

Un trabajo en conjunto entre la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, la Corporación de Salud de la Florida, Corporación Municipal de Puente Alto y el Departamento de Salud de La Pintana.



MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA CON MORBILIDAD CRÓNICA

MACEP

Redireccionando los servicios
de salud según complejidad

2019





2020

Centro de Innovación en Salud ANCORA UC

Autores

Dr. Álvaro Tellez | Sr. Esteban Irazoqui | Klg. Paula Zamorano | Dra. Teresita Varela | Dr. Jorge Barros
EU. Paulina Muñoz | Ps. Carolina Rain | Dr. Manuel Espinoza | Solange Campos

Colaboradores

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Escuela de Enfermería PUC y Escuela de Salud Pública PUC

*Especial agradecimiento a Sra. Ilta Lange por su colaboración en el desarrollo general del documento.

Diseño y diagramación

Camila Correa Harnecker

Derechos Reservados Pontificia Universidad Católica de Chile

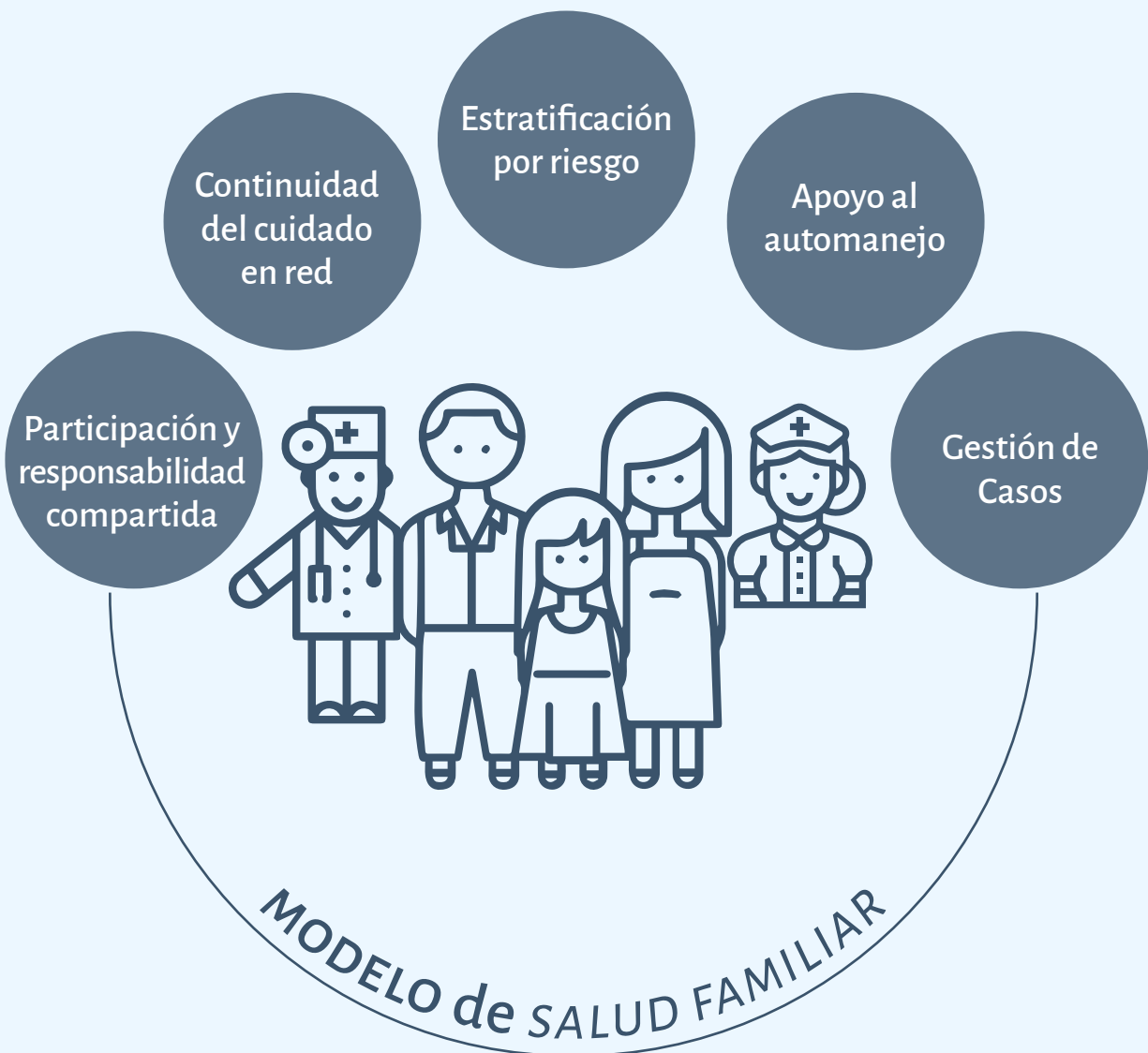
Inscripción N° 301.131



MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA CON MORBILIDAD CRÓNICA

— MACEP —

Re-direccionando los servicios de salud según complejidad



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I. Introducción | 7 |
| II. Marco Teórico | 10 |
| CAPITULO/ 01 • IMPLEMENTACIÓN EN USUARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD | 15 |
| OBJETIVOS DEL PROYECTO | 16 |
| Objetivo general | 16 |
| Objetivos específicos | 16 |
| POBLACIÓN INTERVENIDA | 17 |
| Criterios de elegibilidad | 17 |
| INTERVENCIÓN CLÍNICA | 17 |
| Roles de los principales involucrados | 17 |
| Seguimiento y actividades de apoyo para el automanejo y la gestión de casos | 18 |
| TRANSICIÓN DEL CUIDADO | 22 |
| RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN | 24 |
| CAPITULO/ 02 • IMPLEMENTACIÓN EN USUARIOS DE MODERADA Y BAJA COMPLEJIDAD | 25 |
| OBJETIVOS DEL PROYECTO | 26 |
| Objetivo General | 26 |
| Objetivos Específicos | 26 |
| POBLACIÓN A INTERVENIR | 27 |
| Criterios de elegibilidad | 27 |
| INTERVENCIÓN CLÍNICA | 27 |
| Roles de las principales personas involucradas | 27 |
| Identificación de la población | 28 |
| Atención integral y plan consensuado | 28 |
| Apoyo al automanejo del usuario | 29 |
| Seguimiento | 31 |
| Reevaluación | 31 |
| III. Aspectos Transversales en la implementación | 32 |
| Movilización de usuarios dentro de la pirámide | 33 |
| Recursos para la implementación | 34 |
| Sistemas de información clínica | 34 |
| Evaluación de implementación y de resultados esperados | 35 |
| Gestión del cambio | 36 |
| Formación continua y capacitación necesarias para el desarrollo del modelo | 37 |

RESUMEN EJECUTIVO

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de discapacidad y muerte en nuestro país¹, por lo que la prevención, detección precoz y el tratamiento oportuno son una prioridad². Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, en Chile viven 9.718.423 millones de adultos que requieren atención médica individual con 2 o más enfermedades crónicas, lo que se conoce como multimorbilidad (MM)³.

Actualmente, el sistema de salud chileno enfrenta la atención de personas con enfermedades crónicas entregando un servicio fragmentado, de poca continuidad y centrado en la enfermedad. Las intervenciones están agrupadas por programas de salud, los cuales no logran dimensionar y dar respuesta a la complejidad y sinergia de estas enfermedades en un mismo individuo y a sus requerimientos en el ámbito biopsicosocial.

La implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica, es una iniciativa del Centro de Innovación en Salud Ancora UC en colaboración con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) y tiene como objetivo prevenir y disminuir complicaciones en usuarios adultos con ECNT, así como su demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Esto, mediante una intervención basada en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, que considera los siguientes componentes: Apoyo al Automanejo, Gestión de Casos (GC), Continuidad en Red, Participación y Responsabilidad Compartida y Estratificación según Complejidad.

Esta iniciativa consta de una intervención en centros de salud de atención primaria seleccionados por conveniencia en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). La población objetivo son beneficiarios de FONASA de 15 o más años, que corresponden territorialmente a los centros de salud incorporados, con morbilidad crónica y categorizada según complejidad.

Las actividades están orientadas según la complejidad de las personas, con énfasis en apoyo al automanejo para todos los niveles. Considera un equipo clínico de cabecera para cada usuario que ejecuta y coordina un plan de intervención ajustado a las necesidades individuales, químico farmacéutico clínico para apoyo en el manejo de polifarmacia y, por último, el diseño de sistemas de información clínica que facilite el desarrollo de habilidades en automanejo y mejorar la eficiencia en la gestión.

Los resultados esperados son la disminución de consultas al servicio de urgencia por descompensación de patologías crónicas, las hospitalizaciones, días de estadía y el costo económico asociado. En las personas se espera mejorar la calidad de vida en salud y favorecer la autoeficacia en el automanejo de su multimorbilidad.

Finalmente, esta experiencia ha permitido sistematizar y documentar los procesos, barreras y facilitadores para la implementación de esta intervención y su posterior transferencia a otros servicios asistenciales de salud.





I.
INTRODUCCIÓN
—



Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas enfermedades de larga duración, lenta progresión y que no se resuelven espontáneamente. Se producen por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴. La transición epidemiológica y demográfica ha generado un incremento de las ECNT que explican más del 70% de las muertes, y se espera que la cifra siga ascendiendo. Los cuatro principales grupos de ECNT son las enfermedades cardiovasculares que conforman la primera causa de muerte por enfermedades crónicas, seguida del cáncer, las enfermedades pulmonares y la diabetes⁵. Este incremento es mayor en países en desarrollo generando gran impacto social y económico, específicamente reflejado en el deterioro del bienestar individual y familiar y el aumento de gastos en tratamiento, respectivamente^{5 6 7}.

La multimorbilidad generalmente se define como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona⁸. Sin embargo, la Red Europea de Investigación en Atención Primaria propone ampliar el constructo a “una combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo⁸ definición que permite abordar al usuario desde una mirada integral. Los problemas de salud mental se consideran dentro de este concepto. La multimorbilidad en las personas implica peor calidad de vida, mayor polifarmacia y con ello un incremento en las tasas de eventos adversos, alta carga de tratamiento, limitación funcional y discapacidad, más trastornos de salud mental, mayor uso de los servicios sanitarios y mayor mortalidad^{9 8}. Además existe mayor multimorbilidad y aparición precoz en las personas con menor nivel socioeconómico, evidenciando la inequidad que ésta conlleva¹⁰.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, en Chile viven alrededor de 11 millones de adultos con enfermedad crónica que requieren atención médica individual y 9.718.423 con multimorbilidad³. Por otra parte, el sistema de salud chileno es capaz de atender a un máximo aproximado de 4 millones de enfermos crónicos, generándose una gran brecha³, que difícilmente se va a resolver si sólo se coloca el esfuerzo en aumentar la oferta de camas y especialistas. Se requiere de estrategias de prevención y promoción en salud, además de mayor resolutivez en atención primaria, entregando servicios de salud según complejidad de la personas, antes de que se exprese como solicitud de atención por especialistas en niveles secundarios o terciarios. Existe evidencia consistente de que sistemas de salud basados en una atención primaria altamente resolutivez e integrada, logran mejores resultados en salud^{11 12}.

Frente a este escenario, surgen nuevos desafíos para los equipos de salud: comprender la interacción y sinergia de las diferentes patologías en una misma persona, el enfrentamiento de consultas más complejas y con mayor necesidad de coordinación entre profesionales y entre los niveles asistenciales.

Actualmente, el sistema de salud chileno reconoce el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria como eje orientador de la red asistencial, donde releva como principios irrenunciables la centralidad de la persona, la continuidad del cuidado y la integralidad de la atención¹³. Sin embargo, en la práctica los sistemas de salud abordan la atención de personas con multimorbilidad desde el foco tradicional, orientado hacia el diagnóstico o enfermedad, lo que conlleva a que estos pacientes reciban un cuidado fragmentado, que puede afectar la eficiencia y efectividad y en ocasiones generar efectos nocivos por la extensa y a veces incorrecta prescripción de medicamentos, entre otros¹⁴.

Por otra parte, existe falta de integración entre la atención primaria (AP) y los niveles secundarios y terciarios de atención, tanto en sistemas de registros como en la gestión de los servicios definidos para los usuarios, lo que aumenta la falta de coordinación y continuidad de la atención, profundizando la problemática descrita¹⁵.

El abordaje de personas con ECNT, requiere por lo tanto hacer efectivo un modelo de atención que se ajuste a sus necesidades y que permita poner en práctica los principios mencionados anteriormente. De esta manera, se lograría pasar a un modelo donde el usuario sea activo, informado e involucrado en su tratamiento, con un equipo de salud que tenga las competencias necesarias para diseñar intervenciones planificadas e individualizadas, y facilite de este modo el seguimiento, el involucramiento de las personas en el cuidado de su salud y, con ello, la adherencia al tratamiento⁵¹⁶, la estabilidad de sus patologías crónicas y la mantención de sus actividades cotidianas.

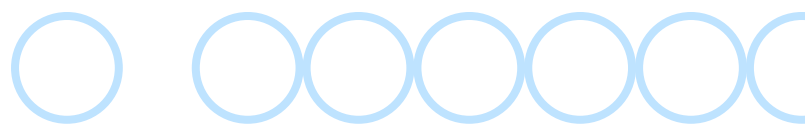
Ante este escenario, el Centro de Innovación en Salud Ancora UC se ha asociado con el SSMSO y la atención primaria municipal, con el fin de pilotear un cambio en el modelo de atención de personas con ECNT. El propósito es implementar el modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP), evaluarlo y documentar sus condiciones de transferencia al resto del sistema de atención.

Este modelo de atención (MACEP) tiene como objetivo principal, prevenir complicaciones en personas adultas con ECNT y de esta manera, disminuir la demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención y mejorar su calidad de vida en salud. Esto se realiza a través de la creación de un modelo de seguimiento y gestión clínica que optimiza la atención en los distintos puntos de la red asistencial que sean requeridos.

Esta iniciativa responde a una de las líneas estratégicas de acción para el control de las ECNT en las Américas 2013-2019 desarrollado por la OPS: generar respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo¹⁷ y adopta las prácticas prioritarias propuestas por la OMS para establecer servicios de salud centrados en la persona¹⁸.

En este documento se describe el Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica (MACEP), así como la sistematización de la experiencia acumulada en su implementación en siete Centros de Salud Familiar del SSMSO y sus redes de referencia. La AP debe ser el eje de la atención para la persona con enfermedades crónicas, siendo el nivel asistencial donde se pesquisa y realiza el seguimiento de los usuarios, tanto en servicios de promoción y prevención como en el marco de la cronicidad y, por consiguiente, el centro de salud familiar es el responsable de optimizar el cuidado de la persona y la coordinación de los recursos socio-sanitarios. Además, será el encargado de apoyar a los usuarios en esta nueva forma de atención y en el cambio organizacional que tendrá el centro respecto a la implementación del nuevo modelo. Para esto, debe desarrollar e implementar estrategias comunicacionales con los usuarios y sus familias a fin de que estén activados y comprometidos con el cambio.

Este pilotaje ha concentrado su esfuerzo en reorganizar y reestructurar los servicios de atención de salud en la AP, abordando a las poblaciones según complejidad y ajustando a las necesidades individuales, con el fin de mejorar la compensación de sus patologías crónicas, disminuir hospitalizaciones, consultas al Servicio de Urgencia y los gastos en salud. Finalmente, tener población activada e informada respecto al manejo de sus enfermedades crónicas, con equipos de cabecera coordinados que permiten la continuidad y navegación efectiva y eficiente del usuario en su centro correspondiente y a lo largo de la red asistencial.



II. MARCO teórico



ELEMENTOS CENTRALES DEL MODELO

El MACEP se compone de los siguientes elementos fundamentales que serán desarrollados a continuación:

- Estratificación según complejidad
- Gestión de casos y gestión de enfermedad
- Apoyo al automanejo
- Continuidad del cuidado en red
- Participación y responsabilidad compartida en salud

Todos estos componentes conversan estrechamente con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y comparte los principios básicos de éste.

Cómo ya se mencionó anteriormente, las enfermedades crónicas son sin lugar a dudas un problema de salud pública nacional y la multimorbilidad se convierte en un “nuevo” constructo que implica repensar la forma en la cual los servicios de salud son diseñados y entregados de manera de dar respuesta a las múltiples y complejas necesidades que tienen estas personas^{19 20}. Además, la prevalencia de la MM es ascendente, afecta a personas en edad laboral y aumenta con la edad, teniendo personas en edad productiva con esta condición con la que tendrán que lidiar por muchos años, teniendo población adulto mayor que acumula patologías crónicas y las implicancias que esto conlleva. Hasta la fecha se han publicado múltiples “modelos” a nivel internacional para abordar la multimorbilidad, con gran heterogeneidad entre ellos y con diferentes “definiciones” de este concepto^{19 21 22}.

El conocido Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) propone una intervención compleja de abordaje de la cronicidad, no necesariamente de la multimorbilidad. A partir de este modelo, cuya propuesta original fue elaborada por Wagner, se han desarrollado y evaluado diversas variantes, que comparten sus componentes centrales e incorporan otros²¹. Este modelo incluye diferentes ámbitos, uno de ellos es el sistema de atención, en

donde se pone en el centro a la persona y su familia. Esto implica un cambio profundo para las organizaciones involucradas y especialmente en los profesionales que prestan los servicios²³. Este modelo es consistente con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario presente en la AP de nuestro país, cuyos principios dan cabida a la implementación de este nuevo modelo en personas con ECNT.

El siguiente esquema resume sus principales componentes, de acuerdo al modelo original propuesto por Wagner²⁴:



Figura 1. Modelo de Cuidados Crónicos.

Múltiples estudios y revisiones sistemáticas han mostrado que cuando se han implementado a lo menos cuatro de los componentes del MCC, se ha logrado impactos positivos en la salud de los usuarios.

Estos resultados son mejores a los que se obtienen cuando el modelo ha sido implementado en forma parcial^{17 25}.

Estratificación según complejidad

Kaiser Permanente es una de las organizaciones que ha implementado una versión enriquecida del MCC, que ha merecido un amplio reconocimiento por los resultados que ha logrado²⁶. A los elementos centrales del MCC, Kaiser agrega la segmentación de la población a través de modelos de ajuste de riesgo. De esta manera, segmenta a la población de personas con enfermedades crónicas en tres niveles (Pirámide de Kaiser, Ver figura 2), y ofrece a cada nivel un conjunto de intervenciones específicas. En el vértice de la pirámide se encuentran los usuarios más severos que serán nombrados como el “grupo de alto riesgo/complejidad”, que requieren de una gestión personalizada, denominada gestión de casos y son lo que consumen mayor nivel de recursos del sistema. Luego viene el “grupo de moderado riesgo/complejidad”, que requiere de una gestión del problema de salud específico, y que es menos intensivo en la intervención, y finalmente el “grupo de bajo riesgo/complejidad”, quienes tienen condiciones crónicas pero que, en la práctica, se encuentran con un buen nivel de control y que requieren de mayor apoyo al automanejo²⁷.



Figura 2. Pirámide de Kaiser.

El objetivo que se persigue con la estratificación es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, que las personas enfermas se mantengan controladas y no desarrollen complicaciones, incentivando su involucramiento, autonomía y el apoyo desde los equipos de salud. Por último, que los usuarios con multimorbilidad de mayor complejidad sean atendidos de la manera más

adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento²⁸.

Gestión de casos y gestión de enfermedad

Si bien no existe una definición única para la Gestión de Casos (GC), en este modelo se entiende por GC aquel proceso de evaluación, planificación, facilitación, coordinación del cuidado y abogacía para la obtención de los servicios con el fin de comprender las necesidades en salud tanto individuales como familiares, a través de comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados costo-efectivos y de calidad. El diseño de un programa de GC puede focalizarse en una condición específica o en grupo de ellas, teniendo la mayoría de las veces un enfoque genérico dirigido a un individuo con necesidades complejas y proporcionadas por un tiempo limitado²⁹.

La gestión de enfermedad o “disease management” y el automanejo son medidas que se consideran efectivas en el manejo de usuarios categorizados como de moderada complejidad³⁰. Ésta, puede definirse como un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor costo posible³¹. Consiste en el manejo proactivo del cuidado a través de distintas estrategias, incluyendo guías de práctica clínica, registro clínico electrónico, apoyo a la toma de decisiones tanto para el personal clínico como para los usuarios y el feedback de información clínica relevante de las personas a cada tratante³². Se ha observado que programas basados en gestión de enfermedad han demostrado mejor adherencia del personal clínico a las guías clínicas, mayor satisfacción usuaria, mejoras en el control de la enfermedad, menor morbilidad y menor mortalidad³³.

Si bien para el abordaje de un paciente con una o dos patologías crónicas el equipo de salud puede apoyarse en guías de práctica clínica por cada patología, a medida que aumenta la complejidad, la severidad y se agregan más condiciones en una persona, la complejidad del cuidado hace necesario un abordaje diferente basado en la multimorbilidad³⁴. En el último tiempo se han

desarrollado guías de práctica clínica para su abordaje, en que se enfatiza en la necesidad de asegurar la coordinación del cuidado de los pacientes en el proceso de su salud, fomentar la toma de decisiones compartidas consensuando un plan de cuidado personalizado y hacen recomendaciones para mejorar automanejo de los pacientes y sus familias³⁵.

Apoyo al Automanejo

Se entiende por automanejo, a la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios de estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de ECNT³⁶. El apoyo al automanejo, es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de ayuda por parte del equipo de salud para aumentar las habilidades y la autoconfianza que la persona requiere para manejar su condición de salud crónica y prevenir complicaciones⁵³⁶ (Figura 3).

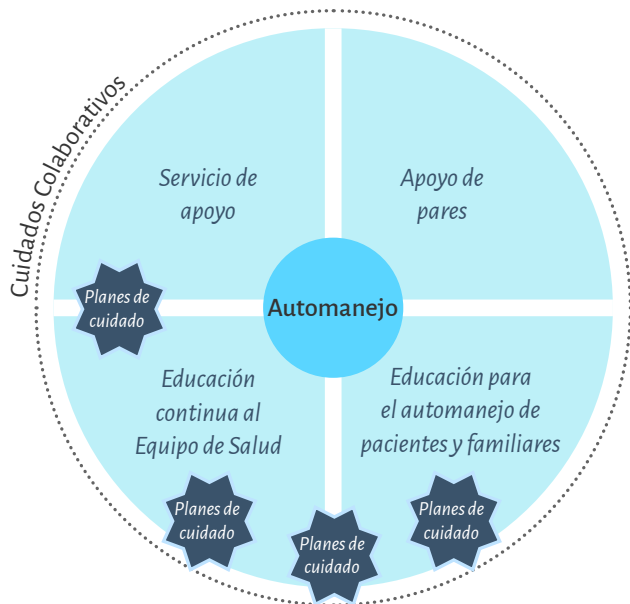


Figura 3. Estrategias para el automanejo. Adaptado de figura utilizada en documento sobre Automanejo MINSAL³⁶.

La evidencia muestra que intervenciones basadas en automanejo tienen mejoría en resultados clínicos (presión arterial, valores de hemoglobina glicosilada y exacerbaciones asmáticas)³⁰, conductas de riesgo, satisfacción y conocimiento respecto de las patologías por parte de los usuarios³⁷, además de mejoras en la calidad de vida, la autoeficacia, el control sobre la enfermedad, la autopercepción de salud y el aumento de la actividad física y social. También se han

observado mejoras en la relación del usuario con los profesionales sanitarios²³. A nivel individual, existe evidencia creciente de que estos programas, especialmente al realizar educación en grupos pequeños, mejoran conductas, resultados en salud, comunicación con proveedores y reduce la utilización de los servicios³⁸.

Estudios realizados en mujeres mayores con patología cardíaca en EEUU, muestran una reducción de un 46% en los días de hospitalización y en un 49% los costos por usuario. Los ahorros en costos por hospitalización superan 5 veces los costos de educar en automanejo³⁹. Además, existe evidencia con impacto positivo en outcomes que se relacionan al uso de recursos en salud, con menos visitas al servicio de urgencia y menos hospitalizaciones en los grupos de personas en los que se educó en automanejo³⁶, aunque los plazos en que estos se pesquisan difieren unos con otros.

En relación con las intervenciones destaca como elementos con un impacto positivo con mayor nivel de evidencia el seguimiento telefónico por enfermería, las visitas domiciliarias proactivas, y el soporte para el autocuidado^{28 40}.

Continuidad del cuidado en red

La continuidad del cuidado es uno de los tres principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este constructo dice relación con la continuidad clínica, funcional y profesional. Desde lo clínico, se refiere a la coordinación del cuidado de los usuarios a través de la toma de decisión de los equipos de salud, respecto a las distintas actividades que se ajustan a su condición. Incluye la integración horizontal y vertical de la red de atención. Respecto a esta última, la cooperación entre los profesionales de Atención Hospitalaria y Primaria en la planificación del alta, facilita la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento de las personas. La planificación del alta hospitalaria podría reducir en un 18% los reingresos hospitalarios según una revisión Cochrane⁴¹ y aumentar el tiempo hasta el reingreso según datos de un trabajo realizado en la Comunidad de Madrid²⁸. La continuidad funcional, es el grado de coordinación a través de todo el sistema de las funciones de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad. Y por último, la continuidad profesional se refiere a la disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidado de los usuarios¹³.

Participación y responsabilidad compartida en salud

El intercambio de información que requiere el proceso, debe contemplar la utilización de un lenguaje que sea comprensible para la persona, y que le permita acceder a información que pueda aplicar a su propia realidad, de manera que vaya paulatinamente mejorando su literacidad en salud. Este último concepto alude a la capacidad de las personas de acceder a información para su salud, comprenderla y luego aplicarla a sus experiencias personales⁴².

Las decisiones compartidas van enfocadas a generar un plan consensuado, que permita a la persona incorporar sus propios valores y rutina diaria en la ejecución de las indicaciones médicas y cambios de estilos de vida que la evidencia muestra ser beneficiosos para su salud. El proceso requiere que el profesional facilite, a través de estrategias motivacionales basadas en el estilo de la Entrevista Motivacional, que la persona identifique sus propias motivaciones para realizar los cambios requeridos para adoptar conductas saludables. De la misma manera, el profesional debe ayudar a que la persona identifique su nivel de autoeficacia y a que logre aumentarla, de manera que tenga mayor posibilidad de ser exitosa en la implementación de las actividades de automanejo⁴³.

IMPLICANCIAS DEL MODELO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

Existen múltiples fundamentos y razones ya discutidas por las que es necesario implementar este nuevo modelo de atención de personas con multimorbilidad. Además, las personas con multimorbilidad utilizan parte importante del presupuesto de salud, haciendo necesario instalar un enfoque que coordine e integre los servicios en torno a las necesidades de los usuarios y sus familias de una forma eficiente. Esto se hace tangible en la implementación de una AP organizada en torno a la complejidad de las personas²⁹ y la integración de los diferentes niveles asistenciales.

El nuevo modelo de atención se centra en la persona con ECNT y su familia, basado en una estratificación según complejidad de la población. Considera un equipo clínico de cabecera enfocado en la integralidad y resolutivez de la atención, que ejecuta y coordina un plan de intervención ajustado a las necesidades de la persona, familia, perfil de morbilidad o multimorbilidad y a su contexto. Además, pretende enfatizar el automanejo y el apoyo de TICs para educación continua, activar a los usuarios y la gestión de información para brindar atenciones coordinadas y atingentes.

Este modelo persigue un cambio fundamental en la organización y entrega de prestaciones de salud, el cual coincide plenamente con la aplicación del modelo de salud familiar en las personas con multimorbilidad.

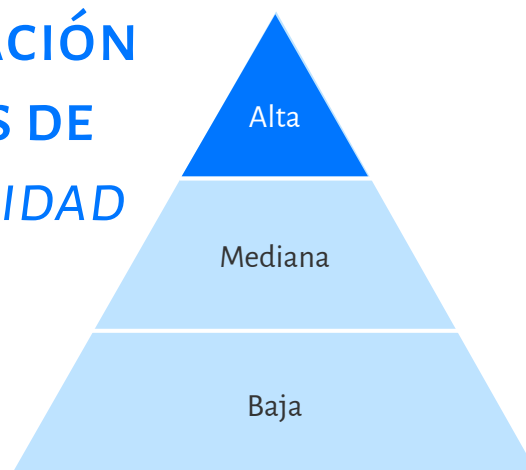
En resumen los principales cambios en los diferentes ámbitos son los siguientes:

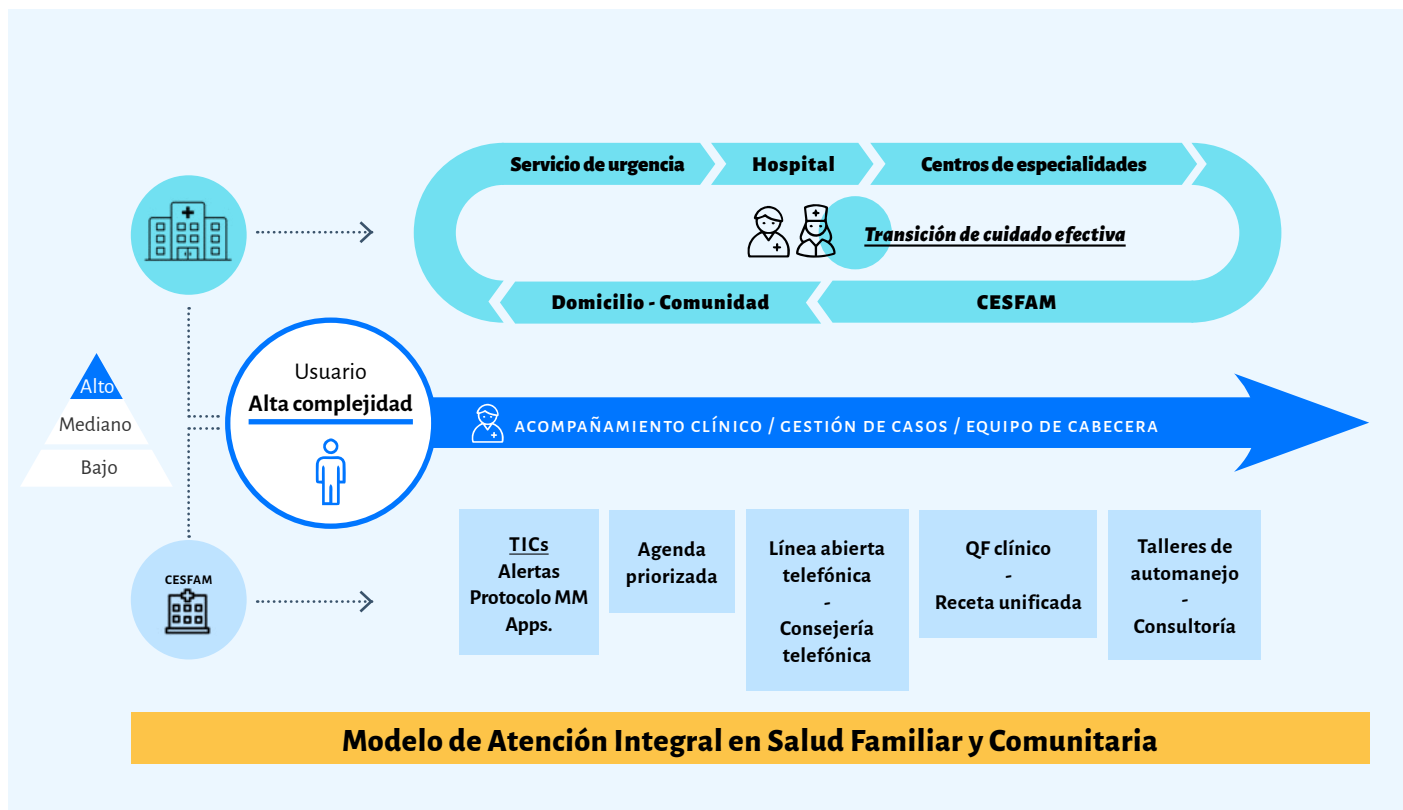
| Impacto | Modelo Actual | Modelo Nuevo |
|---------------------------------------|--|---|
| Foco de atención | Centrado Enfermedad | Centrado en la persona |
| Proceso | Organizado en torno a diagnósticos | Centrado en las necesidades de las personas y su familia a lo largo del ciclo vital |
| Estructura | Programas de atención según diagnóstico | Complejidad de las personas en su integralidad |
| Personas | Pasivos | Activos en el cuidado de su salud |
| Relación profesional de salud–usuario | Vertical y directiva | Horizontal y participativa |
| Registro clínico | Formularios de registro según patologías | Formulario integrado de usuario crónico/multimorbilidad |
| Protocolos y Guías clínicas | Utilizados para cada patología | Utilizados de acuerdo a su perfil de morbilidad/guía clínicas de multimorbilidad. |

CAPÍTULO

01

IMPLEMENTACIÓN EN PERSONAS DE *ALTA COMPLEJIDAD*





OBJETIVOS

Objetivo General

Prevenir nuevas complicaciones en personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de alta complejidad, fortaleciendo su cuidado desde la Atención Primaria (AP), y de esta manera, disminuir demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención.

Objetivos Específicos

- **Objetivo 1:** Rediseñar e implementar una atención de morbilidad crónica centrado en la persona y su familia, basado en la multimorbilidad, con énfasis en gestión de casos y apoyo de automanejo.
- **Objetivo 2:** Disminuir las consultas de urgencia por descompensación de patología/s crónicas no transmisibles en la población intervenida.
- **Objetivo 3:** Disminuir las hospitalizaciones y promedio días de estadía, por descompensación de patología/s crónicas no transmisibles en la población intervenida.
- **Objetivo 4:** Evaluar el gasto económico por usuario del sistema de atención.
- **Objetivo 5:** Implementar un modelo de Gestión de información que permita el seguimiento clínico y la coordinación de la Red.
- **Objetivo 6:** Identificar las condiciones necesarias para la transferencia de las innovaciones asistenciales implementadas.

POBLACIÓN INTERVENIDA

La intervención se lleva a cabo en población adulta de 15 o más años, beneficiaria del sistema público de salud, perteneciente al SSMSO. Las personas deben estar inscritas en sus centros de salud.

Criterios de elegibilidad

Los criterios son definidos por un grupo clínico y técnico, identificando de este modo una población de alta complejidad para cada centro.

Metodología de estratificación: ACG (*Adjusted clinical groups*).

Criterios de Inclusión

- Mayor o igual a 15 años
- Banda de consumo de recursos según ACG (RUB) 4-5
- Portador de 2 o más ECNT
- 3 o más fármacos

Criterios de Exclusión

- Cuidados paliativos
- Embarazo
- Cáncer activo confirmado
- ERC etapa 5
- Dependencia física severa
- Adicción al Alcohol y Drogas
- Inmunosupresión por Transplante

INTERVENCIÓN CLÍNICA

La intervención consiste en la implementación de un plan de acompañamiento clínico para la persona y su familia, que se enmarca en el Modelo de Atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP), entre las cuales destaca la Gestión de Casos (GC) y el apoyo al automanejo.

A continuación, se explica de forma general los roles de cada integrante del equipo de salud.

Roles de los principales involucrados

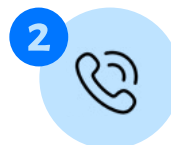
- **Usuario activado:** persona que posee motivación habilidades para tomar decisiones en el cuidado de su salud, ya sea porque reconoce sus condiciones de salud y la complejidad que éstas le imponen, siente confianza para manejar sus síntomas y logra ejecutar al plan de cuidado que consensuó junto a su equipo de cabecera.
- **Enfermera Gestora de Casos APS (EGC):** profesional que realiza atención, seguimiento y asegura la provisión de los cuidados al usuario 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.
- **Profesional de enlace (PDE):** profesional a cargo de realizar un seguimiento a la persona y su familia durante el período de hospitalización y un acompañamiento en el periodo de transición del cuidado. Establece interlocución entre el nivel primario, secundario y terciario de atención; proporcionando información respecto al historial clínico de APS al equipo tratante hospitalario y retroalimentando al equipo de APS del estado del usuario. De este modo, proporcionará continuidad del cuidado de las personas de alta complejidad hospitalizadas.

- **Médico familiar (MF):** su rol es ser el principal interlocutor en el nivel secundario/terciario (CRS/CDT) con los médicos de las diferentes especialidades y generar la interlocución entre el nivel hospitalario y la atención primaria, adaptando y optimizando las prestaciones médicas, terapias farmacológicas. Esto, a través de ejecución de interconsultas pertinentes, desprescripción de medicamentos, estrategias de comunicación efectiva para mejoría de adherencia a medicamentos, activación de red de apoyo e incorporación de personas post alta a su CESFAM de manera efectiva, entre otros. Además, abrirá canales de comunicación con el equipo de salud de atención primaria para apoyar a través de consultorías (presenciales o telemedicina) de estos casos.
- **Médico general (MG):** es el médico de cabecera a cargo de la atención clínica del usuario según el plan de intervención/cuidado diseñado en conjunto con el equipo de cabecera y el usuario. Su participación será activa en todo el proceso de intervención incorporando en su atención estrategias de comunicación efectiva (diálogo motivacional), apoyo al automanejo, participación en consultorías, entre otras.
- **TENS:** es miembro activo del equipo clínico y tendrá un rol clave en desarrollar vínculo con el usuario y su comunidad. Además, realizará actividades de: consejerías telefónicas de apoyo al automanejo, rescates domiciliarios, información y confirmación de horas médicas, recepción del usuario en las diferentes atenciones, la ejecución y registro de signos vitales y antropometría, trabajo administrativo y apoyo al automanejo.
- **Otros profesionales de la salud:** son agentes claves en la educación y apoyo al automanejo de las personas con multimorbilidad. Desde la mirada multidisciplinaria tendrán el rol de activar y favorecer el empoderamiento del usuario y su familia en el manejo de la enfermedad en cada control, así como mantener una comunicación fluida con el equipo de cabecera de cada persona con el fin de apoyar el cumplimiento del plan consensuado.

La intervención clínica contempla las siguientes actividades:



Definición de la población diana, evaluación de antecedentes clínicos y criterios de elegibilidad



Reclutamiento



Evaluación inicial



Seguimiento y actividades de apoyo para el automanejo y gestión de casos



Reevaluación

Estas actividades, son la base de la intervención, las cuáles han sido adaptadas en los diferentes centros según su realidad local. Posteriormente se describen los roles involucrados en la intervención y se detalla cada una de ellas.

1 | Definición de la población diana, evaluación de antecedentes clínicos y criterios de elegibilidad

Para definir la población objetivo se utilizarán la base de datos estratificada y los criterios clínicos explicitados anteriormente.

2 | Reclutamiento

Se realiza contacto de usuarios que cumpla con criterios. En el caso que la persona en la toma de contacto se encuentre hospitalizada, se gestionará la hora para ingreso previo al alta a través de la PDE del nivel secundario.

3 | Evaluación inicial

Tiene como objetivo identificar las necesidades individuales psicosociales y biomédicas, así como el contexto familiar en el que el usuario se encuentra inserto.

A continuación, se detallarán los diferentes componentes de la evaluación inicial:

- **Pre-evaluación inicial del usuario:** actividad a cargo del TENS con el objetivo de recepcionar y hacer una valoración inicial de cada caso, esta puede realizarse en domicilio.
- **Ingreso:** realizado por MG y EGC, en dupla. En esta instancia, se explica la intervención y beneficios al usuario. A continuación, se identificará la agenda de la persona y sus motivaciones frente a este nuevo Modelo de Atención, datos sociodemográficos, anamnesis y se realiza examen físico. En esta etapa se aborda la valoración de 5 esferas del usuario: clínica, funcional, mental, afectiva y social, considerando al grupo familiar como una unidad de abordaje terapéutico. De esta manera se obtiene una visión global, que permitirá diseñar un plan de tratamiento individualizado consensuado según necesidades. El ingreso debería contemplar los siguientes hitos, varios de los cuales ya estarían incluidos en las atenciones de usuarios crónicos habituales:
 - » Adherencia a Fármacos
 - » Motivación al cambio de conducta
 - » Síntomas transversales de Multimorbilidad
 - » Hospitalizaciones y consultas al SU durante último tiempo
 - » Compensación de ECNTs
 - » Definir estrategias de automanejo

- **Plan de cuidado:** el objetivo del plan de cuidado es lograr que se planteen acuerdos consensuados entre la persona y el equipo de cabecera en cuanto a asistencia a controles, actividades educativas, tratamiento farmacológico y no farmacológico y cambios en el estilo de vida. Será la EGC quien considerando el plan de intervención consensuado, realice seguimiento y gestione los servicios acordados con el usuario.

4 | Seguimiento y actividades de apoyo para el automanejo y la gestión de casos

Se realizará seguimiento de los usuarios para identificar y adecuar la intervención y su periodicidad de acuerdo a la variación de requerimientos individuales. Las actividades de controles clínicos y apoyo al automanejo son las siguientes:

- **Control presencial con EGC:** atención que variará según necesidades individuales y el plan consensuado diseñado para cada persona considerando los siguientes aspectos, varios de las cuales ya estarían incluidos en los controles crónicos habituales:
 - » Evaluación de compensación de ECNTs
 - » Aplicación de instrumentos según necesidad
 - » Motivación al cambio de conducta
 - » Revisión de exámenes y vigencia de controles al día
 - » Evaluación de Adherencia a Fármacos
 - » Evaluación de Red de apoyo para el automanejo
 - » Ofrecer al usuario servicios de apoyo al automanejo
 - » Actualización del plan consensuado

El seguimiento y la gestión de casos estarán a cargo de la EGC, quien seguirá de manera estricta la navegación del usuario por los distintos puntos de la red asistencial interactuando de forma directa y fluida con la PDE. El seguimiento se basa en lo siguiente:

- » Verificación de asistencia a controles con el equipo de cabecera en los distintos puntos de la red
- » Consejerías telefónicas
- » Evaluación de compensación de ECNT
- » Tecnologías de información y comunicación (TICs):
 - Alertas de usuarios que acuden al servicio de urgencia hospitalario y/o se hospitalizan.

- Telemonitoreo.
- Línea telefónica abierta.
- **Controles con MG:** en estos controles se deben incluir los siguientes hitos, varios de los cuales ya estarían incluidos en los controles crónicos habituales:
 - » Compensación de ECNTs
 - » Síntomas transversales de Multimorbilidad
 - » Hospitalizaciones y consultas al SU durante último tiempo
 - » Motivación al cambio de conducta
 - » Ajuste de tratamiento farmacológico (polifarmacia/desprescripción). Ejecución de receta unificada
 - » Actualización del plan consensuado
- **Utilización de resultados de test de evaluación:** respecto a la aplicación de test de evaluación se sugiere lo siguiente:

| Test | Carácter | Frecuencia de aplicación | Resultado | Acciones |
|-----------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| SALUFAM | Obligatorio | Cada 6 meses | ≤ 3.7 | Consejería familiar por profesionales de salud |
| | | 1 vez al año | 3.8 | |
| Autoeficacia | Obligatorio | Cada 6 meses | Comparado con medición basal | Reforzar entrega de estrategias de apoyo al automanejo |
| Morinsky-Green abreviado | Opcional | 1 = cada 6 meses 0 = anual | 1 = adherente 0 = no adherente | Realizar consejería para mejorar adherencia a fármacos |
| Calidad de Vida en Salud (EQ5D3L) | Opcional | Cada 3 meses | Perfiles de calidad de vida | No aplica. Utilidad estadística |
| AUDIT | Opcional | Anual | Puntaje 8 o más es de riesgo | A definir según flujos internos de cada centro |

- **Contacto telefónico:** contacto realizado por el equipo de salud (EGC/TENS) con diferentes tiempos y objetivos⁴⁴.
 - » **Pre-consultas:** tiene como objetivo la preparación de las consultas con diferentes profesionales de la salud y en los diferentes niveles asistenciales.
 - » **Post-consultas:** tiene el objetivo de corroborar comprensión y acuerdos alcanzados durante la atención.
 - » **Consejerías telefónicas de refuerzo activo:** tiene como objetivo evaluar el cumplimiento del plan consensuado, realizar refuerzo positivo y otorgar contención si lo requiere.
- **Visitas domiciliarias integrales:** abordar a la persona y su familia en su contexto y entorno para poder capturar la complejidad de sus necesidades dada su situación de multimorbilidad. Su ejecución depende de la necesidad de la familia según evaluación del equipo de cabecera.
- **Talleres de apoyo al automanejo:** se diseñan talleres de automanejo que abordan la persona, su familia y la multimorbilidad que son realizados por los profesionales de salud y TENS de cada centro de salud. Los talleres abordan las 3 dimensiones del automanejo (social, físico y emocional), el conocimiento y manejo de ECNT, como el uso de fármacos y cambios de hábitos de vida atinentes.
- **Evaluación Químico Farmacéutico (QF):** dentro de las personas de alta complejidad se priorizan las personas con terapia farmacológica que han sido derivadas por el equipo de salud para una optimización del tratamiento y posible desprescripción. Esto puede realizarse a través de la revisión del registro clínico en caso necesario mediante el modelo *Medication Review*, basado en una única entrevista breve. Posteriormente, se entregan sugerencias directas al médico de cabecera, con el fin de otorgarle al usuario un tratamiento farmacológico óptimo, seguro y efectivo.
- **Consejerías Familiares:** se plantea realizar consejería familiar a aquellas personas con puntaje menor o igual a 3.7 en el SALUFAM con el propósito de abordar las problemáticas familiares que pudiesen impactar en el manejo de su condición crónica. Estas consejerías pueden realizarlas todo profesional del equipo capacitado.

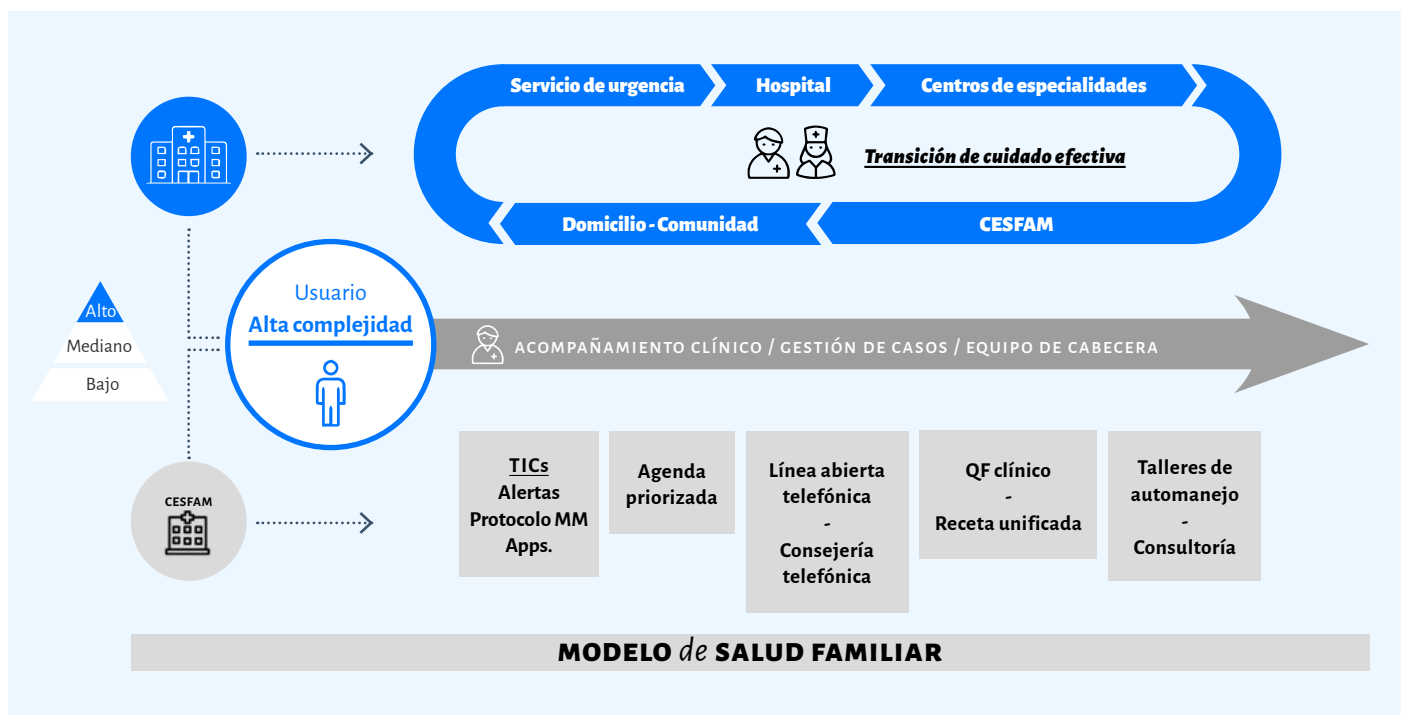
- *Apoyo de TENS*: se plantean las siguientes actividades a realizar durante el seguimiento:
 - » Monitoreo compensación ECNT
 - » Seguimiento del plan de cuidado (supervisión manejo medicamentos en domicilio, apoyo automanejo)
 - » Apoyo telefónico para seguimiento y gestión de servicios
 - » Rescate usuarios
 - » Consultas espontáneas en el centro o en el domicilio
 - » Reuniones coordinación con EGC
 - » Apoyo talleres de automanejo

- *Consultorías por Médico Familiar*: participación en reuniones clínicas periódicas en conjunto con el equipo de cabecera y el equipo de salud correspondiente para realizar el mejor abordaje en los casos más complejos.

5 | Reevaluación

La reevaluación puede ser predeterminada o reactiva, a fin de identificar cambios respecto a evaluación inicial y verificar avances y/o logros de objetivos planteados. Se sugiere al menos una reevaluación médica cada 6 meses con el fin de adecuar el plan de cuidado según necesidad.

TRANSICIÓN DEL CUIDADO



A continuación se describe la intervención diseñada para los usuarios que ingresan al MACEP luego de una hospitalización. Si bien sabemos que el eje central de la atención de una persona con multimorbilidad es la AP, es fundamental para la continuidad y coordinación de su cuidado la implementación de servicios de salud integrados y centrados en la persona en todos los niveles asistenciales. Una práctica prioritaria es la transición efectiva de pacientes desde el hospital al contexto ambulatorio, ya que mejora la calidad del cuidado, disminuye el tiempo de recuperación, reduce las tasas de re-hospitalización y el costo en salud¹⁸. La planificación del alta hospitalaria podría reducir entre un 13-18% los reingresos y aumentaría el tiempo hasta el reingreso al realizar intervenciones enfocadas a la transición entre nivel hospitalario y ambulatorio^{41,45}.

Para dar cumplimiento a esta integración y coordinación de los cuidados es que se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

Consolidar la implementación el Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP) desde la atención

secundaria y terciaria que permita pesquisar y dar continuidad a las personas de alta complejidad hospitalizadas a través de una transición de cuidado efectiva.

Objetivos específicos

En personas de alta complejidad hospitalizadas:

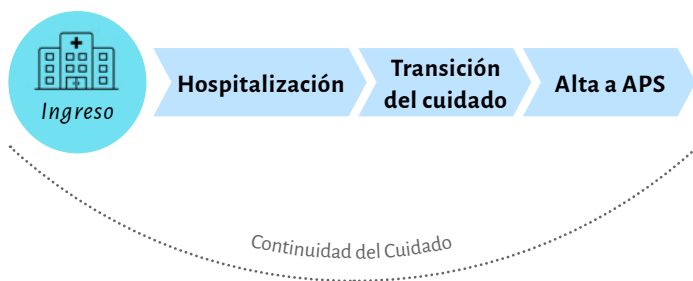
- Identificar y priorizar sus necesidades en salud.
- Identificar y coordinar la transición a APS de manera efectiva asegurando la continuidad de cuidado en red.
- Disminuir consultas en SU, re-hospitalizaciones y días de estada por descompensación de ECNTs.
- Mejorar la referencia y contra-referencia (R y CR) al alta hospitalaria, consolidando consultas a especialidad e incorporando aspectos biopsicosociales.
- Asegurar la conciliación de la terapia farmacológica.
- Potenciar el apoyo al automanejo de los pacientes y sus familias/adulto significativo.
- Pesquisar a usuarios de baja o moderada complejidad que por diagnóstico se recategorizan a alta complejidad priorizando sus necesidades e intensificando sus servicios.

Población objetivo

Usuarios de alta complejidad hospitalizados por descompensación de ENCT y usuarios de mediana y baja complejidad hospitalizados por Infarto Agudo al Miocardio, ICC descompensada, Accidente Cerebro Vascular y Ulcera de Pie diabético. Estos criterios pueden ampliarse en el futuro.

Intervención clínica

Esta intervención se basa en la transición del cuidado de un paciente hospitalizado, desde la identificación de un usuario de alta complejidad en el servicio hospitalario hasta el acompañamiento post alta hospitalaria. Las principales actividades se llevan a cabo en una línea de tiempo que va desde el ingreso a la hospitalización hasta los 30 días post alta hospitalaria.



El equipo de Enlace está conformado por Médico/s familiar/es y un profesional de enlace. Esta unidad, cumple un rol articulador entre el Hospital, las diferentes especialidades y la atención primaria, permitiendo desde el nivel secundario/terciario, pesquisar a las personas de alta complejidad, colaborar en la realización de un plan integral antes del alta hospitalaria que incluya una mirada biopsicosocial y que permita dar continuidad a la persona en atención primaria bajo el “modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica” con un plan definido y coordinado con el nivel de especialidades.

Equipo de Enlace

- **Profesional de enlace (PDE):** el rol de la PDE ya fue descrito anteriormente, en lo concreto es quien proporciona continuidad del cuidado de las personas de alta complejidad hospitalizadas y pesquisa nuevas personas de alta complejidad. Algunas actividades que realiza son: seguimiento clínico post alta, comunicación con APS, uso de línea telefónica abierta, entre otras.

- **Médico Familiar:** su rol ya fue descrito anteriormente, siendo lo fundamental ser consultor de casos complejos y articulador del usuario en su reinserción o inserción en la atención primaria.

Equipos Vinculados al Equipo de Enlace

- **Gestores de Casos hospitalarios:** su principal función es coordinar y apoyar al equipo tratante hospitalario en gestiones clínicas que puedan optimizar la estadía hospitalaria.
- **Equipo Clínico Tratante Hospitalario:** es fundamental que este equipo interactúe de manera coordinada con la enfermera de enlace para asegurar la continuidad del cuidado del usuario. Entre sus actividades destacan: realizar apoyo al automanejo, reforzar indicación farmacológica, asegurar la incorporación de aspectos biopsicosociales que ayuden en la elaboración de un plan de acción consensuado, estimar tiempos y condiciones necesarias para otorgar alta médica, explicitar ruta a seguir luego de hospitalización y entregar de instructivo de alta individualizado.
- **Equipo de Cabecera de Alta Complejidad en APS:** realiza el seguimiento post-hospitalización en atención primaria, incorporando al usuario en la intervención de gestión de casos para pacientes de alta complejidad a cargo de una enfermera gestora de casos y un equipo de cabecera.
- **Equipo de Hospitalización Domiciliaria:** realiza atenciones y procedimientos al usuario en su domicilio para favorecer un alta precoz y optimizar los recursos hospitalarios.

La Intervención contempla los siguientes hitos:

- **Alerta Hospitalización:** si el usuario/a de alta complejidad, que se encuentra bajo MACEP consulta al Servicio de Urgencia hospitalario (SU) y/o es hospitalizado, se emite una alerta que recibe la enfermera/o de enlace, esto permite activar al equipo y comenzar a realizar la gestión necesaria, visitando al usuario y coordinando el plan a seguir junto al equipo tratante hospitalario.
- **Identifica centro de origen y revisa antecedentes en APS:** este hito, tiene como objetivo recopilar la información clínica y psicosocial registrada en APS y entregársela al equipo tratante hospitalario.
- **Gestión de Casos del usuario hospitalizado:** la gestión de casos en el nivel secundario y terciario tiene por objetivo mejorar la oportunidad de acceso a servicios clínicos, a fin de acotar las hospitalizaciones tanto en unidades especializadas como en el SU a los

días pertinentes al curso del cuadro clínico agudo. Las etapas de la gestión de casos son:

- » Visita al ingreso a hospitalización (en Urgencia y/o unidades especializadas) y envío de contrareferencia a equipo de APS.
- » Seguimiento Hospitalización.
- » Preparación alta coordinada con equipo hospitalario y APS.
- » Conciliación de terapia farmacológica: tiene como objetivo asegurar la continuidad de tratamiento tanto durante la hospitalización como en la etapa de los cuidados ambulatorios en APS.

• *Seguimiento en los Cuidados de Transición*

- » Atención ambulatoria con médico familiar
- » Seguimiento telefónico por PDE: Durante la primera semana y a los 30 días.

• *Continuidad en APS:* contacto presencial precoz con equipo de cabecera asignado (médico y/o enfermera gestora de casos).

• *Cuidados Ambulatorios:* consiste en gestionar exámenes, procedimientos y controles en el nivel de especialidades.



RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN



En cada CESFAM se debe asegurar el equipamiento necesario para la implementación de la intervención de usuarios de alta complejidad. Se sugiere como implementos básicos: un equipo celular, un computador y un internet móvil en caso de no tener acceso a cable de red para la gestión de casos propiamente tal.

Como requisitos básicos organizacionales para la implementación exitosa se debe considerar lo siguiente:

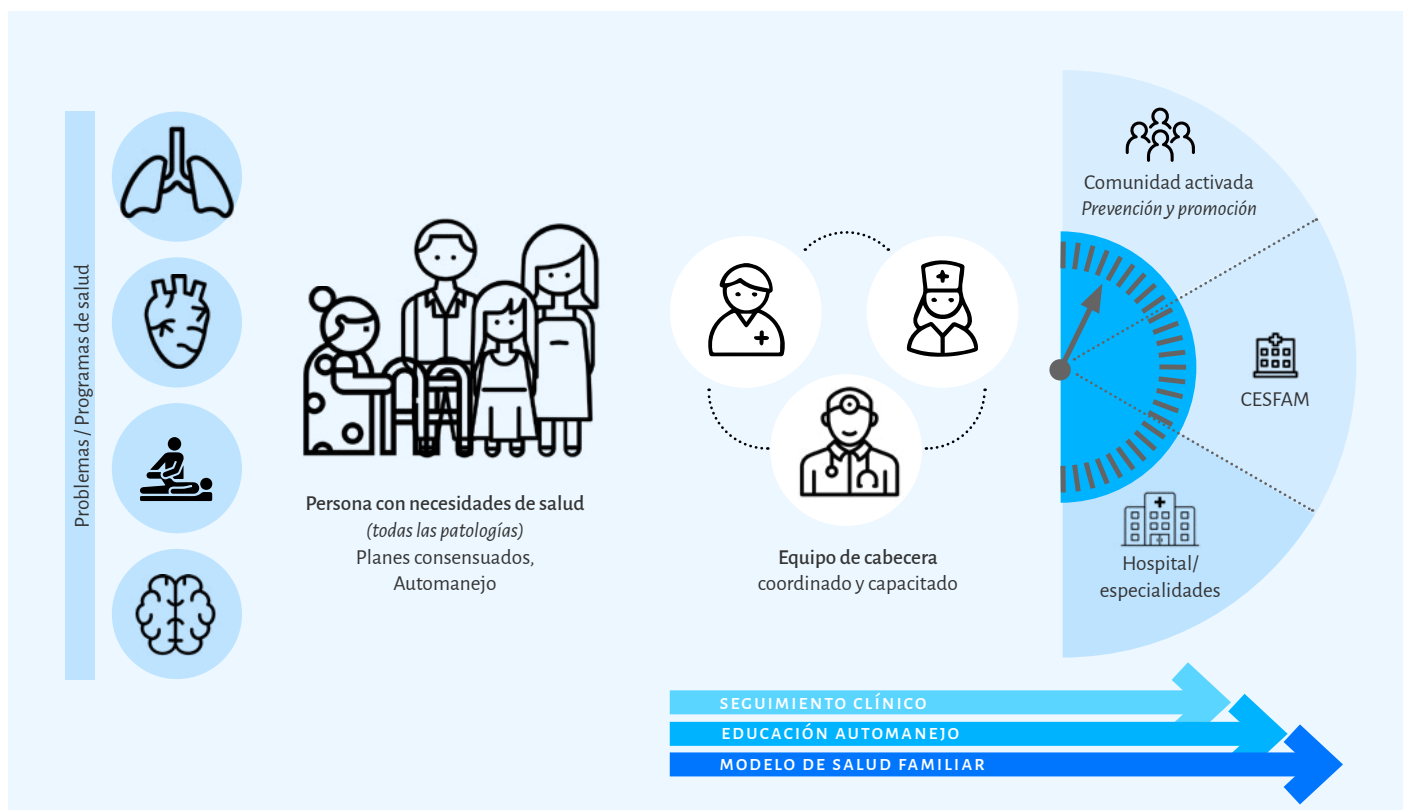
- Equipo de salud sectorizado compuesto por EGC, TENS y MG, comprometido y flexible a cambios que puedan surgir como oportunidades de mejoras para la implementación del MACEP.
- Equipo clínico dispuesto y comprometido a realizar y fomentar actividades de apoyo al automanejo, trabajar el cambio en el enfoque de las atenciones clínicas basadas en necesidades individuales, capacidades de automanejo y red de apoyo familiar.
- Disponibilidad de horas médicas de médico general de cabecera protegidas exclusivamente para usuarios de alta complejidad.
- Coordinación y comunicación dentro del CESFAM para permitir acceso oportuno a prestaciones clínicas y abordaje multidisciplinario.
- Consultorías familiares multidisciplinarias
- PDE ubicado en hospitales y CRS de mediana y alta complejidad para acompañamiento de usuarios que consultan SU y hospitalización.

CAPÍTULO

02

IMPLEMENTACIÓN EN PERSONAS DE MODERADA Y BAJA COMPLEJIDAD





OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Implementar el Modelo de Atención de centrado en la persona con morbilidad de crónica (MACEP) en población de moderada y baja complejidad con el fin de contener la progresión de sus enfermedades y prevenir complicaciones y/o descompensaciones.

Objetivos Específicos

- **Objetivo 1:** Mejorar el automanejo ECNTs en los usuarios y su familia y su calidad de vida.
- **Objetivo 2:** Incorporar a usuarios expertos para favorecer el desarrollo de herramientas de automanejo desde la comunidad.
- **Objetivo 3:** Ajustar los servicios sanitarios disponibles a través de planes consensuados individualizados.
- **Objetivo 4:** Disminuir las consultas de urgencia y hospitalizaciones por descompensación de patología/s crónicas no transmisibles en la población intervenida.
- **Objetivo 5:** Implementar Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) que faciliten gestión de la población de moderada y baja complejidad y el empoderamiento de los usuarios.
- **Objetivo 6:** Evaluar el gasto económico por persona en el sistema de atención a largo plazo, después de terminada la implementación completa del Modelo.
- **Objetivo 7:** Identificar las condiciones necesarias para la transferencia de las innovaciones asistenciales implementadas.

POBLACIÓN A INTERVENIR

Criterios de elegibilidad

- **Criterios de inclusión**
 - » 15 o más años
 - » Categorizado como moderada complejidad (RUB 3)
 - » Presentar 1 o más ECNT
- **Criterios de Exclusión**
 - » Cuidados paliativos
 - » Dependencia física severa

INTERVENCIÓN CLÍNICA

El equipo de salud coordinado y capacitado (profesionales y técnicos), el equipo de cabecera, los planes personalizados, la entrega de herramientas de automanejo y una comunidad activada son pilares fundamentales de esta intervención.

Considerando que la APS cuenta con programas y recursos de atención destinados a tratar las enfermedades crónicas de acuerdo a programas ministeriales y a las Garantías Explícitas en Salud (GES), esta intervención considera **reestructurar y reorganizar** los recursos y prestaciones existentes junto con agregar algunas actividades que las complementan y potencian, en función de las necesidades de cada persona.

La intervención clínica contemplará las siguientes actividades:



A continuación se explican de forma general los roles de los principales integrantes del equipo de salud, en donde la evaluación de la motivación al cambio de conducta es una actividad transversal y fundamental de todos los profesionales.

Roles de las principales personas involucradas:

- **Médico General:** será el profesional encargado de realizar evaluaciones con enfoque integral desde una mirada biopsicosocial, basado en las necesidades de cada usuario 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:** serán agentes claves en el cambio del modelo de atención. Cada profesional tendrá que brindar una atención de salud integral desde su disciplina basada en las necesidades individuales de cada usuario y su familia a lo largo del ciclo vital. Esto implica la activación y coordinación del trabajo colaborativo multidisciplinario evitando la parcialización del usuario por diagnósticos. Su rol será activar, educar y entregar apoyo al automanejo de los usuarios con multimorbilidad y como consecuencia favorecer el empoderamiento al usuario y su familia en el manejo de la enfermedad.
- **TENS:** será miembro activo del equipo clínico cuyo rol es clave en el desarrollo del vínculo con el usuario generando el nexo con la comunidad y el CESFAM.
- **Usuario activado:** persona que posee habilidades para tomar decisiones en el cuidado de su salud, ya sea porque conoce sus condiciones de salud, siente confianza para manejar sus síntomas y los desafíos que estas le imponen, y logra adherir al plan de cuidado que consensuó junto a su equipo de cabecera.
- **Médico Especialista consultor nivel 2°:** se propone médico especialista de referencia en el nivel secundario para el equipo de APS que permitan una resolución ágil ante preguntas puntuales relativas al usuario de moderada complejidad. Un interlocutor posible es el médico familiar en el nivel de especialidades. Este está disponible en caso que la complejidad del usuario lo requiera.

Las etapas del proceso de intervención son las siguientes:

1 | Identificación de la población

Se establecerá en cada centro el plan de reclutamiento más adecuado de acuerdo a las realidades locales. Dado el alto volumen de usuarios que se encuentran en moderada y baja complejidad, se sugieren algunas maneras de iniciar el cambio de modelo de atención:

- Usuarios citados a control crónico con todos los profesionales de salud.
 - » Modificar la totalidad de las agendas de los diferentes profesionales
 - » Modificar un porcentaje de las agenda de cada profesional definido por el centro de salud
- Usuarios citados a control crónico según estamentos definidos por el centro de salud.

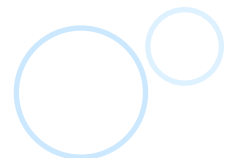
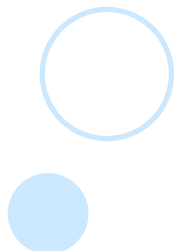
Cabe destacar que en las agendas de los profesionales se debe identificar la actividad/acto u otro que permita mostrar el cambio e inicio de la atención integral de los usuarios con multimorbilidad. Se sugiere utilizar nombres como: “control multimorbilidad”, “control integral”, “control crónico”, entre otros.

2 | Atención integral y plan consensuado

La atención integral tiene por objetivo realizar una valoración biopsicosocial del usuario, elaborar el plan de cuidado personalizado basado en las guías clínicas disponibles pero ajustadas a las necesidades de cada usuario. En esta instancia se le informa al usuario que tendrá un equipo de salud de cabecera y se define de manera consensuada la periodicidad de los controles posteriores y servicios disponibles.

En la primera atención integral se lleva a cabo las siguientes actividades:

- **Pre-evaluación:** TENS tendrá la función de entregar al usuario para completar los test de adherencia, calidad de vida en salud y SALUFAM, los cuales pueden ser respondido presencialmente o vía web. Además de antropometría previa a consulta en caso de ser pertinente.
- **Valoración Integral:** la evaluación es realizada por los profesionales de salud. En esta instancia se valoran las necesidades de los usuarios, actitud y competencias hacia el automanejo. Se realiza un plan consensuado que incluye con quién y cuándo tendrá próxima atención según necesidad y motivación del usuario. El registro de esta atención se realiza en un protocolo único para persona con patología crónica.



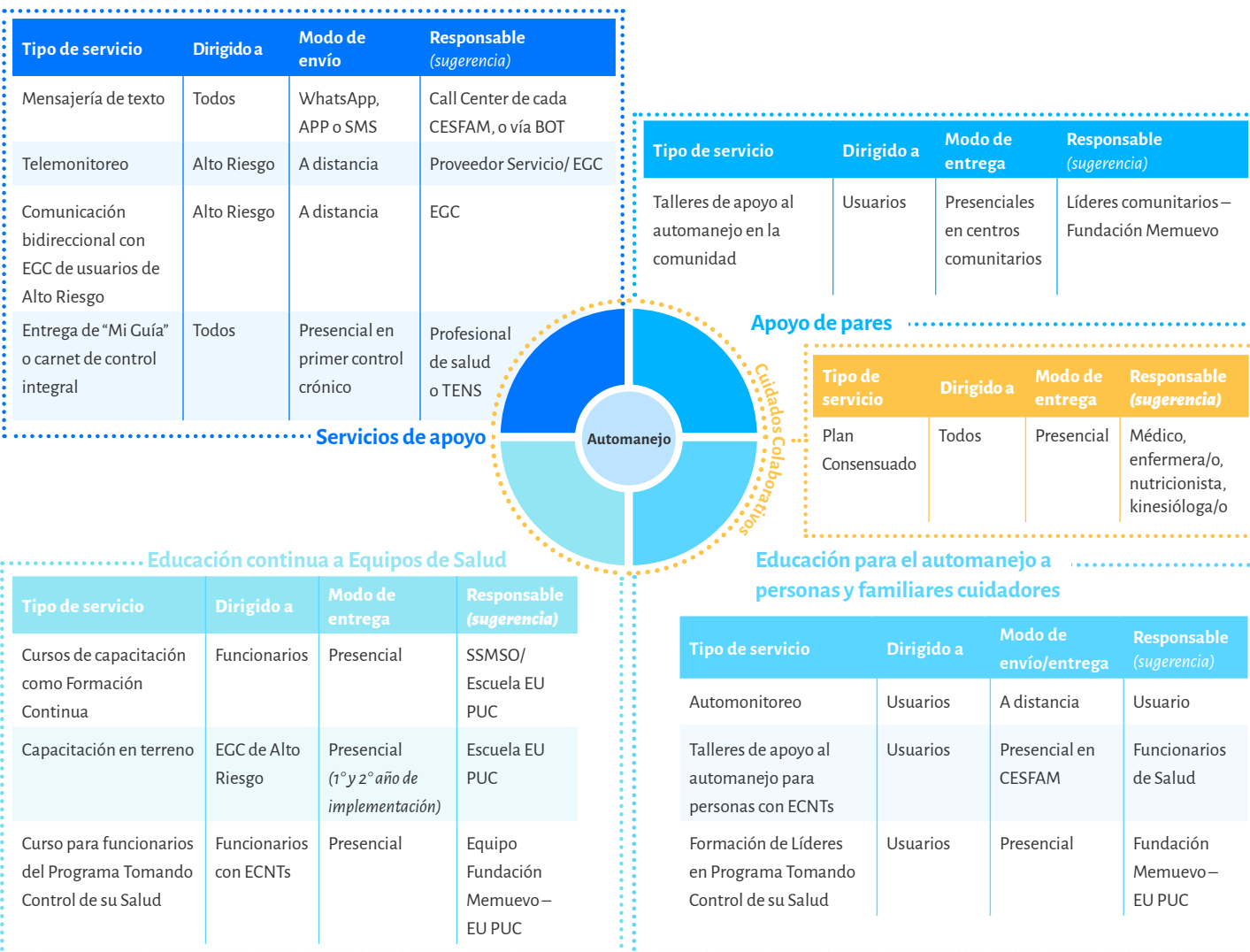
3 | Apoyo al Automanejo del usuario

Esta intervención busca poner a las personas y sus familias en el centro de las decisiones y verlas como expertos, trabajando juntos para obtener un mejor resultado. En esta línea, el automanejo y autoeficacia del usuario juegan un rol fundamental.

Se ofrece educación, tanto de forma individual como grupal, que permita facilitar la activación de los usuarios para que

alcanzen el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado, empleando para ello contenidos planificados y estructurados. Las intervenciones de educación son más efectivas cuando las personas afectadas por problemas de salud crónicos participan con sus cuidadores de forma activa.

El modelo entrega una serie de estrategias cuya tabla resumen es la siguiente:



Se dispone de una cartera de servicios de apoyo al automanejo, incluidos los mencionados anteriormente, los cuales se ofrecen de manera presencial o a distancia. A continuación se describen algunos de ellos:

- a. Talleres de automanejo.
- b. Consejerías telefónicas.
- c. Apoyo de pares.
- d. Materiales educativos de apoyo al automanejo
- e. Automonitoreo y Telemonitoreo

Cada uno de estos servicios es otorgado a las personas según sus necesidades y preferencias, variando en el tipo de servicio y en la frecuencia de entrega.

a. TALLERES DE AUTOMANEJO

Son sesiones grupales de educación en automanejo realizadas por profesionales de la salud y TENS en las cuales se abordan las distintas dimensiones de automanejo (física, social y emocional) cuyas temáticas ayudan al control de las ECNTs a través de metodología de educación de adultos.

b. CONSEJERÍAS TELEFÓNICAS

Son consejerías realizadas vía telefónica por enfermeras y/o TENS con diferentes objetivos según el plan de cuidado consensuado, el plan define la frecuencia de los contactos y el responsable de su ejecución. Las consejerías pueden tener como objetivo, trabajar en conductas relacionadas a adoptar conductas de hábitos saludables, preparar las consultas, corroborar la comprensión de los planes consensuados, apoyar la gestión de las citas y de los distintos servicios de salud, verificar cumplimiento del plan y realizar refuerzo positivo.

c. APOYO DE PARES

Los talleres de apoyo de pares son otra estrategia para promover el automanejo en los pacientes crónicos. Uno de estos programas descrito en la literatura con mayor evidencia e impacto en la autoeficacia de los usuarios, es el programa “Tomando Control de Su Salud” desarrollado por el centro de investigación para educación de pacientes de Stanford. Estos talleres, son liderados por pares y se centran en desarrollar habilidades, compartir experiencias y

otorgar apoyo. Se hace énfasis en la definición de planes y solución de problemas; manejo de síntomas y emociones; uso apropiado de medicamentos, entre otros³⁶.

d. MATERIALES EDUCATIVOS DE APOYO AL AUTOMANEJO

Se sugiere la entrega de material de apoyo para el automanejo cuyo objetivo es facilitar la comprensión de su seguimiento clínico, ordenar y coordinar el plan consensuado y potenciar la participación en el cuidado de su salud. Para esto se cuenta con dos opciones a utilizar según disponibilidad:

- » Entrega de “Mi Guía”, cuadernillo que busca que el paciente tenga su historial respecto al manejo de sus ECNTs, junto con entregarle información relevante respecto a parámetros de compensación de estas, preparación de consultas, registro de fármacos utilizados, historial de consultas al SU y hospitalizaciones, etc.
- » Carnet de control integral, cuadernillo que busca tener el registro consolidado de las prestaciones a las cuales accede el usuario con su equipo de cabecera y a lo largo de la red asistencial.

e. AUTOMONITOREO Y TELEMONITOREO

Se educa al paciente en automonitoreo de sus ECNTs a través de un taller con ese objetivo, este es ejecutado por TENS y/o enfermera.

Se sugiere utilizar servicios de telemonitoreo para pacientes seleccionados, con un objetivo claro y por tiempo limitado, que facilite realizar ajustes de tratamiento y favorecer el automanejo de las personas.

4 | Seguimiento

El seguimiento de los usuarios tiene como objetivo identificar y adecuar la intervención de acuerdo a la variación de los requerimientos individuales. Los profesionales deberán realizar actividades asistenciales o a distancia, educar en automanejo y ser un referente en la navegación del usuario en el centro y en la red asistencial.

Durante el seguimiento clínico se proponen las siguientes actividades:

- **Controles con Médico General (MG):** Los controles se realizarán con MG de cabecera siempre y cuando sean necesarios. En estos controles incluyen los siguientes hitos:
 - » Síntomas transversales de Multimorbilidad
 - » Hospitalizaciones y consultas al SU durante último tiempo
 - » Compensación de ECNTs
 - » Motivación al cambio de conducta y promover toma de decisiones en salud autónomas fuera del CESFAM.
 - En algunos casos el usuario solo requerirá atención médica una vez al año.
 - » Ajuste de tratamiento farmacológico (polifarmacia/desprescripción). Ejecución de receta unificada.
 - » Actualización del plan consensuado
- **Controles con profesionales de la salud no médicos:** el seguimiento realizado por los profesionales de la salud incluye las siguientes actividades:
 - » Priorizar en conjunto con el usuario problemáticas que lo afectan según su ciclo vital, situación de salud y su contexto biopsicosocial.
 - » Evaluar estado actual de enfermedades crónicas en cuanto a controles al día y estado de compensación.
 - » Reforzar positivamente conductas saludables adoptadas por el usuario e identificar motivación para el cambio de conducta.
 - » Evaluar existencia de red de apoyo e incorporar en el cuidado de sus ECNTs.
 - » Realizar plan consensuado priorizado.

- **Consejerías Telefónicas:** actividad a realizar como parte del seguimiento clínico de las personas de moderada y baja complejidad. Son realizadas por enfermeras y/o TENS con diferentes objetivos según el plan de cuidado consensuado, plan que define la frecuencia de los contactos y el responsable de su ejecución. Las consejerías pueden tener como objetivo, trabajar para la adopción de conductas de hábitos saludables, verificar cumplimiento del plan y realizar refuerzo positivo, entre otras. Las consejerías telefónicas se registran como parte del plan consensuado y se considera parte del seguimiento clínico del usuario.

5 | Reevaluación

La reevaluación podrá ser espontánea o programada según las necesidades de cada usuario y lo definido por el equipo tratante de cabecera. El objetivo de esta reevaluación apunta a ajustar el plan de intervención del usuario redefiniendo metas, periodicidad de controles y profesionales involucrados.

Es importante destacar que el seguimiento clínico puede ser realizado por un sólo profesional del equipo de salud y en un sólo contacto anual, si esto es suficiente para dar respuesta a los requerimientos de la persona. No es imperativo que tenga que transitar por las diferentes disciplinas debido a las condiciones crónicas presentes.



III.

ASPECTOS TRANSVERSALES DE LA IMPLEMENTACIÓN



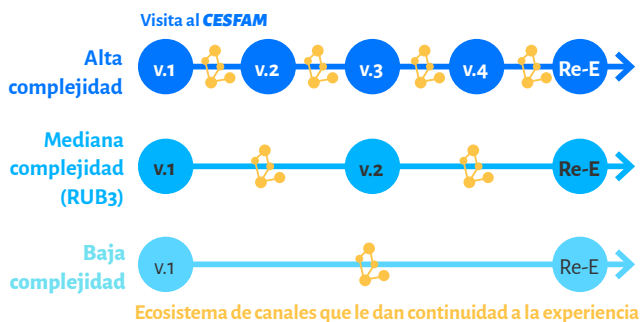
MOVILIZACIÓN DE PERSONAS DENTRO DE LA PIRÁMIDE

Los pacientes de alta complejidad cuyas necesidades en salud son complejas necesitan servicios que son individualizados y periódicos para poder abordarlas. Estos servicios son más costosos para el sistema sanitario. Uno de ellos, definidos en el MACEP es la gestión de caso, que según la definición adoptada debiera ser implementada por un tiempo limitado²⁹ en el que se espera que la persona y su familia adquieran competencias y conocimientos que ayuden al manejo de sus patologías.

Dada la magnitud de personas de alta complejidad y la capacidad limitada del sistema para entregar este tipo de servicio es que se hace necesario establecer criterios que permitan la movilización de la persona por la pirámide de riesgo/complejidad y en definitiva por las diferentes prestaciones o servicios disponibles que varían según su intensidad. De este modo, al delimitar el tiempo de la prestación se van liberando recursos para que otras personas con la misma complejidad puede beneficiarse de la gestión de casos. Es importante destacar que el criterio clínico y sensibilidad del equipo de cabecera junto con la persona y su familia es fundamental en la toma de decisión de la movilización en la pirámide.

Personas de alta complejidad

Las personas atendidas en MACEP como alta complejidad dispondrán del servicio de gestión de casos por un tiempo limitado, con el fin de que otras personas de alta complejidad que están siendo atendidas como “moderada complejidad” puedan acceder a este servicio y a sus esperados beneficios.



La enfermera gestora de casos junto al médico de cabecera son los encargados de definir el momento adecuado para egresar de la gestión de casos según el cumplimiento de la intervención.

Criterios de egreso de la gestión de casos

En cada reevaluación (cada 6 meses) se debe considerar los siguientes criterios para eventual egreso de la gestión de casos. Se define como tiempo máximo de la intervención 18 meses.

- » Logro de las metas objetivo acordadas con usuario
- » Últimos 6 meses compensados o tendencia a la compensación
- » Ninguna hospitalización por descompensación de ECNTs
- » Sin consultas al Servicio de urgencia (por descompensación de patología crónica) últimos 3 meses
- » Mejoría en autoeficacia
- » Vulnerabilidad familiar en salud

El egreso de la gestión de casos no implica que cambie su complejidad, sino que los servicios a recibir serán los definidos como necesarios para controlar sus problemas. La identificación de alta complejidad para el equipo de salud seguirá siendo una información importante para la toma de decisión en salud reflejada en el plan consensuado.

Sin perjuicio de lo anterior, se considera pertinente que el paciente permanezca siendo atendido por el equipo de cabecera que lo asiste actualmente, con el fin de no perder el vínculo y el trabajo realizado hasta ahora.

Criterios de ingreso a gestión de casos para usuarios de moderado riesgo

En la práctica existen usuarios que según la estratificación corresponden al moderado riesgo pero tienen características de usuarios de alto riesgo y que por criterio clínico se beneficiarían de la gestión

de casos. Para que el usuario de riesgo moderado pueda ingresar a la intervención de alto riesgo con el fin de otorgarle prestaciones acorde a su complejidad se plantean los siguientes criterios:

- Criterios Obligatorios:
 - » Seguimiento por 3 o más especialidades en nivel secundario, ya que se beneficiaría de gestión por profesional de enlace
 - » 2 o más consultas de urgencia hospitalaria en los últimos 6 meses por descompensación de ECNTs
 - » 2 o más hospitalizaciones por descompensación de ECNTs en los últimos 6 meses
 - » Todo paciente que se hospitalice por IAM, ACV, ICC descompensada y Pie diabético infectado, ingresando a través de transición del cuidado.

Estos aspectos deben ser evaluados por su equipo de cabecera antes de cambiar de tipo de intervención dentro de la pirámide.

RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN



Para la implementación del MACEP en las personas de moderada y baja complejidad se requiere una reorganización de los recursos humanos y organizacionales ya existentes.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

La gestión de la información clínica es parte crucial de este modelo y el rol del SSMSO con su Unidad de Gestión y Análisis de la Información en Salud (UNAGIS) ha sido crucial en la implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación.

La UNAGIS cuenta con información clínica de forma organizada, lo que permite utilizar datos tanto individuales como poblacionales que permiten ir monitorizando el avance de la implementación del modelo y su impacto en resultados en salud. Además permite realizar un seguimiento de la navegación del usuario en la red asistencial de manera integrada, identificando el perfil

de los usuarios y su consumo de recurso en los tres niveles de atención.

Respecto a la gestión clínica, tiene como objetivo realizar un seguimiento transversal del cuidado de los usuarios con morbilidad crónica, entendiendo que cada persona tendrá un plan personalizado de salud y por lo tanto las TICs pueden apoyar a los profesionales de salud en este seguimiento.

Se han desarrollado las siguientes herramientas:

- **Alertas frente a usuarios que consultan al servicio de urgencia o se hospitaliza, llegando vía email al instante al equipo clínico de cabecera.**
- **Diseño e implementación de un único protocolo o ficha de atención de morbilidad crónica en el cual se consideren todos los indicadores necesarios para las metas definidas en APS y estadísticas mensuales a través del REM.**

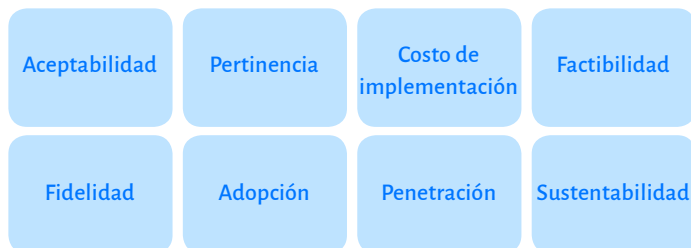
Se sugiere continuar con el desarrollo de:

- **Reportes de inasistencias, próximos controles y retiros de farmacia de personas de mediana complejidad que permita monitorizar y gestionar la adherencia al plan consensuado.**
- **Reportes de próximas consejerías telefónicas, que permita planificar y realizar el agendamiento de personas esta prestación de salud.**
- **Diseño e implementación de cartera de servicios de apoyo al automanejo, entre estos automonitoreo, SMS, videos educativos, foros, Guía de apoyo al automanejo, que serán digitalizadas para facilitar el acceso a éstos. Se dispondrán en una aplicación web o vía internet.**
- **Digitalización de carnet de control de usuario con morbilidad crónica**
- **Digitalización de test de evaluación de adherencia, calidad de vida, SALUFAM, entre otros.**
- **Sugerir aplicaciones para teléfonos inteligentes que permitan al usuario registrar sus parámetros clínicos en caso de monitorización en domicilio de HTA y DM por ejemplo, así como también, registrar su terapia farmacológica ayudando a la adherencia a fármacos.**

EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN Y DE RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de este modelo ofrece una oportunidad para su evaluación constante tanto desde las ciencias de la implementación así como también del impacto de la intervención en resultados en salud. Es importante definir a la evaluación y monitoreo para identificar a priori la información necesaria, su fuente de datos y el proceso para monitorizar la implementación que se realizará para planificar la obtención de los datos necesarios, tanto de aspecto cuantitativo como cualitativo.

Desde el punto de vista de ciencias de la implementación su uso es especialmente beneficioso cuando se analizan intervenciones complejas (por ejemplo, aquéllas con numerosos componentes y variables difíciles de controlar) el cual coincide con el modelo propuesto⁴⁶. Por lo tanto, se sugiere tomar en cuenta los indicadores de resultados de implementación que sirven para ir evaluando de manera continua el éxito en el avance de implementación, los cuales son los siguientes⁴⁷:



Sumado a esto la escalabilidad de intervenciones exitosas también debe ser planificada a fin de asegurar el mayor éxito posible. Las recomendaciones de la escalabilidad de un modelo de este tipo puede ser encontrado en la Propuesta de Política Pública elaborada por un equipo de académicos de la UC, publicada en el libro de Propuestas para Chile del Centro de Políticas Públicas UC 2019⁴⁸.

Respecto al impacto de la intervención se realiza un análisis de efectividad comparativa, donde se compara el grupo de personas intervenidas con un grupo de personas controles del SSMSO, buscando que estos últimos tengan características similares respecto a la edad, sexo, categoría Fonasa y número de comorbilidades. Se realiza

apareamiento entre ambos grupos obteniendo información durante el mismo periodo de tiempo. Así, se configura un diseño de cohortes concurrentes el cual permitirá hacer un análisis de información secundaria de registro clínico electrónico desde la UNAGIS, SSMSO resguardando la identidad de las personas. Se busca evaluar semestralmente principalmente los siguientes resultados:

- Gasto por usuario durante el periodo
- Hospitalizaciones y días de estada
- Re-hospitalizaciones
- Consultas a Servicios de Urgencia
- Compensación de enfermedades trazadoras
- Utilización de Fármacos
- Utilización de recursos asistenciales como consultas médicas y no médicas en APS y nivel secundario
- Mortalidad y sobrevida

Este análisis desde ser ajustado por las variables de confusión las cuales deberán ser identificadas en el proceso analítico. Es decir, se sugiere explorar la interacción con las co-variables de sexo, edad, categoría Fonasa y otras. El plan de evaluación debería incluir un análisis exploratorio de datos, el cual examinará diferencias univariadas en las variables dependientes entre los grupos. El análisis multivariable puede ser realizado utilizando modelos lineales que se adecúen al tipo de variable. La elección del modelo se realizará previo análisis de la bondad de ajuste.

GESTIÓN DEL CAMBIO

La implementación de esta iniciativa requiere de un proceso de cambio planificado que considera aspectos organizacionales y estructurales en los CESFAM involucrados. Asimismo, se requiere de la planificación de acciones que permitan socializar la propuesta con representantes y tomadores de decisiones de los distintos niveles de atención.

El cambio organizacional apunta entre otras cosas a reestructurar la forma de brindar la atención a personas con ECNT lo cual requiere que los equipos de salud se involucren activamente. Por otro lado, el cambio estructural contempla acciones como, identificar los recursos dispuestos hasta ahora por la APS para atender al grupo de usuarios con enfermedades crónicas a fin de redireccionarlos según complejidad.

En los centros involucrados, se consideran dos etapas que favorecen la implementación de este modelo.

Etapa de Pre-Implementación

Considera aquellas acciones a realizar con el centro de salud a modo de preparación de las condiciones para instalar el cambio. Algunas acciones que se enmarcan en esta etapa son:

- Identificar aspectos generales de la organización tales como recurso humano, competencias técnicas presentes para abordar la intervención y elementos estructurales.
- Liderazgo formal e informal de cada equipo.
- Estilo de comunicación interno y espacios-canales preestablecidos para transmitir la información.
- Identificar avances locales relacionados a esta intervención y realizar las modificaciones para avanzar hacia la implementación de los fundamentos propuesta.

Etapa de Implementación

Considera aquellas acciones propias de la instalación del modelo de atención, a continuación se detallan:

- Comunicación continua: esto se refiere a transmitir a los equipos los avances, logros y dificultades que van ocurriendo en el desarrollo del proceso.
- Entrega de feedback continuo a los equipos, con foco en aspectos que logran y aquellos que se pueden mejorar
- Conversatorios sobre las características del cambio de modelo en la comunidad
- Organización y adaptación continua de la oferta de atenciones, en agendas clínicas en cuanto a tiempos e identificación de actividades.
- Comunicación y Coordinación entre APS y red secundaria y terciaria.

De manera transversal a las dos etapas mencionadas, es necesario contemplar una figura que desarrolle el rol de coordinación de la implementación. Las funciones esperadas para este rol es realizar un monitoreo continuo de la instalación del cambio en los distintos niveles de atención, participar de reuniones con los coordinadores locales que permiten planificar de manera local las actividades de los equipos; y apoyar de manera clínica en el abordaje de usuarios con características clínicas particulares. Se contempla que este apoyo sea más intenso durante el primer año de implementación.

FORMACIÓN CONTINUA Y CAPACTIACIÓN NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO

La formación continua toma un rol fundamental que debe acompañar a los funcionarios de salud durante el cambio organizacional y de atención planteado en el Modelo. Para ello se ha trabajado específicamente la implementación de gestión de casos, entrevista motivacional y apoyo al automanejo.

| Nombre del curso | Dirigido a |
|---|------------------------|
| Herramientas para la implementación del Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica. | Equipos de Salud |
| Elementos básicos de la gestión de casos en personas con condiciones crónicas | Profesionales de Salud |
| Elementos conceptuales para el apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas | TENS |
| Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica. Curso de profundización para médicos. | Médicos |
| Herramientas para facilitadores de la implementación de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las Personas, con énfasis en la Multimorbilidad. | Profesionales de Salud |
| Programa de Capacitación en Farmacoterapéutica y Medication Review | Químico farmacéuticos |

REFERENCIAS

1. Minsal. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. *Dep Salud Pública, Esc Med Pontif Univ Católica Chile*. 2008;1-101. doi:ISBN: 978 92 4 156422 9
2. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción Para La Prevención y El Control de Las Enfermedades No Transmisibles En Las Américas 2013-2019.*; 2014. doi:http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27520&lang=es
3. Margozzini Maira P, Passi Solar A. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile Margozzini y Passi. *ARS medica*. 2018;43(1):30-34.
4. MINSAL. *Estrategia Nacional de Salud Para El Cumplimiento de Los Objetivos Sanitarios de La Década 2011-2010*.
5. Laspiur S, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud de Argentina. Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2014.
6. Naciones Unidas. *Declaración Política de La Reunión de Alto Nivel de La Asamblea General Sobre La Prevención y El Control de Las Enfermedades No Transmisibles.*; 2011:1-14.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermedades No Transmisibles En Las Américas: Construyamos Un Futuro Más Saludable.*; 2011.
8. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres JD, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. 2017;49(5):300-307. doi:10.1016/j.aprim.2016.11.013
9. Albrecht T, Dyakova M, Schellevis FG, Van den Broucke S. Many Diseases, One Model of Care? *J Comorbidity*. 2016;6(1):12-20. doi:10.15256/joc.2016.6.73
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
11. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. 2012;26:20-26. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009
12. Phillips RL. Editorials Why Does a U . S . Primary Care Physician Workforce Crisis Matter ? 2004;68(8).
13. Chile. Orientaciones Para La Implementacion Del Modelo De Atencion Integral De Salud Familiar Y Comunitaria. 2012:1-143. http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf.
14. Palmer K, Marengoni A, João M, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy (New York)*. 2018;122(1):4-11. doi:10.1016/j.healthpol.2017.09.006
15. OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. *Bibl SEDE OPS*. 2010.
16. Sarabia A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la. 2006:7-17.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción Para La Prevención y El Control de Las Enfermedades No Transmisibles En Las Américas 2013-2019.*; 2014.
18. World Health Organization. *Continuity and Coordination of Care. A Practice Brief to Support Implementation of the WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services.*; 2018. doi:http://www.gmc-uk.org
19. Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review. *Health Policy (New York)*. 2016;120(7):818-832. doi:10.1016/j.healthpol.2016.04.002
20. Xu X, Mishra GD, Jones M. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Res Rev*. 2017;37:53-68. doi:10.1016/j.arr.2017.05.003
21. Stokes J, Man MS, Guthrie B, Mercer SW, Salisbury C, Bower P. The foundations framework for developing and reporting new models of care for multimorbidity. *Ann Fam Med*. 2017;15(6):570-577. doi:10.1370/afm.2150
22. Struckmann V, Leijten FRM, Ginneken E Van, et al. Relevant models and elements of integrated care for multi-morbidity: Results of a scoping review. *Health Policy (New York)*. 2018;122(1):23-35. doi:10.1016/j.healthpol.2017.08.008
23. Coleman K, Bengoa R, Sauto R. Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICC Framework. 2012;105:55-64. doi:10.1016/j.healthpol.2011.10.006
24. Wagner EH. CHRONIC DISEASE MANAGEMENT SPECIAL EDITOR Chronic Disease Management. *Eff Clin Pract*. 1998;1:2-4.
25. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. 2015. doi:10.1186/s12875-014-0219-0

26. McCarthy D, Mueller K, Wrenn J. Case Study Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology. *Commonw Fund.* 2009;17(June):1-45.
27. World Health Organization. *Integrated Care Models: An Overview.*; 2016.
28. Madrid M de S. *Estrategia de Atención a Pacientes Con Enfermedades Crónicas En La Comunidad de Madrid.*; 2013.
29. Ross, Shilpa, Curry N GN. Case management What it is and how it can best be implemented. *King's Fund.* 2011:1-32.
30. Department of Health. *Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration.*
31. Erol ET, Amby EFH, Inue SM, et al. Gestión de Enfermedades (Disease Management). 2001;11:47-54.
32. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing Chronic Disease: What can we learn from the US experience? - Dixon, Lewis, Rosen, Finlayson, Gray - The King's Fund, August 2008.
33. Magnezi R, Kaufman G, Ziv A, Kalter-Leibovici O, Reuveni H. Disease management programs: Barriers and benefits. *Am J Manag Care.* 2013;19(4):e140-e147.
34. Academy of Medical Sciences. Multimorbidity : a priority for global health research. 2018;(April).
35. Vetrano DL, Calderón-larrañaga A, Marengoni A, et al. An International Perspective on Chronic Multimorbidity : Approaching the Elephant in the Room. 2018;73(10):1350-1356. doi:10.1093/gerona/glx178
36. MINSAL. Subsecretaría de redes asistenciales división de atención primaria. Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud. 2013.
37. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. 2018:1-13. doi:10.1186/s12875-017-0692-3
38. Ahn S, Basu R, Smith ML, et al. The impact of chronic disease self-management programs : healthcare savings through a community-based intervention. 2013.
39. Wheeler JRC, Care SM, Jun N, Costs C. Can A Disease Self-Management Program Reduce Health Care Costs?: The Case of Older Women with Heart Disease Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/3768004> Can A Disease Self-Management Program Reduce Health. 2018;41(6):706-715.
40. NHS. Services for long term conditions. *Univ Birmingham.*:0-26.
41. Dc G, Na L, Lm C, Id C, Shepperd S. Discharge planning from hospital (Review). 2016;(1). doi:10.1002/14651858.CD000313.pub5.www.cochranelibrary.com
42. Bustamante C, Alcayaga C, Campos S, Urrutia M, Lange I. Literacidad en Salud para Personas con Condiciones de Salud Crónicas / Health Literacy for People With Chronic Conditions Care. *Horiz Enferm.* 2008;25(1):97-103. doi:10.7764/horiz_enferm.19.2.97
43. Miller W, Rollnick S. Entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar. *Paidós.* 2015:17-52. doi:10.1157/13120020
44. MINSAL. Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas. Directrices para la implementación. 2015.
45. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, et al. Preventing 30-Day Hospital Readmissions A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. 2015;55905(7):1095-1107. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608
46. (Churruca, K. et al. (2019) 'The time has come: Embedded implementation research for health care improvement', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), pp. 373–380. doi: 10.1111/jep.13100)
47. (Proctor, E. et al. (2011) 'Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), pp. 65–76. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7)
48. (Tellez A, Zamorano P, Barros J, Celhay P, Sapag J, P. F. (2019) 'Propuesta para la Escalabilidad de un Nuevo Modelo de Atención Centrado en las Personas y Estratificado por Riesgo para las Personas con Enfermedades Crónicas en Chile')

IMÁGENES

Figura 1 y 2. Adaptado de: Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Heal Econ Policy Law.* 2010;5(1):71-90. doi:10.1017/S1744133109990120

Figura 3. Adaptado de: MINSAL. Subsecretaría de redes asistenciales división de atención primaria. *Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud.* 2013.