** ((Horas día requeridas*5) * Rendimiento de la actividad)

- Médico: ((23,86*5) *1) = 119,3 aproxima a 119 cupos semanales
- Profesional: ((23,86*5) *1) = 119,3 aproxima a 119 cupos semanales

Se recomienda que esta actividad sea realizada en dupla (medico/profesional)

**Control integral a personas de alto riesgo G3**

**Actividades:** (población * cobertura * concentración)

- Control integral médico: (5.250*100%*2) = 10.500
- Control integral profesionales A: (5.250*100%*1) = 5.250
- Control integral profesionales B: (5.250*100%*1) = 5.250

**Meta por instrumento:**

- Médico: 100% 10.500 controles a personas alto riesgo
- Profesional A: 100% 5.250 controles a personas alto riesgo
- Profesional B: 100% 5.250 controles a personas alto riesgo

**Cobertura:** 100%

- Rendimiento: 1,33 persona por hora
- Concentración: 4 al año (2 médico y 2 profesional)
- Días a programar: 220

**Horas día requeridas:** ((meta por instrumento/rendimiento) /días a programar)

- Médico: ((10.500/1,33) /220) = 35,8 horas cronológicas al día
- Profesional A: ((5.250/1,33/220) = 17,90 horas cronológicas al día
- Profesional B: ((5.250/1,33/220) = 17,90 horas cronológicas al día

**Número de controles integrales semana:** (Horas día requeridas*5)*Rendimiento de la actividad)

- Médico: (35,8*5*1,33) = 238,6 aproxima a 239 cupos semanales
- Profesional A: (17,90*5*1,33) = 119,3 aproxima a 119 cupos semanales
- Profesional B: (17,90*5*1,33) = 119,3 aproxima a 119 cupos semanales

Otra opción es distribuir los controles de la semana según el porcentaje de personas que estén inscritas en cada sector, esto dará un número más exacto para ofertar las horas.

Se recomienda evaluar y efectuar ajustes a la programación operativa cada 3 meses.

**En Anexo 5, se ejemplifica planilla de programación operativa**

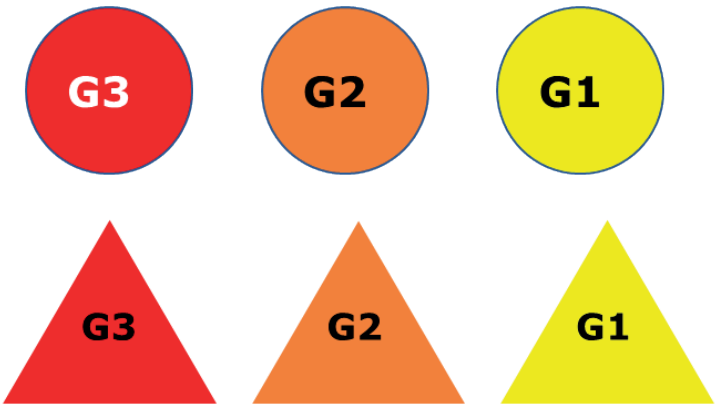
## 4.2. Gestión de Agenda

### 4.2.1. En atención primaria

Tal como se mencionó anteriormente, las personas con condiciones crónicas inscritas en los establecimientos de atención primaria que cuenten con registro clínico electrónico, serán estratificadas en base al conteo simple de sus patologías ponderado. De este modo, cada persona será parte de un "nivel de riesgo", cuya finalidad es que sus necesidades de salud sean resueltas con acciones proactivas de mayor o menor intensidad.

Esta iconografía permite al personal administrativo identificar a las personas con condiciones crónicas y la severidad de éstas de acuerdo al color de la misma. Al momento de ingresar un RUN, la persona tendrá una iconografía asociada a su nivel de riesgo, similar a la siguiente (ver ilustración):

**Ilustración 6. Iconografía de la identificación de personas con condiciones crónicas**




Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar que la visualización estará disponible para gestionar agenda en, admisión (ambulatorio y urgencia), farmacia, vacunatorio y programas alimentarios. Las personas administrativas tendrán acceso a esta visualización de la iconografía y no a los diagnósticos.

Para que las personas puedan acceder a las prestaciones de ingreso integral, control integral y seguimiento a distancia, estas deben ser visualizadas en las agendas del establecimiento con tiempos diferenciados. Importante mencionar que la iconografía no puede estar pegada en la portada del carnet de control, ya que transgrede la Ley de Deberes y Derechos del usuario.

En síntesis, el proceso de gestión de agenda, responde a la programación realizada conforme el nivel de riesgo de la población del centro de salud. Ello permitirá al momento del agendamiento otorgar el tiempo requerido para la atención integral. Tener en consideración que, una vez otorgada la cita, se requiere de gestionarla, es decir, llevar a cabo acciones que aseguren que la persona se presente a su atención.

### 4.2.2. En atención ambulatoria de especialidad

Se define como el conjunto de actividades que tienen por objetivo mantener disponible **la programación de consultas, procedimientos y otras prestaciones en un sistema de agenda**, permitiendo administrar y agendar horas programadas para asegurar la atención de salud a las personas.

Se recomienda priorizar la gestión de interconsultas por telemedicina (sincrónicas y asincrónicas), cuando ello sea posible por sobre una interconsulta presencial, para mejorar la oportunidad de la atención, disminuir los costos para las personas y aumentar la pertinencia de las interconsultas que se realizan de forma presencial. A nivel nacional están disponible a través de la plataforma de hospital digital las interconsultas a diabetes, geriatría, nefrología y dermatología, que está en todos los Servicios de Salud. A diferencia de las interconsultas presenciales al nivel secundario, las interconsultas al hospital son, hasta la fecha, todas pertinentes, con tiempos de respuesta inferiores a 10 días.

Respecto a la **gestión de atenciones vía telemedicina**, particularmente en la atención por telemedicina **modalidad sincrónica** (con persona presente), se deberá gestionar, además del agendamiento del profesional del nivel secundario de especialidad, el agendamiento respectivo en el establecimiento de origen, acción que permitirá resguardar la interacción conjunta necesaria para

este tipo de atención. La persona deberá ser citada a la consulta agendada en el establecimiento de origen. Para atención **asincrónica**, el procedimiento de agendamiento es el mismo (exceptuando hospital digital, donde todas las interconsultas son pertinente), pero no se realiza citación de persona sino hasta que corresponda entregarle la información de las orientaciones emitidas por el especialista del establecimiento de destino, responsabilidad que recae en el profesional del establecimiento de origen.

**Ilustración 7. Proceso gestión de agenda y sus subprocesos**

Fuente: Unidad Ambulatoria División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud.

- Subproceso de **Administración y Programación de la agenda**: Acciones para plasmar en el sistema de agenda la programación validada de acuerdo a la normativa institucional.
- Subproceso de **Mantención de Horas disponibles**: Acciones que permiten, de acuerdo a la normativa y previa autorización de la jefatura establecida, modificaciones a la agenda original. La modificación de agenda requiere un protocolo definido por la institución que lo respalde y autorice.
- Subproceso de **Agendamiento**: Acciones para asignar los cupos disponibles a una persona definido.
- Subproceso de **Gestión de Citas**: Actividades necesarias para asegurar que la persona se presente a su atención de salud, como por ejemplo la confirmación telefónica.

Se entenderá como agenda a la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención, en la que se produce la citación de una persona. Se recomienda **definir cupos a personas de alto riesgo (G3) de acuerdo a agenda habilitada por el establecimiento o en su efecto permitir la entrega de cita oportuna para estas personas según criterio de priorización**(36).

Si la interconsulta es pertinente, y luego de su priorización, debe identificarse la modalidad de atención ya sea presencial o remota para continuar el proceso clínico asistencial operativo tanto para la asignación de cita como para la atención de la persona.

Con el fin de **evitar** inasistencias de la persona a una cita debe realizarse agendamiento con contacto efectivo, esto quiere decir que el agendamiento de cupos se debe realizar de manera posterior al contacto efectivo de la persona, ya sea presencial o telefónico. Lo anterior permite asegurar que la persona esté al tanto del día y fecha de su hora, de manera consensuada y en conocimiento de los requisitos necesarios para ser atendido. Así puede programar y coordinar su concurrencia al establecimiento. Se suma a esta acción el registro en sistema de agenda de los datos del contactado, según normativa vigente, con el fin de respaldar el llamado y acuerdo realizado.

*Revisar los procesos de gestión de agenda y referencia contra referencia en, Orientaciones técnicas para el proceso de gestión de agenda en atenciones ambulatorias de especialidad. MINSAL 2020.*

# CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El capítulo entrega orientaciones para evaluar y monitorear las acciones de salud incluidas en la ECICEP. La importancia de ello se relaciona con levantar conocimiento sobre los resultados e impactos de prestaciones de salud dirigidas a las personas, sus familias y comunidades a cargo. El contar con sistemas de evaluación basados en indicadores confiables que permitan entregar información oportuna y veraz para la toma de decisiones es fundamental y se encuentra vinculado con la necesidad de contar con datos de alta calidad.

**La revisión de este capítulo le permitirá:**

- *Revisar el marco conceptual que sustenta el modelo de evaluación de la ECICEP.*
- *Revisar los grupos de indicadores propuestos para evaluar la ECICEP, en tanto temáticas a tratar.*
- *Reconocer la puesta en práctica de los procesos de evaluación de la ECICEP, en tanto fuentes de información y temporalidad de la evaluación.*
- *Dimensionar la importancia de incentivar la gobernanza de datos en atención primaria y en el sistema de salud.*

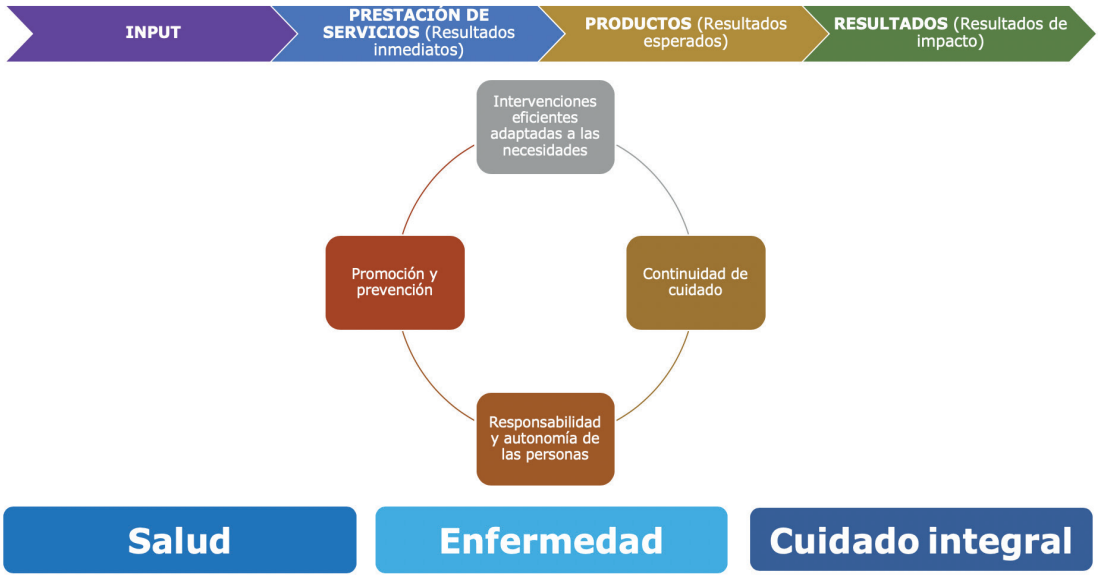
## 5.1. Marco conceptual de la evaluación

Está basado en el marco conceptual de la APS desarrollado por la Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud elaborado por el consorcio entre Banco Mundial, UNICEF, Organización Mundial de la Salud, entre otros[4].

Este marco conceptual ofrece una mejor alternativa para conceptualizar el desempeño de la atención primaria, mediante el agrupamiento de indicadores clasificados de acuerdo a dominios de medición interconectados (a manera de cadena de resultados). En la siguiente ilustración, se muestra la adaptación para el contexto nacional en el marco de la ECICEP.

[4] Página web de referencia https://improvingphc.org

**Ilustración 8. Modelo conceptual para la evaluación de la ECICEP**




Fuente: Elaboración propia adaptada de modelo de evaluación propuesto por la Primary Health Care Performance Iniciative https://improvingphc.org

Los dominios de medición interconectados se definen de la siguiente manera (parte superior del diagrama del Modelo):

- **Inputs:** elementos necesarios a entregar, servicios de alta calidad en APS. Se consideran desde medicamentos hasta los recursos humanos.
- **Prestación de servicios:** articulan el momento en el que el cuidado es entregado y considera la gestión del establecimiento, la competencia de los equipos de salud y el compromiso de la comunidad.
- **Productos:** se observa a través de la cobertura efectiva de servicios de alta calidad en APS en ámbitos como prevención, promoción y cuidados.
- **Resultados (de impacto):** incluyen mejorías en el estado de salud de la población a cargo y también evaluación de mejoras en eficiencia, equidad, responsabilización y resiliencia del sistema de salud.

Aquellos dominios de medición se encuentran al servicio de las acciones propias que la ECICEP busca implementar y estimular en el sistema de salud:

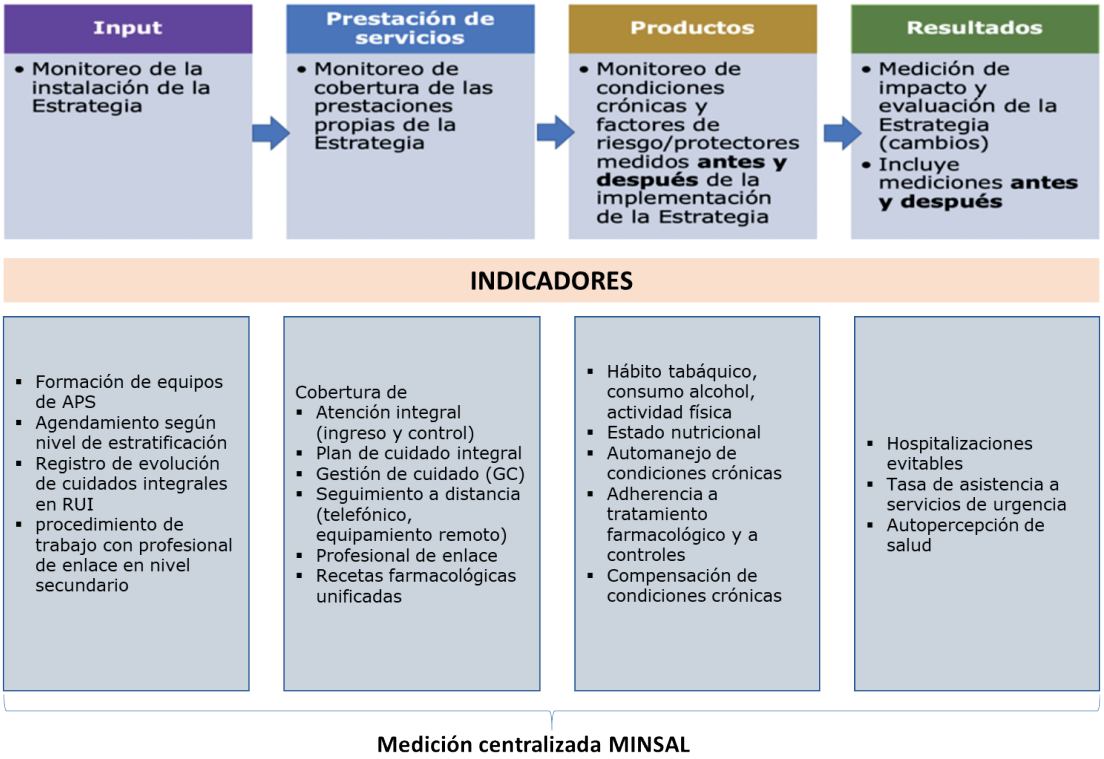
- Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de las personas.
- Continuidad del cuidado de las personas en los niveles primario, secundario y terciario.
- Responsabilidad y autonomía de las personas en el manejo de sus condiciones crónicas.
- Promoción y prevención a la base de las acciones de salud, articulando medidas poblacionales con medidas individuales.

Y, por último, las acciones de la ECICEP, están basadas en los conceptos tanto de salud como de enfermedad y, principalmente, de cuidados integrales en salud adaptados a las necesidades de las personas, sus familias y comunidades.

## 5.2. Grupos de indicadores

Los principales indicadores propuestos se pueden agrupar de la siguiente manera (siguiendo la lógica de cadena de resultados).

**Ilustración 9. Grupos de indicadores de la ECICEP**




Fuente: Elaboración propia, Ministerio de Salud, División de Atención Primaria.

Asimismo, mencionar que los indicadores antes propuestos se obtienen mayoritariamente desde el registro clínico electrónico y están sujetos a permanente revisión de pertinencia y actualización de los mismos por parte del nivel central (anexo 8).

## 5.3. Puesta en práctica de los procesos de evaluación de la Estrategia

### 5.3.1. Fuentes de información

**Resúmenes Estadísticos Mensuales(37)**

Para la ECICEP, se han definido cuatro actividades específicas con registro de producción mensual, desagregadas por sexo, tramo de edad, beneficiarios, migrantes y pueblos originarios. A saber:

**Ingreso atención integral (REM A05, sección V):** corresponde al número de personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3) que ingresan a cuidados integrales, por única vez. Se debe entender este ingreso como el inicio de una forma de interacción entre el equipo de salud y la persona, que considera las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad, que se operacionaliza a través de un "plan de cuidado integral".

**Plan de cuidado integral elaborado (REM A05, sección V):** corresponde al conjunto de acciones acordadas entre el profesional de salud y la persona con condiciones crónicas con el fin de generar un cuidado integral que beneficie la salud de la persona, con decisiones adoptadas conjuntamente. Dicho plan debe recolectar información y analizar las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.

**Tabla 7. Registro REM A05, sección V de los ingresos a atención integral y planes de cuidados integrales elaborados**

| ACTIVIDAD | RIESGO | TOTAL | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ambos Sexos | Hombres | Mujeres |
| INGRESOS (*) | Riesgo leve (G1) | 0 | 0 | 0 |
| | Riesgo moderado (G2) | 0 | 0 | 0 |
| | Riesgo alto (G3) | 0 | 0 | 0 |
| PLAN DE CUIDADO ELABORADO (*) | Riesgo leve (G1) | 0 | 0 | 0 |
| | Riesgo moderado (G2) | 0 | 0 | 0 |
| | Riesgo alto (G3) | 0 | 0 | 0 |

(*) Todo ingreso integral tiene que contar con un plan de cuidado integral consensuado.

**Control integral (REM A01, sección F):** corresponde a la atención integral otorgada a personas con condiciones crónicas con énfasis en la multimorbilidad, estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3)

**Seguimiento a distancia (REM A01, sección F):** corresponde a toda actividad de acompañamiento a distancia que realiza el equipo de sector dirigida a personas con condiciones crónicas que se encuentran en el nivel de estratificación G3, G2 y G1. Estas actividades pueden ser seguimiento telefónico o seguimiento remoto con equipamiento ad hoc. Es importante destacar que a la hora de realizar este registro es relevante manejar los conceptos de multimorbilidad y estratificación de riesgos como fundamentos de la ECICEP.

**Tabla 8. Registro REM A01, sección F de los controles integrales y seguimiento a distancia**

| TIPO | TOTAL | | |
|---|---|---|---|
| | Ambos Sexos | Hombres | Mujeres |
| Control integral con riesgo leve (G1) | 0 | 0 | 0 |
| Control integral con riesgo moderado (G2) | 0 | 0 | 0 |
| Control integral con riesgo alto (G3) | 0 | 0 | 0 |
| Seguimiento a distancia con riesgo leve (G1) | 0 | 0 | 0 |
| Seguimiento a distancia con riesgo moderado (g2) | 0 | 0 | 0 |
| Seguimiento a distancia con riesgo alto (G3) | 0 | 0 | 0 |

El registro de estas prestaciones es adicional al registro habitual en REM según condición crónica.

Finalmente, un pilar fundamental de la ECICEP es la continuidad de la atención, por lo que es fundamental prestar especial atención a los registros en el REM A07 (atenciones de especialidades), toda vez que dan cuenta, desde una perspectiva de producción, del proceso de referencia y contrarreferencia.

**Reportes de estratificación (Servicios de Salud)**

Otra fuente de información para el monitoreo y evaluación de la ECICEP son los reportes de estratificación otorgados por los proveedores de registro clínico electrónico, tanto de desarrollos propios como proveedores privados.

En ese sentido, se requiere que la solución de registro clínico electrónico genere un reporte exportable a Excel, de acuerdo a ciertos campos definidos (anexo 6). El reporte se exporta con periodicidad mensual, actualizado al último día del mes para cada establecimiento.

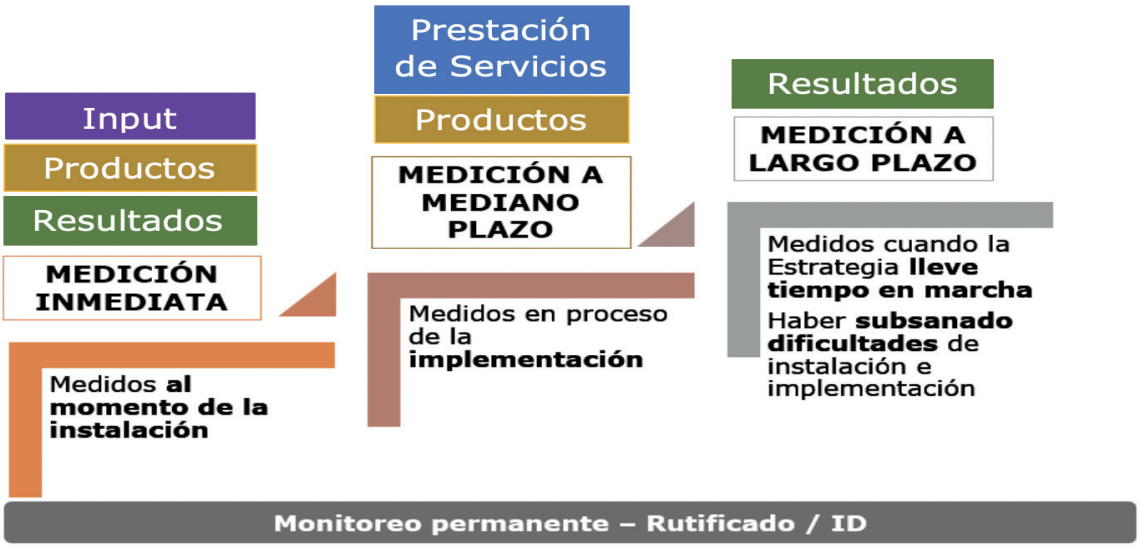
Si bien, los proveedores de registro clínico electrónico ejecutan un reporte de estratificación para los centros de salud primaria, el cual está disponible en sus plataformas con el fin de que los equipos puedan gestionar las prestaciones y acompañar a las personas en sus cuidados, el reporte de estratificación al que se hace referencia aquí es el que corresponde al Servicio de Salud.

De ese modo, el reporte deberá contener información asociada a las personas pertenecientes a los establecimientos del Servicio de Salud y deberá enviarse al referente MINSAL de manera mensual los primeros 10 días hábiles del mes siguiente al mes informado. Los archivos deberán depositarlos en el FTP del COMGES 22 asociado a la estrategia SIDRA, indicando mes y nombre de la solución en el nombre del archivo.

## 5.3.2. Temporalidad del monitoreo y evaluación de los indicadores

Los diferentes grupos de indicadores serán medidos en diferentes tiempos, de acuerdo a los avances en los procesos de instalación e implementación que cada establecimiento vaya alcanzando:

**Ilustración 10. Temporalidad del monitoreo y evaluación de los indicadores de la ECICEP**




Fuente: Elaboración propia, DIVAP, Minsal.

Los indicadores de medición inmediata nos informan cómo va avanzando el proceso de instalación de la ECICEP en los establecimientos, comunas y Servicios de Salud. Generalmente, son medidos a través de reportes cualitativos de los Servicios de Salud y de los proveedores de registro clínico electrónico.

Los indicadores de medición a mediano plazo nos informan sobre la producción y productos obtenidos dado el funcionamiento de la ECICEP en los establecimientos. Es por eso que no son posibles de medir en un primer momento: debe transcurrir un tiempo en que la ECICEP ya se considere en implementación.

Finalmente, los indicadores de medición a largo plazo corresponden a indicadores de resultados e impacto sobre la población a cargo y que permitirá obtener información y conocimiento acerca del funcionamiento de las acciones de salud de la ECICEP y si realmente se están alcanzando los objetivos planteados. Estas mediciones deben realizarse una vez que la mayoría de los problemas y dificultades de instalación e implementación de la ECICEP se hayan subsanado.

## 5.4. Gobernanza de datos en atención primaria y sistema de salud

Todos los datos están sujetos a limitaciones de calidad tales como datos perdidos, datos sesgados, errores de medición y errores humanos en el ingreso de datos. La evaluación de la calidad de los datos debe enfocarse en entender cuánta confianza se puede depositar en los datos de salud que son usados para evaluar el desempeño del sector salud y para entender las fortalezas y debilidades de las fuentes de datos. En particular es importante conocer la confiabilidad de las coberturas nacionales estimadas y otros resultados derivados de los datos que generan los establecimientos de atención primaria.

**Dimensiones de la calidad de los datos(38)**

Completitud y oportunidad de los datos: la completitud de los datos es evaluada en función de que si los establecimientos, Servicios de Salud y regionales que se suponen deben reportar datos los reportan efectivamente. La oportunidad de los datos es evaluada en tanto las entidades que suben los reportes lo hacen a tiempo, según el plazo fijado.

Consistencia interna de los datos reportados: considera la coherencia de los datos que están siendo evaluados. Se evalúa la coherencia entre los mismos ámbitos de los datos en diferentes puntos temporales; coherencia entre ámbitos de datos relacionados; y comparación de los datos en fuentes documentales y datos nacionales.

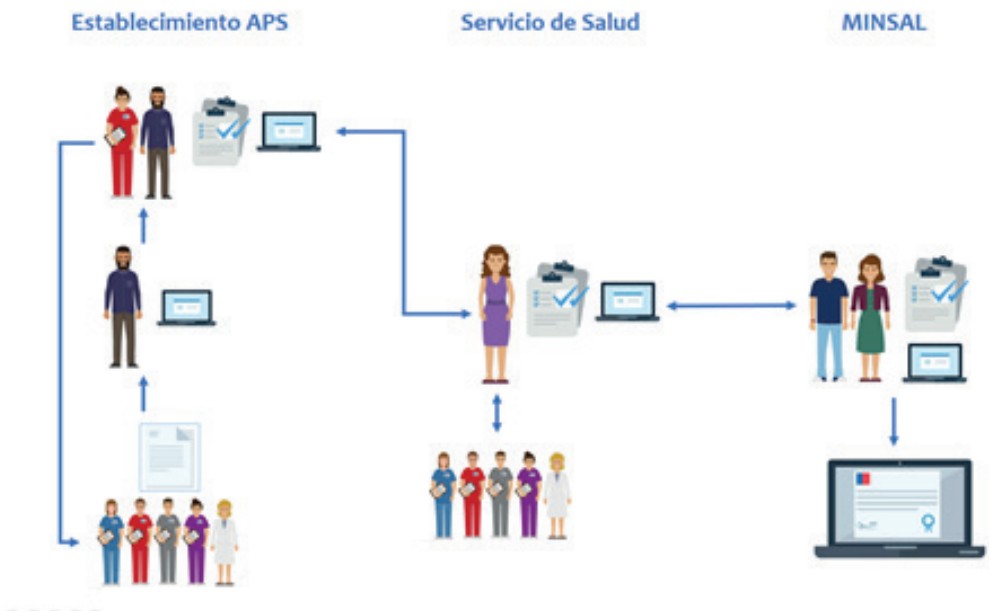
Consistencia externa (concordancia con otras fuentes de datos como encuestas): corresponde al grado de acuerdo entre dos fuentes diferentes de mediciones acerca del mismo indicador. En nuestro caso nacional, podría considerarse la concordancia entre los registros estadísticos mensuales (REM) y los registros clínicos electrónicos o estos comparados con los resultados de las últimas mediciones de la Encuesta Nacional de Salud.

Comparaciones externas con datos poblacionales (revisión de los datos de los denominadores para calcular tasas de indicadores de desempeño): corresponde a determinar la adecuación de los datos poblacionales usados para la evaluación de indicadores de salud. Los datos poblacionales sirven como denominador del cálculo de tasas o proporciones y proveen de importante información sobre las coberturas. A mayor nivel de consistencia entre los denominadores de diferentes fuentes de información, mayor probabilidad de que estos valores representan los verdaderos valores poblacionales.

Rol de los actores en salud en relación a la gobernanza de datos

El uso de los datos está directamente relacionado con el rol que desempeñan los distintos actores de salud primaria:

**Ilustración 11. Roles y flujo de información en la gobernanza de datos en la ECICEP**




- Ministerio de Salud (nivel central): deben asegurarse que el sistema está recolectando todos los datos necesarios para evaluar el desempeño de la APS. De ese modo, deben asegurarse que los dominios de medición estén alineados con sus objetivos y mapear los indicadores que permiten aquello. Asimismo, deben estar constantemente chequeando las brechas de medición en áreas críticas de la entrega de servicios y resarcirlo.
- Servicios de Salud (nivel medio): el énfasis no solo está marcado por la necesidad de evaluar y monitorear el desempeño. Adicional y fundamentalmente, en consciencia que la falta de comunicación entre establecimientos y sus comunidades ha resultado en una baja confianza con el sistema de salud, la disponibilidad de datos de baja calidad tampoco le permitirá mostrar el uso de los servicios de salud y los impactos en los resultados de salud de las personas de su Red asistencial.
- Comunas y establecimientos (nivel local): quienes trabajan en este nivel saben que la falta de un entrenamiento adecuado e incentivos para registrar regularmente datos de las acciones de salud sobre las personas resulta en baja calidad de datos y datos incompletos. Asimismo, a pesar de que el Servicio de Salud constantemente está retroalimentando la situación de la gestión sanitaria a nivel de Red asistencial, las comunas y los establecimientos deben hacer sus propias mediciones a nivel local, para así identificar áreas de mejora.

# ANEXOS

**Anexo 1. Guía de seguimiento de reuniones de acompañamiento a la implementación desde el Servicio de Salud.**

| Sesiones | Actividad | Detalle | Fecha | Asistentes | Temas tratados | Acuerdos/ tareas próxima sesión | Revisión acuerdo en sesión siguiente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sesión 1 | Encuentro inicial con el director y otros agentes del equipo | Proceso de instalación de la ECICEP | | | | | |
| | | Presentar la ECICEP y propuesta | | | | | |
| | | Recoger las reflexiones del equipo | | | | | |
| | | Ideas preconcebidas del MAIS | | | | | |
| | | Diagnóstico / preparación para la acción ´ | | | | | |
| | | Condiciones de la implementación | | | | | |
| Sesión 2 | Conformación de un equipo implementador | Reunión inicial | | | | | |
| | | Conformación equipo | | | | | |
| | | Designación de referente por centro, "líder implementador" | | | | | |
| | | Tiempos protegidos para las actividades | | | | | |
| | | Establecer cronograma de reuniones quincenales | | | | | |
| EXTRA | Conocer experiencia de un par | Reunión con un centro con la ECICEP en desarrollo | | | | | |
| EXTRA | Conocer herramienta de estratificación | Capacitación en estratificación | | | | | |

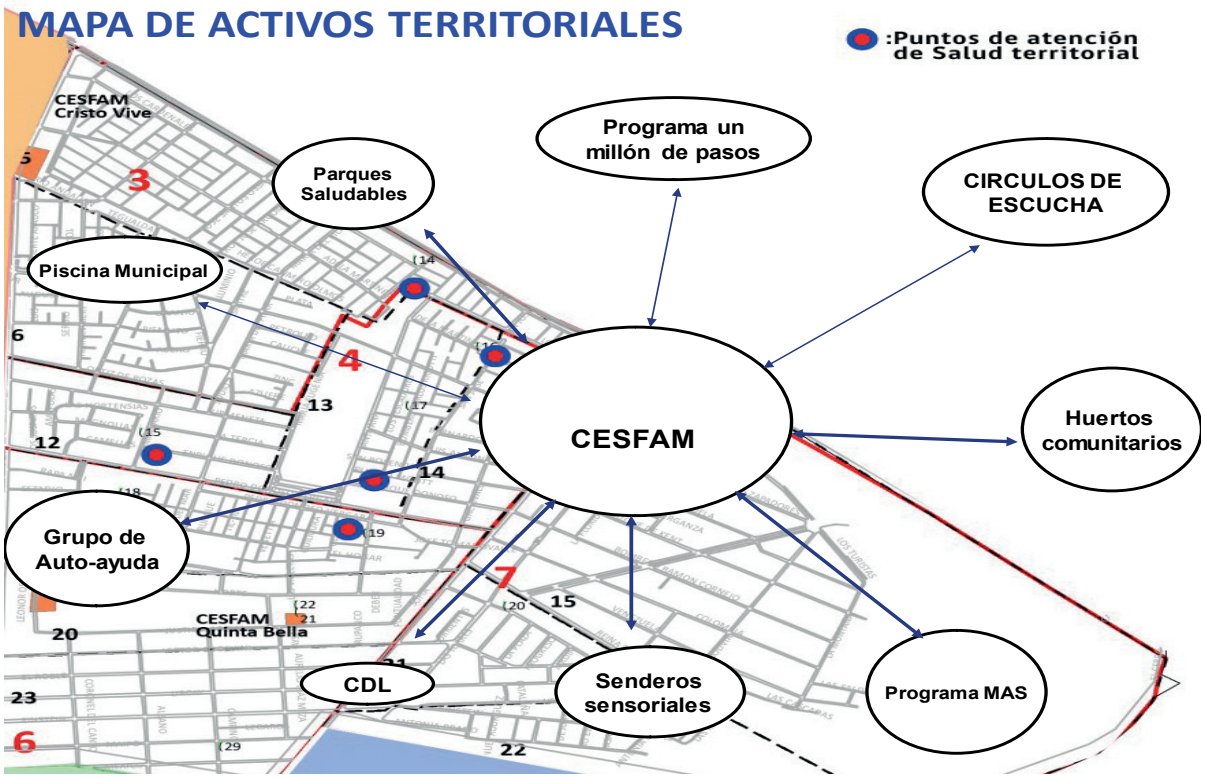
| Sesiones | Actividad | Detalle | Fecha | Asistentes | Temas tratados | Acuerdos/ tareas próxima sesión | Revisión acuerdo en sesión siguiente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sesión 3 | Necesidad de un equipo multidisciplinario | Rol de los diferentes miembros del equipo | | | | | |
| | | Equipo de cabecera | | | | | |
| | | Transdisciplina | | | | | |
| | | Rol del QF | | | | | |
| | | Rol del TENS | | | | | |
| | | Rol del equipo psicosocial | | | | | |
| | | Rol del administrativo | | | | | |
| Sesión 4 | Atención de personas de alta complejidad | Gestión de cuidados (GC) | | | | | |
| | | Ingreso integral en dupla | | | | | |
| | | Entrevista con estilo motivacional | | | | | |
| | | Enfoque familiar | | | | | |
| | | Plan consensuado | | | | | |
| | | Seguimiento a distancia | | | | | |
| | | Coordinación interna | | | | | |
| | | Transición del cuidado y PDE | | | | | |
| Sesión 5 | Atención de personas de moderada y baja complejidad y Apoyo al automanejo | Ingreso integral | | | | | |
| | | Entrevista con estilo motivacional | | | | | |
| | | Enfoque familiar | | | | | |
| | | Plan consensuado | | | | | |
| | | Coordinación interna | | | | | |
| | | Apoyo al automanejo | | | | | |
| | | Talleres | | | | | |

| Sesiones | Actividad | Detalle | Fecha | Asistentes | Temas tratados | Acuerdos/ tareas próxima sesión | Revisión acuerdo en sesión siguiente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sesión 6 | Aspectos administrativos | Retroalimentación pauta de implementación (anexo 7) | | | | | |
| | | Sectores involucrados | | | | | |
| | | Duplas definidas | | | | | |
| | | Crear un protocolo | | | | | |
| | | Crear un discurso para todos los actores | | | | | |
| | | Agenda (considerar tiempo de apertura) | | | | | |
| | | Receta única | | | | | |
| | | ¿carné de atenciones? | | | | | |
| | | Registros | | | | | |
| | | REM | | | | | |
| Sesión 7 | Aspectos organizacionales | Necesidad de crear un Flujograma | | | | | |
| | | Necesidad de otros protocolos | | | | | |
| | | Criterios de ingreso | | | | | |
| | | Explorar incorporación de tiempos protegidos | | | | | |
| | | Definición de metas de ingreso | | | | | |
| | | Definición de plazo para las metas | | | | | |
| Sesión 8 | Conocimiento de su población | Entrega de planilla con datos | | | | | |
| | | Conocimiento de su población a cargo | | | | | |
| | | Ideas de selección de las personas iniciales | | | | | |

| Sesiones | Actividad | Detalle | Fecha | Asistentes | Temas tratados | Acuerdos/ tareas próxima sesión | Revisión acuerdo en sesión siguiente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sesión 9 | Proceso de atención | Definición de duplas | | | | | |
| | | ¿Revisarán previamente la ficha clínica? | | | | | |
| | | ¿Cómo será la selección de primeras personas que ingresarán? | | | | | |
| | | Definir cómo será el contacto con las personas a ingresar | | | | | |
| | | Comunicación bidireccional con la persona | | | | | |
| Sesión 10 (las veces que sea necesario) | Proceso con las personas: Análisis de casos atendidos | Evaluar el proceso completo | | | | | |
| | | Análisis de casos ingresados | | | | | |
| | | Evaluar la relación del equipo con la persona | | | | | |
| | | Evaluar el estilo motivacional | | | | | |
| | | ¿Cómo se presentó la agenda del profesional vs la de la persona? | | | | | |
| | | ¿Cómo se sintieron con respecto a las atenciones? | | | | | |
| | | ¿Qué brechas/ideas detectaron? | | | | | |
| | | Funcionamiento administrativo | | | | | |
| | | ¿Fue citado con un familiar? | | | | | |
| | | ¿Cómo se construyó el plan consensuado? | | | | | |
| Sesión | Inicio atenciones de moderada y baja complejidad | Evaluar el proceso completo | | | | | |

Fuente: Adaptada de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

## Anexo 2. Mapa de activos territoriales




Fuente: CESFAM Quinta Bella, I.M. de Recoleta

La identificación del mapa territorial de activos, permitirá que cada miembro del equipo de salud pueda orientar de mejor forma a la población, respecto de los recursos comunitarios. A continuación, se ejemplifica uno de estos activos.

| ACTIVO TERRITORIAL | OBJETIVOS | DÍAS Y HORARIO DE FUNCIONAMIENTO | CONTACTO |
|---|---|---|---|
| Programa Un millón de pasos(20) | Es una iniciativa para la promoción de la actividad física mediante el desarrollo de redes sociales y el liderazgo comunitario. Orientada a la promoción de la actividad física, mediante propuesta cooperativa se oferta un número reducido de podómetros para promover el paseo grupal pues quienes pasean juntos realizan los mismos pasos que aquél que portan el podómetro. | Jueves 17:00 horas | Correo/ Número telefónico |

Fuente: Departamento de Salud I.M. Recoleta.

## Anexo 3. Cálculo y uso de la proporción de días cubiertos o PDC para la determinación de adherencia terapéutica

La proporción de días cubiertos utiliza la información de retiro de medicamentos desde las unidades de farmacia o botiquín. Por tanto, asume que los medicamentos retirados son efectivamente consumidos, comparando la adherencia con una medida de disponibilidad (a medida que el usuario tenga los fármacos, será adherente). Esto presenta un sesgo relevante, pero que ha sido descrito como menor al sesgo asumido por métodos subjetivos(39). Se diferencia de otros métodos objetivos en que no puede ser mayor a 1 (100%), ya que se consideran los días en los que la persona cuenta con medicamentos y no la cantidad de medicamentos en sí.

Se determina, por tanto, la proporción de días en los que el usuario cuenta con los medicamentos, fijado un período de tiempo (generalmente 90, 180 o 360 días). Es posible, por tanto, determinar la PDC continua (recalcularla cada mes) o en períodos determinados (cada 3 - 6 meses). Lo primero es recomendable para realizar seguimiento de casos complejos, mientras que lo segundo permite observar el impacto de intervenciones realizadas.

Su fórmula es:

$$\boldsymbol{PDC} = \frac{\textit{días cubiertos con tratamiento} - (\textit{días de adelanto})}{\textit{días totales} - (\textit{días de hospitalización}) - (\textit{días de suspensión del tratamiento})}$$

Una PDC de 0.8 o más (80%) se ha definido como umbral de adherencia adecuada en la mayoría de las condiciones crónicas, ya que es donde diversos estudios han observado efectos clínicos beneficiosos (y es prácticamente imposible tener 100% de adherencia al tratamiento)(40)adherence for each patient was estimated using prescription-based and interval-based measures of proportion of days covered (PDC Otras patologías como VIH, Hepatitis C, cáncer, entre otras, poseen un umbral de 0.9 (90%)(41).

Aspectos que PDC considera:

- Si el usuario viene a retirar antes de lo que le corresponde, se considera que posee medicamentos para cubrir días adicionales y estos se restan del numerador.
- Al considerar un año completo, si el usuario realiza su primer retiro anual el día 10 de enero, se restan 10 de los 365 considerados, tomando 355 como el denominador.

Aspectos que PDC no considera:

- Si un usuario es hospitalizado, se restan esos días del total.
- Si la prescripción se elimina temporalmente, se restan esos días del total.

**Ejemplo 1:**

La señora Rosa realiza su retiro de medicamentos todos los meses, aunque suele atrasarse uno o dos días cada vez. Los datos de retiro registrados son los siguientes:

| | MES 1 | MES 2 | MES 3 | MES 4 | MES 5 | MES 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Retiró en | 5/11/2019 | 2/12/2019 | 11/01/2020 | 12/02/2020 | 5/03/2020 | 9/04/2020 |
| Entregado para cuántos días | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Le correspondía en | 5/11/2019 | 5/12/2019 | 7/01/2020 | 6/02/2020 | 7/03/2020 | 8/04/2020 |
| Diferencia entre despachos | 0 | -3 | 4 | 6 | -2 | 1 |
| Días sin cobertura | 6 | | | | | |
| PDC | 0.97 | | | | | |

$$\boldsymbol{PDC} = \frac{180 - 5}{180} = 0.97$$

Según este cálculo, es poco probable que la señora Rosa no sea adherente a sus medicamentos, ya que el retiro que realiza es concordante con la cantidad despachada cada mes.

| | MES 1 | MES 2 | MES 3 | MES 4 | MES 5 | MES 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Retiró en | 5/11/2019 | 9/12/2019 | 16/01/2020 | 14/02/2020 | 17/03/2020 | 19/04/2020 |
| Entregado para cuántos días | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Le correspondía en | 5/11/2019 | 5/12/2019 | 4/01/2020 | 3/02/2020 | 4/03/2020 | 3/04/2020 |
| Diferencia entre despachos | 0 | 4 | 12 | 11 | 13 | 16 |

$$\boldsymbol{PDC} = \frac{124}{180} = 0.69$$

Según este cálculo, es muy probable a que Don Felipe no utilice adecuadamente sus medicamentos. Al consultarle, efectivamente comenta que todos los meses le van sobrando, por lo que prefiere ir cuando le quedan pocos.

| | RETIRO 1 | RETIRO 2 | RETIRO 3 | RETIRO 4 | RETIRO 5 | RETIRO 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Retiró en | 3/04/2020 | 20/05/2020 | 18/06/2020 | 16/07/2020 | 5/09/2020 | 1/10/2020 |
| Entregado para cuántos días | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Le correspondía en | 3/04/2020 | 2/05/2020 | 19/06/2020 | 17/07/2020 | 15/08/2020 | 4/10/2020 |
| Diferencia entre despachos | 0 | 18 | -1 | -1 | 21 | -3 |
| Días hospitalizado | 0 | 10 | 0 | 0 | 11 | 0 |
| Tratamiento suspendido | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| Días totales | 181 | | | | | |

$$\boldsymbol{PDC} = \frac{151 - (5)}{181 - (21) - (10)} = 0.97$$

A pesar de lo irregular de los retiros, es poco probable que Don Rodrigo no utilice sus medicamentos, sino que se trata de pausas por hospitalizaciones y suspensiones de tratamiento.

## Anexo 4. Experiencia de Atención en dupla de CESFAM Santiago de Nueva Extremadura, comuna de la Pintana

### Impresiones del equipo

Las atenciones en dupla, han sido beneficiosas tanto para las personas que viven con condiciones crónicas, como para el equipo de salud y para que la relación de los equipos con las personas se encauce en el contexto del MAIS. Siendo las atenciones integrales de crónicos parte del MAIS, las presentaremos en el marco de los principios irrenunciables del modelo.

**Integralidad:** Al tener atenciones en dupla, hemos podido realizar anamnesis integrales de mejor calidad, al tener a dos profesionales que se coordinan previamente para informarse de las condiciones crónicas u otros problemas de salud de la persona, donde probablemente las personas le conozcan de otras atenciones, hace que la entrevista sea más fluida y amena, mejorando sustancialmente la capacidad del equipo para obtener información no solo de las condiciones crónicas, sino también del ambiente familiar, social y laboral. Ello facilita además los registros ya que al haber dos personas se optimiza el llenado de formularios, en especial el plan de cuidados.

Para una comunicación fluida entre la persona y la dupla es necesario que el equipo se conozca y aconsejable que el control tenga una planificación previa que no requiere más de 10 minutos.

**Centrado en las personas:** El foco de las atenciones en dupla es atender las necesidades y expectativas de las personas, no es solo atender "la enfermedad", si no poder ofrecer una atención donde la dupla, previo conocimiento de las enfermedades, medicamentos, interconsultas, logra centrarse en las necesidades sentidas y dudas que pueda tener la persona desde ahí, se va construyendo el plan de cuidados con la persona.

**Continuidad en los cuidados:** Durante las atenciones en dupla, una vez construido el plan de cuidados, y conforme el nivel de riesgo de la persona, se podrá tener muchas posibilidades de atención y seguimiento dependiendo de las necesidades de la persona y familia (acordar el siguiente control de crónicos, seguimientos telefónicos de apoyo a la persona, seguimientos especiales de presión arterial y/o glicemia, visita integral a familia con persona con condición crónica descompensada, coordinación con profesional gestor/a, etc.)

El equipo de salud ha comprendido que la atención en dupla es una parte del proceso de cuidados, que nos ha sido útil para comprender desde donde viene la persona, las consecuencias de sus decisiones hasta el momento y visualizar hacia dónde quiere ir, es decir, de qué forma quiere orientar sus esfuerzos en relación al automanejo de las enfermedades crónicas con que vive. Es ideal que los controles presenciales de seguimiento de la persona sean realizados por el mismo equipo que hace el ingreso.

Aspectos profesionales que influyen en la atención en dupla: Capacidad de trabajo en equipo, la escucha activa, la capacidad de negociación entre otros

Aspectos personales de la dupla; Confianza uno en el otro, buena comunicación y expresión de ideas.

## Anexo 5. Planilla programación

| ACTIVIDADES | POBLACIÓN A ATENDER | N° POBLACION | % COBERTURA | CONCENTRACIÓN | TOTAL ACTIVIDADES | PROFESIONAL QUE OTORGA LA PRESTACIÓN | % A REALIZAR POR CADA PROFESIONAL | META POR PROFESIONAL | RENDIMIENTO PROFESIONAL (HR) | Horas Dia requeridas | Jornadas Directas Año expresadas en 44 horas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso integral médico (*) | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 100% | 1 | 5.250 | Médico | 100% | 5.250 | 1,00 | 23,86 | 2,96 |
| Ingreso integral profesional (*) | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 100% | 1 | 5.250 | Profesional | 100% | 5.250 | 1,00 | 23,86 | 2,96 |
| Control Integral médico | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 100% | 2 | 10.500 | Médico | 100% | 10.500 | 1,33 | 35,80 | 4,45 |
| Control Integral profesionales | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 100% | 1 | 5.250 | Profesional A | 50% | 2.625 | 1,33 | 8,95 | 1,11 |
| | | 5.250 | 100% | 1 | 5.250 | Profesional B | 50% | 2.625 | 1,33 | 8,95 | 1,11 |
| Gestión del cuidado (GC), seguimiento telefónico | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 45% | 6 | 14.175 | Profesional TENS | 100% | 14.175 | 3,00 | 21,48 | 2,67 |
| Visita Domiciliaria | Alto riesgo (G3) | 5.250 | 45% | 1 | 2.363 | Profesional | 100% | 2.363 | 1,00 | 10,74 | 1,33 |

(*) Atención simultanea de médico y profesional

| Prestación | 1 día (Horas dia requeridas) | 1 semana (Horas dia * 5 días) | Rendimiento Profesional (por hora) | Cupos (horas semanales * Rendimiento ) | Cupos semanales aprox al entero |
|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso integral médico (*) | 23,86 | 119,32 | 1,00 | 119,3 | 119 |
| Ingreso integral profesional (*) | 23,86 | 119,32 | 1,00 | 119,3 | 119 |
| Control Integral médico | 35,80 | 178,98 | 1,33 | 238,6 | 239 |
| Control Integral profesionales | 8,95 | 44,74 | 1,33 | 59,7 | 60 |
| | 8,95 | 44,74 | 1,33 | 59,7 | 60 |
| Gestión del cuidado (GC), seguimiento telefónico | 21,48 | 107,39 | 3,00 | 322,2 | 322 |
| Visita Domiciliaria | 10,74 | 53,69 | 1,00 | 53,7 | 54 |

(*) Atención simultanea de médico y profesional

Fuente: Adaptado de Servicio de Salud Metropolitano Norte, comuna de Recoleta.

## Anexo 6. Reporte de estratificación, nivel Servicios de Salud

| N° | CAMPO | DOMINIO | |
|---|---|---|---|
| 1 | Servicio de Salud | Identificación código DEIS | |
| 2 | Centro de Salud | Identificación código DEIS | |
| 3 | ID Paciente | Identificador único del paciente (RUT o ID) | |
| 4 | Edad | Edad al momento de la atención | |
| 5 | Fecha de nacimiento | Año - mes - día | |
| 6 | Sexo | Según decreto 643 | |
| 7 | Cantidad de condiciones crónicas | Número de condiciones crónicas del paciente totales hasta la fecha del reporte | |
| 8 | Estratificación de riesgo actual | G3 | Registro del nivel de riesgo más reciente del paciente |
| | | G2 | |
| | | G1 | |
| | | G0 | |
| 9 | Fecha estratificación de riesgo actual | Año - mes - día | |
| 10 | Estratificación de riesgo (primera) | G3 | Registro del primer nivel de riesgo del paciente |
| | | G2 | |
| | | G1 | |
| | | G0 | |
| 11 | Fecha estratificación de riesgo (primera) | Año - mes - día | |
| 12 | Detalle de las condiciones crónicas del paciente | Listado de nombres de las condiciones crónicas (diagnósticos) de la persona, utilizando separador "\|". Puede incluir CIE-10 | |
| 13 | HbA1C | Resultado % de último valor de HbA1c registrado. El separador deberá ser "," con un decimal | |
| 14 | Fecha última HbA1c | Año - mes - día última HbA1c | |
| 15 | Presión Arterial Sistólica (PAS) | Registro solo resultado de PAS | |
| 16 | Presión Arterial Diastólica (PAD) | Registro solo resultado de PAS | |
| 17 | Fecha última PAS - PAD | Año - mes - día último valor de PAS - PAD registrado | |
| 18 | Medicamentos prescritos | Número total de medicamentos de uso crónico prescritos | |
| 20 | Asistencia a urgencias por condiciones crónicas | Fecha y diagnóstico de condición crónica separados por "\|" en caso de tener más de una atención | |
| 21 | Hospitalización por condiciones crónicas | Fecha y diagnóstico de condición crónica separado por "\|", en el periodo de un año desde la generación del reporte | |
| 22 | Amputación por pie diabético | Fecha y amputación de extremidad por diabetes, si es más de una separar por "\|".<br>Ej.: 02/05/2019, pie izquierdo\| | |

| N° | CAMPO | DOMINIO | |
|---|---|---|---|
| 23 | Fragilidad | Sí | Evaluación efectuada por profesional |
| | | No | |
| 24 | Úlcera activa en extremidad inferior | Sí | Identificación úlcera venosa activa |
| | | No | |
| 25 | Ideación suicida | Sí, en los últimos 6 meses | Evaluación efectuada por profesional |
| | | Sí, hace más de los 6 últimos meses | |
| | | No | |
| 26 | Nivel educacional | Nivel de instrucción Conforme al Decreto 643 (u 820) | |
| 27 | Redes de apoyo activas | Sí | Evaluación efectuada por profesional |

## Anexo 7. Pautas de autoevaluación para la implementación y desarrollo de la Estrategia de cuidado integral centrada en las personas

Precisar las acciones a realizar en los distintos niveles de atención, distinguiendo las responsabilidades del Servicio de Salud, de atención primaria y establecimientos hospitalarios.

(1) En caso de no aplicar, se incorpora como comentario.

(2) Considerar % de participación que se evaluará como participación adecuada

### I. Equipo Servicio de Salud

| RED DE SALUD E INTERSECTORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Aspecto** | **Presente** | **Ausente** | **Comentarios** |
| Difusión de la ECICEP en la Red de Salud e Intersectorial. | | | |
| Disponibilidad y respuesta oportuna frente a requerimientos específicos de apoyo que surjan desde los equipos de salud. | | | (1) |
| Adecuación de la ECICEP en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria. | | | (1) |
| **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD** | | | |
| **Aspecto** | **Presente** | **Ausente** | **Comentarios** |
| Sensibilización y acuerdo con autoridades comunales (alcaldes, jefes de salud) para la implementar la ECICEP. | | | |
| Reuniones con referentes comunales (jefes de salud, coordinador local de la ECICEP, directores de centros de salud) para organizar implementación de la ECICEP. | | | |
| Gestión eficiente de Convenios MAIS, que favorezca el traspaso oportuno de recursos a las comunas. | | | |
| Coordinación de capacitaciones dirigidas a los equipos de salud. | | | |
| Calendarización y desarrollo de reuniones periódicas de acompañamiento a los equipos de salud de cada CESFAM que inicia la ECICEP. | | | |
| Orientación a referentes comunales y/o equipos de salud respecto del registro de atenciones en el REM. | | | |
| Orientación a referentes comunales y/o equipos de salud respecto del uso de la estratificación. | | | |

| NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO DE SALUD | | | |
|---|---|---|---|
| **Aspecto** | **Presente** | **Ausente** | **Comentarios** |
| Diseño de un plan de trabajo con el Nivel Secundario y Terciario. | | | |
| Sensibilización y acuerdo con directores de hospitales, jefes de áreas de atención ambulatoria y servicios de urgencia hospitalaria, para la implementación de la ECICEP. | | | |
| Calendarización y desarrollo de reuniones con referentes de establecimientos hospitalarios para organizar la implementación de la ECICEP. | | | |
| Orientación a referentes y/o PDE respecto del registro diario de gestión. | | | |

## II. Autoridades y Referentes Comunales

| Aspecto | Presente | Ausente | Comentarios |
|---|---|---|---|
| Participación de jefes de salud, coordinadores comunales y directores de centros de salud en reuniones de sensibilización para el desarrollo de la ECICEP. | | | |
| Gestión eficiente de Convenios MAIS (evitar demoras en revisión y firma del alcalde, pronto envío al Servicio de Salud). | | | |
| Se cuenta con coordinador/a comunal para la ECICEP. | | | |
| Se realiza contratación de equipos para incorporar en los Centros de Salud que implementarán la ECICEP, de acuerdo con lo estipulado en el Convenio MAIS. | | | (1) |
| Se facilita la salida de profesionales y técnicos a los procesos de capacitación calendarizados desde el SS. | | | |
| Se facilitan las condiciones necesarias para la gestión del cambio en las diferentes organizaciones de cada CESFAM. | | | |
| Participación del/a referente comunal para la ECICEP en las reuniones de acompañamiento sostenidas con los equipos de salud y las referentes del SS. | | | |
| Incorporación de las acciones de la ECICEP en la Programación de Salud comunal. | | | |
| Disponibilidad para sostener reuniones con las referentes del SS, para tratar temáticas específicas emergentes en la gestión del cambio. | | | (1) |
| Apoyo al desarrollo de nuevas acciones que adecúen la ECICEP en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria. | | | (1) |
| Asegurar el correcto y oportuno registro de los CESFAM de la comuna en el REM. | | | |

### III. Equipos de Salud Local

| FASE DE PRE-IMPLEMENTACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| **Aspecto** | **Presente** | **Ausente** | **Comentarios** |
| Conformación de equipo implementador, en el que participe director/a del Centro y jefes/as de sector, junto con profesionales y técnicos de distintas disciplinas. | | | |
| Definición de roles al interior del equipo, distinguiendo a líder con quien se establecerá el contacto con el SS. | | | |
| Construcción de un cronograma de reuniones, en las que participe el/a referente comunal para la ECICEP y el equipo del SS. | | | |
| Participación del/a director/a del Centro de salud en las reuniones de acompañamiento programadas. | | | (2) |
| Participación de todo el equipo implementador en las reuniones de acompañamiento programadas. | | | (2) |
| Asistencia del equipo a proceso de capacitación coordinado desde el SS. | | | |
| Organización de equipos en cada Sector para la implementación de la ECICEP (duplas y TENS). | | | |
| Se cuenta con uno/a o más gestores de caso en cada Sector, con delegación de funciones en dicha temática y agenda con tiempo dedicado para realizarla. | | | |
| Destinación de horas de QF para apoyo al equipo de la ECICEP. | | | |
| Actualización y conocimiento de los contactos de la red intersectorial (catastro y directorio). | | | |
| Construcción de Protocolo Estrategia. | | | |
| Reserva de horas administrativas para: | | | |
| Reuniones de coordinación. | | | |
| Revisión de fichas. | | | |
| Análisis de casos y procesos. | | | |
| Apoyo de QF | | | |
| Elaboración de herramientas locales para el desarrollo de la ECICEP (por ejemplo: tablas de orientación para la revisión de fichas, carné de salud, otros). | | | |
| Construcción y/o acuerdo en el formato para el registro clínico (mientras no se cuente con RUI). | | | |
| Elaboración de receta única para la entrega de fármacos para persona con condición crónica (si es que no se cuenta con ella). | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Rediseño de agendas que incorpore:<br>- Ingreso integral<br>- Control integral<br>- Seguimiento a distancia<br>- Gestión de casos<br>- Visita domiciliaria<br>- Orientación telefónica por llamada de las personas | | | |
| Fijación de las metas para ingreso de personas de alta complejidad, con las cuales se iniciará la ECICEP, en acuerdo con el SS. | | | |
| Fijación de las metas para ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en acuerdo con el SS. | | | |
| Fijación de plazos para el inicio de la atención a personas de moderada y baja complejidad, en acuerdo con el SS. | | | |
| Revisión y socialización del REM al equipo de salud. | | | |
| Construcción de un relato para dar a conocer e informar sobre la ECICEP, compartido por todo el equipo del CESFAM. | | | |
| Presentación y difusión de la ECICEP a todo el equipo del CESFAM. | | | |
| Presentación y difusión de la ECICEP a la comunidad. | | | |

| Fase de Implementación (*) | | | |
|---|---|---|---|
| **Aspecto** | **Presente** | **Ausente** | **Comentarios** |
| Selección de personas de alta complejidad para iniciar la ECICEP. | | | |
| Revisión de fichas clínicas de personas seleccionados, en duplas o equipo. | | | |
| Llamados telefónicos para invitar a participar en la ECICEP. | | | |
| Coordinación y toma de exámenes previos al ingreso, cuando sea requerido. | | | |
| Desarrollo de visita domiciliaria cuando sea requerida (fase inicial de revisión de fichas, proceso de intervención). | | | |
| Presentación del equipo de trabajo a la persona al ingreso (dupla y TENS). | | | |
| Construcción de un plan consensuado para cada persona ingresada. | | | |
| Desarrollo de gestión de casos para cada persona de alta complejidad. | | | |
| Articulación con otros profesionales del equipo cuando sea necesario. | | | |
| Coordinación con el intersector cuando sea necesario. | | | |
| Reevaluación y adecuación del plan consensuado cuando sea requerido (situaciones vitales, crisis, eventuales atenciones de urgencia u hospitalización). | | | |
| Registro en ficha de llamadas, correos electrónicos, mensajes u otros recibidos y orientación entregada a las personas. | | | |
| Inicio del ingreso de personas de moderada y baja complejidad a la ECICEP, en los plazos estipulados. | | | |
| Ingreso mensual de información de atención al REM, en base a las orientaciones recibidas. | | | |
| Desarrollo de nuevas acciones que adecúen el seguimiento y atención de las personas en la ECICEP, en respuesta a situaciones de contingencia social y emergencia sanitaria. | | | (1) |

(*) El inicio de la Fase de Implementación sólo se podrá llevar a cabo en la medida en que se hayan cumplido todos los aspectos estipulados para la Fase de Pre-Implementación.

## IV. Nivel Secundario y Terciario

| Aspecto | Presente | Ausente | Comentarios |
|---|---|---|---|
| Directores de establecimientos, áreas ambulatoria y servicios de urgencia participan en reuniones con equipo del SS. | | | |
| Se cuenta con referentes clínicos en cada establecimiento de Salud. | | | |
| Se cuenta con PDE para coordinación con todos los establecimientos de APS que desarrollan la ECICEP | | | |
| Referentes de establecimientos participan en reuniones de coordinación con equipo del SS. | | | |
| Referentes y PDE conocen el sistema de registro diario de gestión. | | | |
| PDE sostienen reuniones con equipos de APS, para favorecer las coordinaciones. | | | |
| Registro en ficha clínica de Nivel Secundario sobre todas las acciones realizadas para el abordaje de casos. | | | |
| PDE completan planilla de registro diario de gestión. | | | |

Fuente: Adaptada de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

## Anexo 8. Indicadores de la ECICEP

### 1. INPUT. CONDICIONES CLAVES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

| Objetivo | Indicador |
|---|---|
| Preparar e instruir a los equipos de APS en torno a las temáticas relacionadas con el cuidado integral de la cronicidad centrado en las personas. | Porcentaje de funcionarios[as] de Atención Primaria que han aprobado, al menos, un curso de formación en alguna de las áreas claves para la implementación de la Estrategia. |
| Agendar a las personas del establecimiento de atención primaria, según el nivel de estratificación de riesgo asignado (específicamente todos[as] aquellos[as] G2 y G3). | Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica en grupo G2 y G3 que reciben agendamiento correspondiente a las actividades de *"Ingreso Integral"* o *"Control Integral"* por establecimiento de APS. |
| Contar con procedimiento de trabajo con profesional de enlace entre el nivel primario y secundario para personas con condiciones crónicas G3. | Diseño y utilización de protocolo de trabajo de los establecimientos de atención primaria con profesional de enlace en el nivel secundario. |

### 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS (RESULTADOS INMEDIATOS)

| Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades | |
|---|---|
| **Objetivo** | **Indicador** |
| Aumentar la cobertura de la población de 15 años y más con multimorbilidad G2 y G3 que cuentan con **atención integral** (ingresos y controles) por parte del equipo de sector. | Cobertura de **atención integral** (ingresos y controles) a personas con multimorbilidad de parte del equipo de sector. |
| Generar y despachar **recetas farmacológicas unificadas** por todas las condiciones crónicas de multimorbilidad de la persona. | Cobertura de **recetas farmacológicas unificadas.** |
| Aumentar la cobertura de personas con condiciones crónicas G3 que han recibido cuidados por parte del **profesional de enlace en el nivel secundario.** | Cobertura de profesional de enlace en nivel secundario destinada a personas con condiciones crónicas G3. |
| **Continuidad del cuidado** | |
| Aumentar la cobertura de población de 15 y más años con multimorbilidad que cuentan con **plan de cuidado integral** (G2 y G3). | Cobertura de **plan de cuidados integrales** a personas con multimorbilidad (G2 y G3). |
| Aumentar la cobertura de **gestión de cuidados (G3).** | Cobertura de **gestión de cuidados** dirigida a personas con multimorbilidad crónica G3. |

| Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades | |
|---|---|
| **Objetivo** | **Indicador** |
| Aumentar la cobertura de la población de 15 años y más con multimorbilidad G2 y G3 que cuentan con **atención integral** (ingresos y controles) por parte del equipo de sector. | Cobertura de **atención integral** (ingresos y controles) a personas con multimorbilidad de parte del equipo de sector. |
| Aumentar la cobertura de personas con multimorbilidad G3 que cuentan con **monitoreo remoto** (control con equipamiento remoto y/o seguimiento telefónico). | Cobertura de monitoreo remoto para personas con multimorbilidad crónica G3. |

## 3. PRODUCTOS (RESULTADOS INTERMEDIOS)

| Promoción y prevención | |
|---|---|
| **Objetivo** | **Indicador** |
| Monitorear cambios en el comportamiento de **factores de riesgo y factores protectores** en la población inscrita y adscrita en atención primaria | Porcentaje de personas con **hábito tabáquico** (dependencia muy baja, dependencia baja, dependencia moderada, dependencia alta, dependencia muy alta) mediante el test de dependencia a la nicotina de Fagerström. |
| | Porcentaje de personas con **consumo de alcohol** de bajo riesgo, consumo de riesgo, posible consumo problema o dependencia mediante el instrumento AUDIT. |
| | Proporción de personas con multimorbilidad crónica que realizan **actividad física.** |
| **Responsabilidad y autonomía de las personas** | |
| **Aumentar la proporción de personas compensadas en sus condiciones** crónicas y de multimorbilidad antes y después de la implementación de la Estrategia en la población inscrita y adscrita en atención primaria | Porcentaje de personas con **condición crónica** compensada |
| | Porcentaje de personas con resultado "mejorado" y "no mejorado" de **EPOC y asma** medida a través del Cuestionario validado: CAT_EPOC- Asma adulto EQ5D |
| | Porcentaje de personas con sintomatología de salud mental alta, media, baja medida a través del test GHQ-12*<br>*Aborda 4 áreas de condiciones de salud mental como depresión, ansiedad, Trastorno por consumo de sustancias, otros. |
| | Porcentaje de personas que adhieren y no **adhieren al tratamiento farmacológico.** |
| | Porcentaje de personas en etapa 1, 2, 3ª, 3b, 4 y 5 de **enfermedad renal crónica (ERC).** |
| | Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que asisten y no asisten a sus controles **integrales** (estado de cita "atendido" y "no se presenta"). |
| | Cobertura de control de **pie diabético.** |
| **Evaluar el automanejo de condiciones crónicas** que tienen las personas con multimorbilidad pertenecientes a los establecimientos de atención primaria | Porcentaje de personas con multimorbilidad que han sido evaluadas en relación a su **automanejo.** |

## 4. RESULTADOS DE IMPACTO

| Responsabilidad y autonomía de las personas | |
|---|---|
| **Objetivo** | **Indicador** |
| Contribuir al mejor estado de salud de las personas mediante la disminución de **hospitalizaciones evitables** por descompensaciones clínicas en el contexto de las condiciones de multimorbilidad | **Hospitalizaciones evitables** por condiciones sensibles al cuidado de la atención primaria asociadas a la Estrategia (asma, EPOC, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, diabetes)* en población estratificada como G1, G2 y G3<br>*Estas patologías han sido definidas por DEIS y constituyen el reporte que se le entrega |
| Contribuir al mejor estado de salud de las personas evitando la **asistencia a urgencias hospitalarias** por descompensaciones clínicas en el contexto de sus condiciones de multimorbilidad | Porcentaje de personas con multimorbilidad que asisten a urgencias hospitalarias por alguna de las patologías de multimorbilidad |
| Contribuir a la mejora de la autopercepción de salud de las personas con multimorbilidad | Porcentaje de personas con evaluación de autopercepción de salud como excelente/buena y regular/mala mediante instrumento (en proceso de definición) |

# AUTORÍA

La elaboración del marco operativo de la ECICEP y edición estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial, que fue coordinada por Irma Vargas Palavicino y Ximena Barros Rubio, profesionales de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación, se mencionan responsables técnicos, integrantes de la comisión de trabajo y quienes revisaron y colaboraron en la versión final del mismo.

**Responsables técnicos**

| | |
|---|---|
| Adriana Tapia Cifuentes | Médico Cirujano. Diplomada en Administración de Salud Administración y Gestión de Empresas.<br>Jefa División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. |
| Sylvia Santander Rigollet | Médico Cirujano. Magíster en Psicología de la adolescencia. Doctora en Ciencias de la Educación. Diplomada en bioética.<br>Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |

**Comisión de trabajo**

| | |
|---|---|
| Irma Vargas Palavicino | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. |
| Ximena Barros Rubio | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. |
| Gisela Schaffer Leyton | Departamento de Gestión Operacional. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. |
| Mélanie Paccot Burnens | Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |
| Carolina Neira Ojeda | Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |
| Constanza Aguilera Arriagada | Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |
| Maria José Fernández Muñoz | Jefa de Unidad de Desarrollo y Gestión de Estrategias de Salud Centradas en las Personas. Subdirección de Gestión Asistencial. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. |
| Macarena Mayol Videla | Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Subdirección de Gestión Asistencial Unidad de Desarrollo y Gestión de Estrategias de Salud Centradas en las Personas. |
| Marco Barrientos Segura | Jefe Unidad Modelo de Atención. Subdepartamento de APS. Subdirección de gestión asistencial. Servicio de Salud Metropolitano Norte. |
| Gabriela Sánchez González | Servicio de Salud Metropolitano Norte. Subdepartamento de APS. Dirección de Atención Primaria. Unidad de Modelo. |

| | |
|---|---|
| Sibila Iñiguez Castillo | Directora de Salud Comuna Lo Barnechea. |
| María de los Ángeles Bravo | Corporación Municipal de La Florida. Área de Salud. Unidad Técnica. |
| Francisca Rosales Acuña | Directora de Salud Corporación Municipal de Educación y Salud San José de Maipo. |
| Fernando Lamoza Galleguillos | CESFAM Santiago de Nueva Extremadura. Comuna de La Pintana. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. |
| Ivonne Orellana Vergara | Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Subdirección Gestión Asistencial. Departamento de Atención Primaria de Salud y Ciclo Vital. |
| Carolina González Bruna | Servicio de Salud Aconcagua. Directora de Atención Primaria |
| Pamela Canabes Herrera | Servicio de Salud Aconcagua. Subdirección Gestión Asistencial. Departamento de Gestión de Atención Primaria de Salud. referente técnico MAIS. |
| Margarita Mora Fraile | Servicio de Salud Metropolitano Central. Subdirección de Atención Primaria. Referente Técnico MAIS. |
| Lisset Slaibe Carrasco | División de Gestión de la Red Asistencial. Departamento de Procesos y Gestión Hospitalaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. |
| Jose zamorano Muñoz | Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Subdirección de Atención Primaria. Departamento de Gestión Territorial y Modelo de Salud. |
| Francisco Martínez Mardones | División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y de Medicinas Complementarias. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |

**Revisaron y colaboraron a la versión final del documento (por orden alfabético)**

| | |
|---|---|
| Alejandra Canales Navarro | Servicio de Salud Coquimbo, referente técnico MAIS. |
| Alexis Ahumada Salinas | I.M. de Recoleta. Departamento de Salud. |
| Álvaro Téllez Téllez | Director Centro Innovación en Salud Áncora UC. |
| Anamari Avendaño Arechavala | División de Gestión de la Red Asistencial. Dpto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. |
| Carla Benavides Lourido | Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. |
| Carolina Rain Velásquez | Coordinadora de Gestión del cambio de proyectos UC. |
| Cecilia Rodríguez Ruiz | Directora Fundación Me Muevo. |
| César Morales Sepúlveda | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Referente técnico farmacia para APS. |
| Dayan Alarcón Sotomayor | Líder implementadora CESFAM Pudeto Bajo. Comuna de Ancud. |
| Edison Navarro Abarca | CESFAM Olivar, comuna de Olivar, Servicio de Salud L. B. O'Higgins. |

| | |
|---|---|
| Esteban Irazoqui Soto | Gerente Centro Innovación en Salud Ancora UC. |
| Gerarda Aldana Palma | Servicio de Salud Arauco, referente técnico MAIS. |
| Gishlaine Carnot Gacitúa | Servicio de Salud Metropolitano Norte. Sub departamento de Atención Primaria. Sub dirección de gestión asistencial. Jefa unidad de ciclo vital. |
| Gloria Rico Arenas | CESFAM Esmeralda, comuna de Colina, Servicio de Salud Metropolitano Norte. |
| Grace Ruz Araneda | CESFAM Requínoa, Servicio de Salud L. B. O'Higgins, encargada MAIS. |
| Ingrid Briones Luengo | Referente Salud cardiovascular, Servicio de Salud Talcahuano. |
| Jacqueline Sánchez Binder | Servicio de salud Chiloé. Coordinadora Red Asistencial Sub Dirección de Redes Asistenciales. |
| Javier Medel Torres | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Referente técnico farmacia para APS. |
| Juan Pablo Rubio Schweizer | Becado medicina familiar, Universidad de Chile. |
| Karina Castillo Arias | I.M. de San Joaquín, Dirección de Salud. |
| Leyla Valenzuela Ramirez | CESFAM Esmeralda comuna de Colina, Servicio de Salud Metropolitano Norte. |
| Luz Márquez Triviño | Líder implementadora CESFAM Dr. Rene Tapia Salgado, comuna de Castro. |
| Marcela Brito Báez | I. M. San Felipe. Directora de Salud Municipal. |
| Marcela Rivera Medina | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Referente técnico salud cardiovascular. Académico, Departamento de Medicina Familiar Universidad de Chile. |
| María Soto Pimentel | Académico, Departamento de Medicina Familiar UC. |
| Milena Pereira Romero | Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Referente técnico salud mental. |
| Miriam Mercado Soto | Servicio de Salud Arauco, unidad de salud nutricional. |
| Pamela Canabes Herrera | Servicio de Salud Aconcagua, MAIS. |
| Paola Vivallo Vivallo | Servicio de Salud Chiloé. Encargada de Salud Familiar Sub Depto. de APS |
| Paula Zamorano Pichard | Coordinadora de desarrollo y gestión de proyectos. Diseño, implementación y evaluación de Modelos de Atención en Salud en Pontificia Universidad Católica de Chile. |
| Priscilla Bulos Espinoza | I.M. de Recoleta. Departamento de Salud. |

| | |
|---|---|
| Romina Román Toledo | Becada medicina familiar, Universidad de Chile. |
| Romina Seguel Araus | Coordinadora de terreno, centros piloto Proyecto multimorbilidad MACEP UC. |
| Silvia Jaramillo Ramírez | Servicio de Salud Arauco, unidad de salud del adulto. |
| Sebastián Mancilla Naguil | Profesional Dupla Gestora CESFAM Pudeto bajo, comuna de Ancud. |
| Teresita Varela Yurasek | Referente técnico Proyecto multimorbilidad MACEP UC. |
| Valeria Ramos Fonseca | CESFAM Dr. Patricio Hevia, comuna de Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte. |
| Wálter Müller Muñoz | Servicio de Salud Arauco, asesor odontológico. |
| Yannara Maureira Bustos | Servicio de Salud Ñuble, Salud del adulto y de las personas mayores. |

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Available from: http://web.MINSALMINSAL.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e04001016501 28e9.pdf
2. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en contexto de Multimorbilidad. 1era edición. División de Atención Primaria, División de Prevención y Control de, editors. Santiago, Chile; 2020. 1-77 p.
3. Güell P, Frei R, Palestini S. El enfoque de las prácticas: un aporte a la teoría del desarrollo. P. 2009;8(23):63-94.
4. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. La manera de hacer las cosas [Internet]. Desarrollo Humano en Chile. 2009. 1-266 p. Available from: https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P
5. Fernández MJ, Mayol M. Estrategia de salud centrada en las personas. Orientaciones para su Implementación y desarrollo a partir de la Experiencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Versión 1. Santiago, Chile; 2020.
6. Kotter JP. Leading change: Why transformation efforts fail. Harv Bus Rev. 1995;73(2):59-67.
7. Lien ASY, Jiang Y Der. Integration of diffusion of innovation theory into diabetes care. J Diabetes Investig [Internet]. 2017;8(3):259-60. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdi.12568
8. Lateef F. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. J Emergencies, Trauma Shock. 2011;4(2):163-7.
9. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000 Oct;51(7):1087-110.
10. Morgan M. The Doctor-Patient Relatonship. In: Sociology as Applied to Medicine. 6th editio. Toronto; 2008. p. 348.
11. Ercan ZS, Türker RK. Histamine receptors in the vasculature of the rabbit ear. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. 1975;291(1):23-9.
12. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49(9):796-804.
13. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. Clin Interv Aging. 2013;8:1-10.
14. Cuba Fuentes MS, De Los Milagros Romero Albino ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la Atención Primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):780-4.
15. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Álvarez-Dardet C. 'A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. Health Promot Int [Internet]. 2020 Sep 24; Available from: https://doi.org/10.1093/heapro/daaa084

16. Belle Brown J, Weston W. Understanding The Whole Person, Section 1 - Individual and Family. In: Patient-Centered Medicine, Transforming the Clinical Method. Taylor & Francis Group; 2013. p. 63-77.

17. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Soc Determ Heal Discuss Pap 2 (Policy Pract [Internet]. 2010;79. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1

18. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007;Suppl 2:17-22.

19. Mcknight JL, Kretzmann JP. Mapping Community Capacity [Internet]. 1990. Available from: https://mn.gov/mnddc/parallels2/pdf/90s/90/90-MCC-McKnight_Kretzmann.pdf?TSPD_101_R0=50eedeb94f060eaacf712bd2265d096fpsn00000000000000008f5f0bbaffff0000000000000000000000000005fad924600f27d87a6

20. López MD, Parejo MT, Rodríguez MC. Mapa de activos en salud cardiovascular - [Internet]. Andalucía, España; 2016. Available from: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/sas/hantequera/promsalud

21. OMS, Organización Mundial de la Salud; OPS, Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas [Internet]. 2013. 105 p. Available from: http://www.who.int/foodsafety/areas_work/zoonose/avian/en/index1.html%5Cn?

22. Sugarman JR, Phillips KE, Wagner EH, Coleman K, Abrams MK. The safety net medical home initiative: Transforming care for vulnerable populations. Med Care. 2014;52(11):S1-10.

23. Centro de Investigación en Cronicidad. Estratificación del Riesgo. Una herramienta para responder mejor [Internet]. Departamento de Salud Gobierno Vasco. 2010. Available from: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf

24. Centro Innovación UC. Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP). 2018.

25. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario [Internet]. 1998. p. 36. Available from: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf

26. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors - An (updated) overview of systematic reviews. Syst Rev. 2019;8(1):1-17.

27. World Health Organization. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. Reg Off Eur Eur Obs Heal Syst Policies. 2020;

28. Ministerio de Salud. Automanejo De Enfermedades No Transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud [Internet]. 1era edición. Santiago, Chile; 2013. 1-48 p. Available from: http://www.bibliotecaMINSALMINSAL.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf

29. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. 1982;19(3):276-88.

30. Jáuregui J, Torre AD La, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002;40(4):307-18.

31. Miller W, Rollinick S. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. 2nd editio. New York, USA; 2002.

32. Quintana AA, Merino JM, Merino R P, Cea JC. Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. Rev Med Chil. 2008;136(8):1007-14.

33. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2. Ter Psicol. 2011;29(1):5-11.

34. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Manual REM - Serie A. Santiago, Chile; 2021.

35. Ministerio de Salud. Modelo de Atención para Personas con enfermedades crónicas. Directrices para la Implementación. Santiago, Chile; 2015.

36. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para el proceso de gestión de agenda en atenciones ambulatorias de especialidad. Santiago, Chile: División de Gestión de Redes Asistenciales; 2020.

37. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e información de Salud. Manual Series REM 2019-2020. Santiago, Chile; 2018.

38. World Health Organization (WHO). Data Quality Review (DQR) Toolkit [Internet]. 2019. Available from: who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/

39. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. Biomed Res Int. 2015;2015.

40. Choudhry NK, Shrank WH, Levin RL, Lee JL, Jan SA, Brookhart MA, et al. Measuring concurrent adherence to multiple related medications. Am J Manag Care. 2009;15(7):457-64.

41. Burnier M. Is there a threshold for medication adherence? Lessons learnt from electronic monitoring of drug adherence. Front Pharmacol. 2019;9(JAN):1-8.