

**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
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
ENERO 2020



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile



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
División de Atención Primaria

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades

ISBN: 978-956-348-184-6
978-956-348-185-3

Distribución gratuita. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido del presente documento, la distribución, la comunicación pública y la creación de documentos derivados, siempre y cuando se reconozca la autoría original.

© MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria

Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades

2020

INTRODUCCIÓN

En el último tiempo, Chile ha vivido importantes cambios, tales como modificación sustancial del estilo de vida, avances económicos y sociales, progresos de la medicina, y mejoría en políticas de salud, que conllevan cambios demográficos como el aumento de la esperanza de vida, los que sin duda han tenido un impacto beneficioso en la población. Al mismo tiempo, los cambios demográficos, tales como el descenso de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha provocado un cambio en la pirámide poblacional donde para el año 2025 se esperan 3,55 millones de chilenos mayores de 60 años de edad. Estos cambios demográficos han ido de la mano con el aumento de prevalencia de enfermedades no transmisibles, las que traen consigo alta carga de morbimortalidad. Estas últimas representan la principal causa de años de vida saludables perdidos con un 84%, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de mortalidad en Chile. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 agrega datos alarmantes tales como 12,3% de la población de 15 años o más tiene sospecha de diabetes y 27,6% sospecha de hipertensión arterial. A lo anterior, se agrega su gran carga social particularmente en poblaciones de menor estrato socioeconómico, alto gasto bolsillo para las familias, y pérdidas de productividad traducidas en pérdidas económicas. Así, constituyen una de las barreras para el desarrollo del país, e incrementan aún más las inequidades sociales.

Actualmente, la respuesta del sistema de salud, en relación al cuidado de las personas en situación de cronicidad, requiere fortalecerse. Los cuidados de estas personas se desenvuelven en un sistema de salud que actúa de forma reactiva ante las enfermedades y descompensaciones de su población (atención episódica). La fragmentación en la provisión de servicios está generada por la oferta de salud basada en programas centrados en la enfermedad. 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!

En este contexto y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, surge la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (en adelante Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas), con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo, que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores. Se ha introducido el concepto de multimorbilidad, entendido como la existencia de 2 o más condiciones crónicas en una persona, situación frecuente en la población chilena, que trae consigo mayores riesgos para las personas, sobrecarga para el sistema e impacto en calidad de atención por parte del equipo de salud. Además, se busca reforzar el cambio en la atención de "paciente" a cuidado integral de "personas", entendiéndolas como un todo no fraccionado por programa o patología, logrando así un enfoque global, y haciendo a la familia y/o los cuidadores partícipes del proceso. Todo ello implica, que las personas con cronicidad y/o multimorbilidad, no registren alta. Esto es que las personas van a vivir permanentemente en una condición crónica que, si bien se puede compensar, disminuyendo sus complicaciones, no se puede curar.

El cambio requiere privilegiar, la entrega de cuidados y acompañamiento según riesgo 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. Además, se agrega el uso de tecnologías innovadoras, tales como el monitoreo remoto, poniendo a Chile en el camino de las tecnologías de la salud, con miras a mejorar las condiciones clínicas y el acompañamiento de las personas en situación de cronicidad.

El presente documento, establece el marco estratégico del cuidado integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad, permitiendo contextualizar futuras orientaciones, constituyéndose en un aporte a la salud de las personas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	3
Glosario de términos.....	8
Objetivo y alcance del documento	11
Capítulo I. Contexto	13
1.1. Situación demográfica: envejecimiento de la población	14
1.2. Aumento de la prevalencia de condiciones crónicas.....	18
1.3. Factores de riesgo asociados a condiciones crónicas.	23
1.4. Determinantes sociales de la salud.....	25
1.5. Economía y condiciones crónicas	27
1.6. Situación de cronicidad.....	28
1.7. Multimorbilidad y comorbilidad	28
1.8. Definición cuidados integrales.....	29
1.9. Respuesta de los sistemas de salud	29
1.10. Impacto en las personas y profesionales de salud	30
Capítulo II. Marco conceptual.....	31
2.1. Modelos de referencia	32
2.1.1. Modelo de cuidado para personas en situación de cronicidad.....	32
2.1.2. Experiencias internacionales en el manejo integrado de condiciones de cronicidad	35
2.1.3. Factores claves en la implementación del cuidado integral de la cronicidad.....	36
Capítulo III. Estrategia de Cuidado Integral centrada en las personas y sus familias.....	38
3.1. Población objetivo	39
3.2. Visión y objetivo de la Estrategia	39
3.3. Esquema global de la Estrategia	40
3.4. Bases de la Estrategia	42
3.4.1. Enfoque poblacional	42
3.4.2. Proceso de cuidado de personas en situación de cronicidad	44
3.4.2.1. Cuidados integrales centrado en la persona	44
3.4.2.2. Coordinación del cuidado	47
3.4.2.3. Recomendaciones de coeficientes técnicos para la programación de cuidado integral en personas con multimorbilidad.....	48

3.4.2.4. Registro del cuidado integral en personas con multimorbilidad.....	49
3.4.2.5. Criterios de priorización para la atención	49
3.5. Líneas estratégicas	51
3.5.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades.....	51
3.5.2. Responsabilidad y autonomía de las personas.....	54
3.5.3. Continuidad del cuidado.....	56
3.5.4. Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de las personas.....	56
Cápitulo IV. Desarrollo de procesos estratégicos.....	58
4.1. Procesos de soporte, claves y estratégicos en el cuidado de las personas.....	58
4.2. Equipos de salud: perfiles y formación.....	59
4.3. Evaluación de la Estrategia	62
Anexos	
Anexo 1. Listado de condiciones crónicas	63
Autoría.....	68
Referencias	71

Índice de tablas

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025.	15
Tabla 2. Prevalencias de condiciones crónicas. ENS 2016-17	19
Tabla 3. Cuidados integrales según estrato poblacional.....	51
Tabla 4. Criterios de priorización para los cuidados integrales de la multimorbilidad severa (G3).....	56
Tabla 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	59
Tabla 6. Principales funciones del profesional y técnico gestor de la multimorbilidad en el equipo de sector del centro de salud.	67

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Progresivo envejecimiento de la población chilena.....	14
Ilustración 2. Distribución de la población por sexo y edad. Año 2015.....	17
Ilustración 3. Esquema determinantes sociales en salud.....	27
Ilustración 4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.....	35
Ilustración 5. Medidas para mejorar resultados en personas con condiciones crónicas.....	37
Ilustración 6. Actores de cambios en el manejo de la situación de cronicidad	38
Ilustración 7. Planificación de la Estrategia de Cuidado Integral centrada en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la Cronicidad.....	43
Ilustración 8. Visión de la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el Sistema de Salud Chileno.	45
Ilustración 9. Esquema global de la Estrategia de Cuidado Integral para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad.....	46
Ilustración 10. Estratificación de personas con condiciones crónicas.....	48
Ilustración 11. Lineamientos estratégicos del Cuidado Integral centrado en la persona, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad.....	57
Ilustración 12. Plan de acción personal.....	62
Ilustración 13. Procesos de soporte, claves y estratégicos en el cuidado.....	66

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACV	Ataque Cerebrovascular
APS	Atención Primaria de Salud
AVD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DM2	Diabetes Mellitus 2
EEII	Extremidades inferiores.
EMPA	añadir posterior a ECNT.
EMPAM	Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENT	Enfermedades no Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC	Enfermedad Renal Crónica
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GBD	Global Burden of Disease (Carga Global de Enfermedad)
GES	Garantías Explícitas en Salud
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory (Observatorio Mundial de Cáncer)
GPC	Guía de Práctica Clínica
HbA1c	Hemoglobina Glicosilada
HDL	High Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidad)
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo al Miocardio
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LDL	Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Baja Densidad)
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
MET	Metabolic Equivalent of Task (Equivalente Metabólico Basal)
MM	Multimorbilidad
MCC	Modelo de Cuidado de Crónico
MCCP	Modelo Clínico Centrado en la Persona
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PM	Personas Mayores
PSCV	Programa de Salud Cardiovascular
RCE	Registro Clínico Electrónico
REM	Resumen Estadístico Mensual
RUI	Registro Único Integrado
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDRA	Sistemas de Información de Redes Asistenciales
SS	Servicio de Salud
TIA	Transitory Isquemic Accident (Isquemia Cerebral Transitoria)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

OBJETIVO Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

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

Se abordan los fundamentos y estrategias 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.

Se presenta como el marco conceptual estratégico, del cual se generan planes de acción específicos que operacionalizan la Estrategia de Cuidado Integral, centrado en las personas.



CAPÍTULO I.

CONTEXTO

En los últimos años se han producido una serie de cambios que han afectado de forma drástica la dinámica de funcionamiento del Sistema de Salud.

Los más relevantes han sido la modificación sustancial del estilo de vida, aumento de expectativa de vida y el incremento de la supervivencia de personas que presentan diversas patologías, que, con los avances de la medicina, han llevado a la cronificación de éstas. Otros factores tales como la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, influenciados por la situación geopolítica y económica, contribuyen al incremento de las enfermedades crónicas. Además, el acceso desigual a alimentos saludables, el escaso desarrollo de parques y ciclovías y el comercio inciden sobre los factores de riesgo relacionados, como la malnutrición por exceso y la inactividad física. Por consiguiente, es necesario incorporar los determinantes sociales y la necesidad de acciones intersectoriales (1).

En tanto, las condiciones crónicas frecuentemente son causa de discapacidades y situaciones de dependencia; por lo que, una coordinación adecuada con los programas de desarrollo social se hace imprescindible de cara a mejorar la calidad de vida de las personas, sus familias y cuidadores optimizando los recursos asociados.

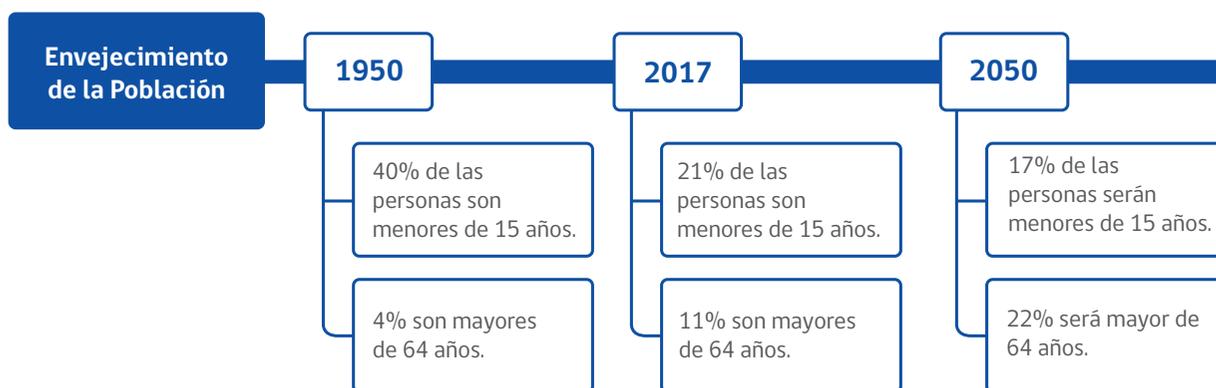
A partir de la evidencia disponible, las principales organizaciones internacionales en el ámbito de la salud recomiendan el desarrollo de estrategias específicas que disminuyan estos efectos (discapacidad, mortalidad prematura, costos para el sistema, deterioro de la calidad de vida entre otros) y que tengan un impacto directo en la mejora de la calidad de la prestación a las personas con condiciones crónicas y una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Así, se busca dar respuesta adecuada a las necesidades de las personas con condiciones crónicas, con integralidad y continuidad de los cuidados.

A continuación, se describen los principales elementos de contexto a tener en consideración.

1.1. Situación demográfica: envejecimiento de la población

Chile ha cursado importantes cambios demográficos en los últimos años, variando su estructura poblacional, con el agregado contemporáneo de conductas y hábitos de vida no saludables (2). Debido a significativos avances económicos y sociales, progresos de la medicina y de las políticas en salud, la población chilena está viviendo una transición demográfica avanzada o la cuarta fase de una transición demográfica. Esta supone un sostenido envejecimiento de la población debido a un descenso de las tasas de natalidad y de mortalidad, asociado a un aumento en la expectativa de vida (3). En la ilustración 1 se muestra el progresivo envejecimiento de la población chilena.

Ilustración 1. Progresivo envejecimiento de la población chilena.



Fuente: Censo 2017.

El envejecimiento de la población es más que un cambio demográfico; no es una modificación en las cifras con las que se construyen políticas públicas, sino que más bien, es una transformación en la forma como se desarrolla la sociedad en su conjunto y cómo debe enfrentar su desarrollo futuro (4).

A continuación, se profundiza en algunos de los aspectos que han llevado a esta transición demográfica y epidemiológica.

Aumento de la expectativa de vida

La esperanza de vida al nacer, indicador global de mortalidad, ha aumentado en los últimos 60 años, desde 54,8 años para ambos sexos en el quinquenio 1950-1955, hasta 79,68 años entre 2015-2020, cifra cercana a la de países desarrollados (78-81 años promedio) (5). En la tabla 1 se muestra el aumento sustancial cursado en los últimos años y proyecciones para el año 2025.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025.

Período	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,80	52,91	56,77
1955-1960	56,20	53,81	58,69
1960-1965	58,05	55,27	60,95
1965-1970	60,64	57,64	63,75
1970-1975	63,57	60,46	66,80
1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,70	67,38	74,16
1985-1990	72,68	69,59	75,89
1990-1995	74,34	71,45	77,35
1995-2000	75,71	72,75	78,78
2000-2005	77,74	74,80	80,80
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,10	76,12	82,20
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

Fuente: Instituto nacional de estadísticas. Proyecciones y estimaciones de población, total país. 2004.

Algunos factores que han influido en el aumento de la expectativa de vida son:

Medio ambiente y salud

Destacan en este punto las condiciones de saneamiento, especialmente el agua potable, el alcantarillado y la disposición de residuos (6).

Respecto al acceso al agua potable, Chile ha logrado una amplia cobertura de saneamiento básico. En el año 1990, sólo el 90,2% de la población a nivel nacional tenía acceso a agua potable, con una importante diferencia entre el sector urbano (98,9%) y el sector rural (46,7%) (7). En el año 2011, la cobertura de agua potable había aumentado al 99,8% de las zonas urbanas. El 96,1% de los hogares disponía de alcantarillado y el tratamiento de aguas servidas alcanzaba al 99,2% (8). Desde el año 2015, la proporción de población que accede a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable es en promedio 99%, siendo 99,7% correspondiente a área urbana y 93,3% a rural (9). Destacar el aumento de la disponibilidad de agua potable en sector rural, pasando de 46,7% en 1990, a 93,3% en 2015.

El mejoramiento y cumplimiento de la norma nacional de calidad del agua potable ha influido en evitar enfermedades infecciosas, como el Cólera y la Hepatitis A, e intoxicación por metales como es el caso de la reducción de Arsénico en el suministro de agua en la Región de Antofagasta. Influyendo así en el desarrollo y en la disminución de la mortalidad de enfermedades infecciosas transmisibles y por intoxicación debidas al consumo de agua.

Programa Nacional de Inmunizaciones

El país cuenta desde 1978 con un Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecto contagiosas, inmunoprevenibles, contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil. Dentro de sus logros más destacados están la erradicación de la viruela (1950), la poliomielitis (1975) y el sarampión (1992) (10).

Este programa tiene un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias por enfermedades prevenibles a lo largo de todo el ciclo vital, comprendiendo infancia, escolares y personas mayores (10). Actualmente da cobertura a Tuberculosis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos convulsiva, enfermedades invasoras por H. influenzae tipo b, Poliomielitis, enfermedades invasoras por S. pneumoniae, Sarampión, Rubéola, Paperas, enfermedades invasoras por N. meningitidis, Hepatitis A e infecciones por Virus Papiloma Humano (11) y varicela en el año 2020.

Disminución de mortalidad en todas las edades

La mortalidad, en conjunto con la fecundidad, determina el crecimiento natural de la población en un período de tiempo dado. Chile ha alcanzado un promedio de vida cercano a los 80 años, muy superior a generaciones de la década de 1920, que vivían aproximadamente 50 años (12).

La mortalidad infantil, correspondiente a las defunciones de menores de 1 año de edad, ha disminuido desde 9,3% el año 2000 a 7,0% el año 2016, reduciéndose un 24,7% en este período (13). En lo anterior, han influido medidas descritas por la OMS, tales como: cuidado domiciliario apropiado, tratamiento oportuno de las complicaciones de recién nacidos, atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años, programa ampliado de inmunizaciones y alimentación del lactante (12). Se suma a lo anterior la atención profesional del parto.

La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015, considerando soluciones sanitarias tales como atención prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto y atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto (12). En Chile, el continuo desarrollo social, económico y sanitario del país permitió reducir las muertes maternas atribuibles a aborto, hipertensión arterial y sepsis puerperal en más de un 50% en el período 1990-2000, cumpliendo con el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en Las Américas (14). A lo anterior, se agrega la reducción de mortalidad asociada a mejores cuidados durante el embarazo y el parto (15). Importante es destacar que Chile cuenta con la razón de mortalidad materna reportada de 9,0/100.000 nacidos vivos, la segunda más baja de Las Américas reportada después de Canadá (6,0/100.000 nacidos vivos) (16).

Descenso de la tasa de natalidad

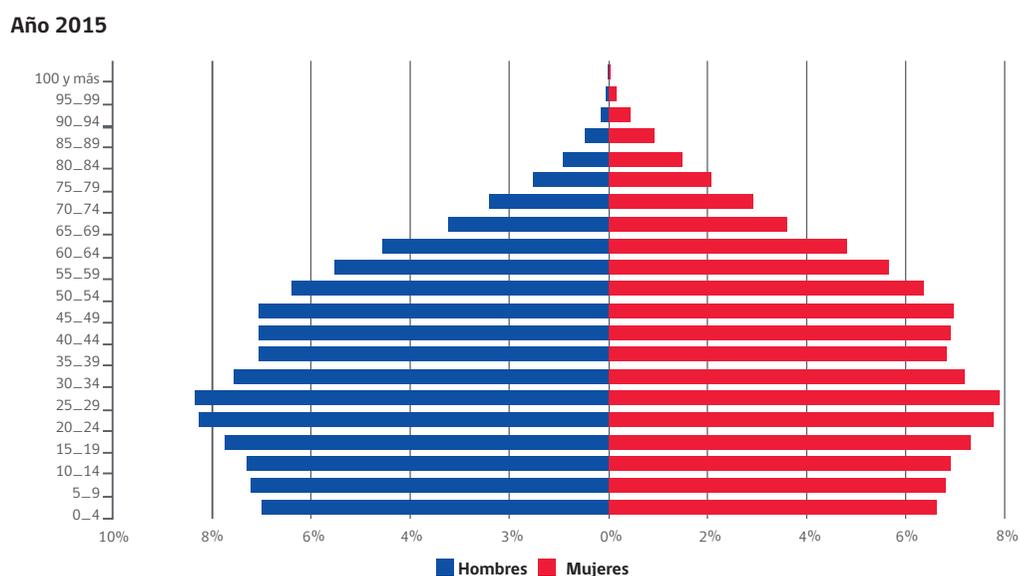
En Chile la natalidad ha presentado una sostenida reducción. La tasa global de fecundidad pasa de 5,5 hijos por mujer en el período 1955-1960, a 1,89 hijos por mujer en 2010-2015, siendo la proyección para 2020-2025 de 1,7. Estas tasas actualmente se encuentran bajo el nivel de reemplazo poblacional (13).

Cuando se examinan las tasas de fecundidad por edad, se observa que los principales aportes al número medio de hijos por mujer, generalmente provienen de mujeres entre 20 y 30 años. Sin embargo, al interior de este tramo de edades durante los últimos 12 años, se han experimentado diferentes comportamientos. Entre 1990 y 1995, las mujeres del grupo 20-24 años eran quienes presentaban las tasas de fecundidad más elevadas, características de una estructura de la fecundidad “temprana”, luego en el quinquenio 1995-2000 los grupos de edades 20-24 años y 25-29 años presentaban prácticamente la misma importancia relativa al aporte total del número de hijos por mujer, transformándose en una fecundidad “dilatada” (13).

Distribución de población por sexo y edad: cambio en la pirámide poblacional

Lo anterior se traduce en un cambio de la pirámide de nuestra población, cuyos habitantes mayores de 60 años representaba el 6,9% y se espera que el 2050 sea el cuarto de la población total (24,1%) (9). Al año 2015, el mayor número de habitantes se concentraba en rango etario de 25-29 años, representando el 8,4% de la población hombres y 7,9% mujeres. De esta manera, la pirámide poblacional de Chile ha pasado de tipo progresiva en el año 1960, a un tipo regresiva, como la que se presenta en la ilustración 2 (17).

Ilustración 2. Distribución de la población por sexo y edad. Año 2015.



Fuente: CEPALSTAT Naciones Unidas, 2019.

Esta se caracteriza por estar construida en base a una baja tasa de natalidad, baja tasa de mortalidad, alta esperanza de vida y grupos de personas de mayor edad (17). Así, da cuenta de una población envejecida, con baja tasa de recambio.

A nivel mundial se han desarrollado acciones que permitan paliar los efectos y consecuencias del proceso demográfico actual que, en el ámbito de la salud, debido entre otros al aumento de la expectativa de vida, se expresan en el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Estas acciones son planes, proyectos, programas y políticas que permitan dar respuesta a la necesidad urgente de mejorar las condiciones de vida de la población mayor.

1.2. Aumento de la prevalencia de condiciones crónicas

Chile en las últimas décadas muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a condiciones crónicas las cuales representan la principal causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) con una carga de enfermedad de un 84%, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte y de años de vida ajustados por discapacidad (AVD) (18) (19). De este último indicador el 5,6% corresponde a hipertensión arterial y 2,3% a la glicemia elevada (20). La tabla 2 muestra las prevalencias de algunas patologías crónicas de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, cuya población comprende personas de 15 años o más (21).

Tabla 2. Prevalencias de condiciones crónicas. ENS 2016-17.

	Prevalencia ENS 2016-2017 (%)	Número absoluto población >15 años de edad.
Total		14.050.253
Sedentarismo	86,7	12.181.569
Síndrome metabólico	40,1	5.634.151
Sobrepeso	39,8	5.592.001
Obesidad	34,4	4.833.287
Sospecha de depresión en últimos 12 meses	15,8	2.219.940
Tabaquismo	33,3	4.678.734
Dislipidemia	27,8	3.905.970
Sospecha Hipertensión arterial (HTA)	27,6	3.877.870
Enfermedad renal crónica etapa 3a - 5 (VFGe)	3	421.508
Sospecha diabetes mellitus 2 (DM2)	12,3	1.728.181
Consumo de riesgo de alcohol	11,7	1.643.880
Infarto agudo al miocardio (auto reporte)	3,3	463.658
Ataque cerebrovascular (auto reporte)	3,2	449.608
Población portadora de HTA y DM2	6,8	828.347
Población portadora de HTA, DM2 y obesidad	3,8	462.900

Fuente: INE y ENS 2016-2017.

Enfermedades cardiovasculares

En Chile, el ataque cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón (o infarto al corazón) constituyen la primera causa de muerte, principalmente para personas mayores de 65 años de edad (117).

Algunos de los lineamientos propuestos desde la Estrategia Nacional de Salud con miras a aumentar la sobrevivencia de personas que presentan este tipo de enfermedades son la incorporación del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y el Ataque Cerebro Vascular (ACV) en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Esta incorporación al GES generó un aumento significativo en métodos de hospitalización precoz, diagnóstico oportuno por imágenes, acceso a tratamiento y prevención secundaria (22).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) se constituye como problema de salud pública, ya que causa morbimortalidad cardiovascular, representando el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica y todas las causas de muerte cardiovascular (23).

Para su enfrentamiento, la Estrategia Nacional de Salud 2011–2020 se ha propuesto “incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada”. Dentro de las estrategias desarrolladas a la fecha se incluyen, el programa de salud cardiovascular, para mejorar la calidad de manejo de las personas en control. Así también, se incluyó la Hipertensión Arterial en el régimen GES el año 2005, se ha impulsado el screening de factores de riesgo a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), uso de tecnologías para la detección y control de personas hipertensas, entre otras.

Dislipidemia

Numerosos estudios sugieren la asociación del colesterol y lipoproteínas a enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, tales como el infarto agudo al miocardio, evidenciando que el riesgo de enfermedad coronaria es directamente proporcional a los niveles séricos de colesterol (24). Los principales factores de riesgo para estas enfermedades, tabaquismo, hipertensión, HDL bajo y diabetes, aceleran el proceso aterogénico (25). La piedra angular de la prevención de enfermedades crónicas son las intervenciones en el estilo de vida, cuyo objetivo principal en las dislipidemias es mejorar el colesterol aterogénico, el LDL (26). Estas intervenciones comprenden el cambio en la composición de la dieta, aumentando ingesta de vegetales, frutas, legumbres, pescados; el control del peso corporal y el realizar actividad física (27).

Diabetes mellitus 2

La diabetes mellitus 2 (DM2) es un trastorno metabólico de carácter multisistémico causado por varios factores que provocan un mal funcionamiento de la captación de insulina o de la secreción de ésta, llevando a una hiperglicemia crónica que pone a la persona en riesgo de complicaciones macro y microvasculares específicas asociadas con la enfermedad. Es factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares (27).

En los últimos años, tanto la mortalidad asociada a diabetes como su prevalencia han presentado una tendencia ascendente, siendo la principal causa de muerte en las personas con diabetes la enfermedad

cardiovascular. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de nuevos casos de ceguera en adultos de 20 a 74 años en países desarrollados y el glaucoma, las cataratas y otros trastornos oculares, ocurren antes y con mayor frecuencia en las personas con diabetes (20).

La diabetes aumenta enormemente el riesgo de sufrir amputación de miembros inferiores, constatándose que es de 10 a 20 veces más frecuente en las personas con diabetes (28). Cada año, más de un millón de personas sufre amputaciones no traumáticas como resultado de esta patología, lo que se traduce en una amputación cada 20 segundos a nivel mundial (29). Los datos nacionales disponibles sugieren una tasa de 385 por 100.000 diabéticos mayor de 15 años según prevalencia de 12,3% beneficiarios del sistema público. Con una proporción de hombres versus mujer de 74% y 26% respectivamente con un promedio de edad en el momento de la amputación de 65 años. La amputación por diabetes es una tragedia para la persona y la familia, así como también una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud y sociedad (30).

Algunas de las estrategias orientadas a “incrementar la proporción de personas con diabetes controlada” a partir de control de hemoglobina glicosilada, propuestas en la Estrategia Nacional de Salud, incluyen: inclusión de diabetes dentro del régimen GES el año 2005, Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) y Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que incluye detección de diabetes en todas las personas de 15 años y más. Recientemente se suman estrategias orientadas a facilitar la atención por especialistas de la mano de tecnologías innovadoras, mediante servicios que prestarán especialistas y otros profesionales de salud a médicos de la Atención Primaria con el fin de apoyarlos en la atención que brindan a personas que presenten un manejo deficiente de sus condiciones crónicas y que tienen mayor riesgo de descompensación y de consultas presenciales en establecimientos de la Red Asistencial. Para ello, se implementa a nivel nacional el uso de tecnologías de atención a distancia, que son un aporte a la compensación y manejo de la persona con diabetes mellitus, Enfermedad Renal Crónica, personas mayores, entre otros, disminuyendo la demanda para atención presencial y mejorando el pronóstico y complicaciones secundarias asociadas.

Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) corresponde a la alteración de la función y/o estructura renal producida por un grupo heterogéneo de enfermedades o condiciones, que afectan estructuras renales en distintos patrones temporales (aguda, crónica o episodios) durante al menos 3 meses (31). Las causas más frecuentes de mortalidad de ERC son las enfermedades cardiovasculares. El número de personas en hemodiálisis crónica ha aumentado 147% entre los años 1999 y 2010, y de acuerdo a porcentaje de gasto GES, la ERC representa 14,9% del total del gasto (31).

Como estrategia utilizada para prevenir la ERC, se ha promovido el control adecuado de personas de alto riesgo (diabéticos, hipertensos) a través del control de cifras de presión arterial, glicemia, colesterol LDL y proteinuria. El control nefrológico oportuno en una persona con ERC etapa 4 ha evidenciado mejorar el pronóstico de las personas, reduciendo mortalidad y costos asociados a tratamiento, y de acuerdo a este punto, la propuesta de uso de tecnología distancia por especialista nefrología, ha surgido como un elemento innovador de cuidados de las personas con ERC (32).

Cáncer

El cáncer se ha identificado como la segunda causa de muerte a nivel nacional, precedida por enfermedades del sistema circulatorio. De acuerdo al Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN por sus siglas en inglés: Global Cancer Observatory), la incidencia para el año 2018 en Chile es de 53.365 nuevos casos totales, correspondiendo a 27.483 hombres y 25.882 mujeres. Las causas de mortalidad específica por tipo de cáncer y sexo al año 2015 corresponden para hombres en primer lugar a estómago, seguido por próstata y pulmón. En el caso de las mujeres, como primer lugar se encuentra mama, seguido de pulmón. Asimismo, el cáncer es la primera causa de muerte en cinco regiones del país: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Los Lagos y Aysén (2)..

Al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles, se asocia con factores de riesgo y patologías que facilitan su desarrollo, como son alimentación no saludable, sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, agentes infecciosos como el virus de hepatitis C, factores ocupacionales y medioambientales.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer, con estrategias que buscan controlar los factores de riesgo de cáncer, mejorar la detección oportuna de cánceres, mejorar la calidad de los tratamientos y mejorar los sistemas de información relacionados a cáncer. Así, uno de los grandes logros de este último quinquenio es el lanzamiento del Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, cuyo fin es implementar estrategias que permitan el logro de los objetivos propuestos para la atención oportuna de esta patología en todo el país, con una mirada integral en la forma cómo el Estado enfrenta la enfermedad, incluyendo la promoción de la salud y prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno de la enfermedad, tratamiento adecuado, cuidados paliativos, seguimiento y rehabilitación (2).

Obesidad

La obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética (23). La federación mundial de obesidad la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, que constituye una epidemia global (33) (34).

Su prevalencia a nivel mundial se ha triplicado entre 1975 y 2016, alcanzando cifras de más de 1,9 billones de adultos de 18 años o más con sobrepeso, de los cuales 650 millones eran obesos, es decir, 13% de la población adulta a nivel mundial (35) (36). A nivel nacional, las cifras muestran que 31,2% de las personas mayores de 15 años son obesas, 3,2% obesas mórbidas, y 39,8% tienen sobrepeso.

Algunas medidas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud han estado enfocadas a regular entornos alimentarios, tales como la Ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad (Ley de etiquetado de alimentos), impuesto al azúcar y bebidas azucaradas, estrategias de promoción de la salud, entre otras (37). Es imperativo el trabajo intersectorial, comprometiendo entidades del ámbito laboral, social, educacional e industrial, entre otros.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, cobrando 35 millones de vidas y, tan sólo en el año 2016, 1 millón de personas fallecieron por causas relacionadas a este en el mundo (39).

En Chile, la infección por VIH es la segunda ITS con mayor número de notificaciones, estimándose 5.000 nuevos casos anualmente, con prevalencia en población de 15-49 años de edad de 0,5% con 65.000 casos de infección por este virus (38). En el período 2010-2015, se confirmaron 21.856 nuevos casos (38). Las muertes por SIDA hasta 2014 fueron 9.327, un 87% de ellas correspondientes a hombres. Ahora bien, la mortalidad ha experimentado una disminución pasando de 3,5/100.000 habitantes en el año 2001 a 2,8/100.000 habitantes en el año 2014, atribuyéndose en parte al impacto positivo de la terapia antiretroviral (40).

Con propósito de avanzar en la meta “disminuir la mortalidad por SIDA”, Chile, al igual que otros países de la región, se suma al esfuerzo mundial contra estas infecciones, consolidando un Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS, asociado a un Plan de Acción, que responda a las necesidades del territorio, considerando los aspectos socio demográficos nacionales y locales, además del abordaje de diversas líneas de acción que permitan avanzar en las metas y logros propuestos, dando sostenibilidad en el tiempo y garantizando una orientación en concordancia con las acciones sanitarias nacionales, promoviendo la intersectorialidad, la participación, la equidad de género y basado en los derechos humanos.(40). Se busca dar respuesta a estrategias mundiales como es 90-90-90 de ONUSIDA, que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH; que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada; que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral (41). Los anteriores se han conocido como estrategia 90-90-90, de los cuales Chile se ha hecho parte.

Condiciones neuropsiquiátricas

Las enfermedades neuropsiquiátricas están dentro de los tres subgrupos de enfermedades con mayor carga de AVISA en Chile, siendo la depresión la segunda causa de mayor carga (42). Según la ENS 2016-2017, la prevalencia de síntomas depresivos en el último año en personas de 15 años y más es de 15,8%, con diferencias estadísticamente significativas ajustadas por sexo, evidenciándose prevalencias de 10% en hombres y 21,7% en mujeres (43). La depresión corresponde a la condición asociada con mayor frecuencia a multimorbilidad (44). Respecto a otras condiciones mentales, a diciembre de 2018 en Chile habían: 208.097 personas con diagnóstico de trastornos afectivos, 232.122 con diagnóstico de trastornos de ansiedad y 5.259 personas esquizofrenia (45).

Las anteriores condiciones mentales, principalmente la depresión, han presentado la mayor relación causal con comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, predisponiendo a este (32). Dado que la depresión se revela como una condición fuertemente asociada a la multimorbilidad en las condiciones crónicas no transmisibles y que implica un riesgo suicida específico, en particular en adolescentes y jóvenes, se debe destacar la importancia de su abordaje.

1.3. Factores de riesgo asociados a condiciones crónicas

Las enfermedades crónicas se caracterizan por un curso prolongado, por la ausencia de resolución espontánea y porque rara vez se curan totalmente. Sin embargo, actuando sobre sus respectivos factores de riesgo pueden ser prevenidas. Si estos factores de riesgo fueran eliminados, se podría prevenir al menos el 80% de las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus y el 40% de los cánceres.

El aumento de las enfermedades no transmisibles se debe principalmente a cuatro importantes factores de riesgo que son compartidos por varias de las ENT más frecuentes: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo de alcohol y dieta inapropiada (22).

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco a nivel mundial cobra 7,2 millones de vidas al año. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, 33,3% de la población de 15 años o más tienen hábito tabáquico en Chile.

Resulta imperativo prevenir el consumo de tabaco en todas las etapas del curso de vida con énfasis promocional y preventivo en la niñez y la adolescencia. A nivel mundial, se han impulsado iniciativas como el Plan MPOWER, de la Organización Mundial de la Salud, que reúne estrategias para reducir el consumo de tabaco tales como monitorizar el consumo de éste, proteger a la población del consumo de tabaco, ofrecer ayuda para su abandono, advertir los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y aumentar los impuestos al tabaco (46), medida adoptada en distintos campos por el Ministerio de Salud. A nivel intersectorial se han impulsado políticas como la ley antitabaco y la prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de libre acceso al público, políticas regulatorias de la publicidad de productos de tabaco permitiéndola solo en puntos de venta, división de locales comerciales en puntos de fumadores y no fumadores, aumento de impuestos de tabaco, entre otras. Además del convenio Marco de Tabaco impulsado por la OMS al cual Chile suscribió.

Uso nocivo de alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos, cuyo consumo nocivo conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades (47) y se asocia a 3,3 millones de muertes anuales.

La prevención y control de las enfermedades no transmisibles requiere intervenciones costo eficaces basadas en evidencias, las denominadas "best buys", que de acuerdo a la OMS en el caso del consumo nocivo de alcohol son: aumentar impuestos a las bebidas alcohólicas, aplicar prohibición o restricción integral a la publicidad del alcohol, aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol, ofrecer intervenciones psicosociales a personas que consumen alcohol de forma peligrosa y nociva (47). Al respecto, Chile ha desarrollado importantes políticas públicas, como la "Estrategia nacional sobre alcohol: reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias" cuyo foco es reducir sustancialmente el consumo nocivo y sus consecuencias, buscando generar un cambio cultural en la convivencia de los chilenos con el alcohol, que finalmente se traduzca en que la mayoría adhiera y practique un patrón de consumo de alcohol sin riesgo (48). Así también se constituye como uno de las estrategias nacionales de salud: reducir el consumo de riesgo de alcohol.

Sedentarismo

El sedentarismo se define como las actividades asociadas a un gasto energético menor a 1,5 equivalentes metabólicos basales (METs) e incluye actividades como estar sentado, ver televisión, conducir, entre otras (49).

Epidemiológicamente se asocia a 1,6 millones de muertes anuales a nivel mundial. Los niveles de actividad física bajos son un problema de salud pública a nivel mundial. Según la OMS al menos un 60% de la población mundial no realiza actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud (49). En Chile, la ENS 2016–2017 indica que el sedentarismo alcanza 97% de prevalencia en personas con 8 o menos años cursados, disminuyendo a 82,1% en personas de 12 o más años de estudio (51).

El sedentarismo es un factor de riesgo cardiovascular y metabólico, asociado a obesidad, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares en general y el cáncer.

A nivel del Ministerio de Salud, se han impulsado iniciativas que buscan promover la actividad física a lo largo del curso de vida, considerando que los beneficios que esta produce son amplios: mejora la capacidad funcional, disminuye los riesgos de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, mejora la salud del sistema óseo y ayuda a disminuir y controlar los síntomas de depresión y ansiedad. Entre algunas iniciativas desarrolladas con el intersector destaca el programa “Mas personas mayores autovalentes”, orientado a mantener la autovalencia de las personas mayores (52), “Elige Vivir Sano”, cuyo foco es la prevención de la obesidad con la finalidad de desarrollar la promoción del derecho a una vida saludable y la creación de oportunidades para el acceso a una alimentación saludable y a la actividad física, promoviendo sus cuatro pilares fundamentales: alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia (53).

Dieta malsana

La dieta malsana es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Las recomendaciones poblacionales e individuales a lo largo del curso de vida son: lograr el equilibrio calórico y un peso saludable; reducir la ingesta calórica procedente de grasas, cambiando saturadas por insaturadas y eliminando los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de azúcares libres; reducir el consumo de sal (sodio) y garantizar que esta última esté yodada (54).

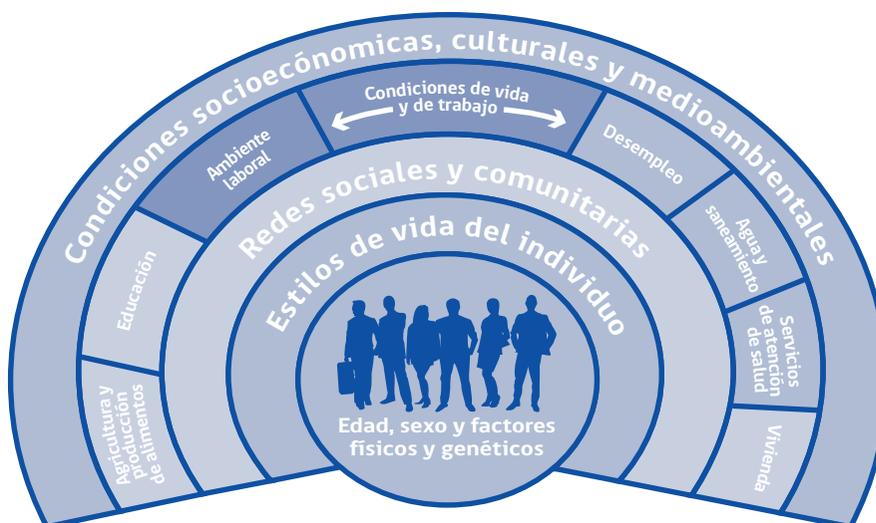
Al respecto, desde el Ministerio de Salud se han impulsado diversas medidas, algunas de enfoque poblacional como la Ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad (Ley de etiquetado de alimentos), el impuesto a las bebidas azucaradas. A pesar de lo anterior, la prevalencia de dieta malsana se mantiene elevada, por lo que es necesario crear medidas que aporten a la contención e idealmente su disminución. Las políticas intersectoriales se revelan como fundamentales para lograrlo.

1.4. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; incluido el sistema de salud (56). Estos determinantes explican las inequidades sanitarias. La ilustración 3 describe algunos de los principales condicionantes. En la actualidad existen distintos indicadores que evidencian este tipo de realidades, uno de ellos es el coeficiente de Gini el que se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos dentro de un país. Chile tiene un coeficiente Gini al año 2015 de 0,47, de un rango de 0 a 1, ubicándose así en el octavo puesto a nivel de América, mostrando una importante desigualdad de ingresos entre su población, lo que se correlaciona con la salud de esta (55). Chile cuenta además con un alto porcentaje de gasto de bolsillo en salud, siendo de 31% respecto al gasto total en salud, uno de los más altos de la región (55).

Por otro lado, la prevalencia de ciertas patologías en Chile, tales como la obesidad y los síntomas depresivos, es mayor en niveles educacionales menores a 8 años de duración (57).

Ilustración 3. Esquema determinantes sociales en salud.



Elaboración basada en Dahlgren, Göran & Margaret Whitehead "Policies and strategies to promote social equity in health". Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier, 2007:14

El nivel educacional y la pobreza, son los determinantes sociales que frecuentemente se asocian a condiciones crónicas y es necesario tener en cuenta los demás condicionantes socio económicos y culturales, tales como el desempleo, las condiciones laborales, el tipo y la condición de la vivienda, así como la producción de los alimentos. Por tanto, las alianzas intersectoriales, entendidas como las organizaciones de diferentes ámbitos del desarrollo humano, son necesarias para poder ampliar la mirada de los motivos que "enferman" a las personas, familias y comunidades, incorporando las distinciones de género e interculturalidad entre otros.

Nivel educacional

La tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más en Chile descendió desde 3,9% el año 2000 a 3,6% el año 2017, diferencias importantes se encuentran por zona en donde para el año 2017 el analfabetismo en zona rural es de 8,3, versus 2,9 en lo urbano, variando también los años de

escolaridad promedio de la población, de 11.1 para mujeres y 11,3 para hombres el año 2017, a 11,5 y 11,7 el año 2017, respectivamente (116). Para el último quinquenio, la tasa de alfabetización de personas de 15 a 24 años es de 99,4%, de matrícula en educación primaria para todas las edades de 92,9%, variando sustancialmente a educación secundaria con 87,1% (9).

Existe evidencia que señala que el nivel educativo podría ser el factor socioeconómico que mejor describe las desigualdades sociales en salud (58). De acuerdo al informe OECD 2018, las personas de entre 25 y 64 años presentan ingresos directamente proporcionales a los años de estudio cursados, donde las personas con un nivel educacional inferior a la educación secundaria tienen en promedio ingresos semanales de 68 dólares, mientras que los magísteres, doctorados o equivalentes tienen ingresos semanales cercanos a 472 dólares, dando un promedio país total de 237 dólares semanales (59).

La educación y la salud están íntimamente relacionadas, constituyendo un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico (60). El camino causal que vincula la educación con la mortalidad es complejo, se ha visto que están vinculados a varios factores de riesgo de comportamiento y de enfermedades crónicas, como el tabaquismo, el analfabetismo, la mala alimentación y nutrición y los bajos niveles de actividad física. La educación brinda a las personas el conocimiento que permite mejorar las opciones de salud personal y determina su nivel de ingresos, lo que en determinados países se traduce en mejor acceso a la atención médica de calidad (61). La meta de una mejor salud es entonces un objetivo común de la sociedad, lo que determina que son necesarias políticas públicas intersectoriales que incorporen diferentes ámbitos del desarrollo social.

Pobreza

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más ricos y dentro de un mismo país, las personas pobres tienen más problemas de salud que aquellas de mayores ingresos (62). Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en dos sentidos: la pobreza genera mala salud y la mala salud causa más pobreza. Así, la carga creciente de las condiciones crónicas contribuye a la pobreza y se constituye en una barrera para el desarrollo, y al afectar en forma desproporcionada a los individuos más pobres, contribuye a incrementar las inequidades entre grupos sociales (63). En general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres de los países (64).

Ahora bien, es importante destacar que la pobreza se caracteriza por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente el potencial humano, lo que, traducido en salud, sería la falta de acceso a la atención de salud y la información o entorno que les permita llevar una vida sana.

Algunas de las políticas públicas de los últimos años, orientadas a facilitar el acceso y protección financiera a la atención de salud incluyen, las Garantías Explícitas en Salud (GES), que son relativas al acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, constituyendo un plan para personas inscritas en FONASA e ISAPRES (65).

Finalmente tener en consideración las redes sociales y comunitarias, como factor cada vez más gravitante en la continuidad de cuidados, especialmente en personas mayores.

1.5. Economía y condiciones crónicas

Las condiciones crónicas representan cerca del 60% de las causas de muertes a nivel mundial, y 40% de las causas de muerte prematura. Se estima que los costos de estas y sus factores de riesgo, medidos por estudios de costo de enfermedad van desde 0,02 a 6,77% del producto interno bruto (PIB) de un país, siendo el costo de las patologías cardiovasculares entre 1-3% del PIB (66). A lo anterior, se agregan importantes costos para las familias, llegando hasta el 15-25% de los ingresos familiares, con un importante impacto en la productividad laboral, constituyendo un impacto para nuestra macroeconomía (67).

Otro de los alarmantes antecedentes hace referencia a la carga creciente de las enfermedades crónicas como contribución a la pobreza y que se constituye en una barrera para el desarrollo. Al afectar en forma desproporcionada a los individuos más pobres, contribuye a incrementar las inequidades entre grupos sociales. Durante los próximos 20 años, las ENT costarán más de US \$ 30 billones a nivel mundial, lo que representa el 48% del PIB mundial del año 2010, y se relaciona directamente con el movimiento de población debajo de la línea de pobreza.

El costo de la continua subinversión en la lucha contra las enfermedades no transmisibles se ha estimado en US \$ 47 billones en el producto interno bruto perdido a nivel mundial desde 2011 hasta 2025.

Las simulaciones macroeconómicas sugieren una pérdida acumulada de producción de US \$ 47 billones durante las próximas dos décadas, por las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y la salud mental. Esta pérdida representa el 75% del PIB mundial en 2010 (US \$ 63 billones). El suficiente dinero para erradicar la pobreza en dos dólares por día entre los 2.500 millones de personas en ese estado durante más de medio siglo (68).

Un informe de Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial, destaca que las medidas poblacionales para reducir el consumo nocivo de tabaco y alcohol, así como una dieta poco saludable y la inactividad física, cuestan US \$ 2 mil millones por año para todos los países de ingresos bajos y medios, que se traduce a menos de US \$ 0.40 por persona (68). Así, los esfuerzos que se realicen en la línea de potenciar factores protectores, reducir factores de riesgo y erradicar las enfermedades no transmisibles serán de gran impacto tanto a nivel de macro como micro economía de la población, por gasto directo y por lo que significa su relación con el volumen productivo.

1.6. Situación de cronicidad

El concepto de enfermo crónico se ha modificado en el último tiempo, pasando de la definición de sujeto afecto de una única enfermedad, a una representación como crónico de las personas con varias condiciones crónicas. Así, la enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante, para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación en su autonomía (69).

Más allá de enfermedades concretas o colectivos específicos, se debe contemplar desde los condicionantes estructurales y los estilos de vida que inciden en la progresión de las patologías hasta las necesidades socio-sanitarias de la persona en situación de cronicidad y sus cuidadores: desde las etapas iniciales hasta la atención de la fase final de la vida pasando por la atención, la convalecencia y la rehabilitación (70).

Entendemos que el foco de atención ha pasado desde la enfermedad crónica a la situación de cronicidad de la persona, adaptando nuestra terminología para referirnos a condiciones crónicas.

Siendo el foco la persona, el enfoque de cronicidad descrito aplica tanto para problemas de salud de carácter biológico como problemas de índole psicológico y/o psiquiátrico, lo que amplía la gama de enfermedades involucradas como la complejidad en su abordaje y la definición de líneas de acción.

1.7. Multimorbilidad y comorbilidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la multimorbilidad se define como la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas en una misma persona, incluidas: las condiciones crónicas de larga duración, como la enfermedad cardiovascular o el cáncer; las condiciones mentales de larga duración, como el trastorno del ánimo o la demencia; y/o las enfermedades infecciosas de larga duración, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o la Hepatitis C (74). Ahora bien, dado que el sistema chileno de salud cuenta con programas estructurados diferenciados de atención a las personas con patología infecciosa crónica (por ejemplo, tuberculosis y VIH), entenderemos como multimorbilidad la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condición mental de larga duración, entre otras que se detallan en el anexo 1.

Por otro lado, comorbilidad corresponde a la coexistencia de una patología índice, de base crónica que es foco de atención del individuo, con una o más patologías añadidas.

La prevalencia de multimorbilidad está aumentando a nivel global, principalmente por el envejecimiento de la población, pero también por otros factores como obesidad, urbanización y aumento de prevalencia de condiciones crónicas (72). Desde el punto de vista epidemiológico, se estima que en Chile aproximadamente 11 millones de adultos de 15 o más años viven con 2 o más enfermedades crónicas simultáneas que requiere atención médica y control de por vida. Se estima además que 2,4 millones de ellos viven con 5 o más de esas enfermedades simultáneamente (21).

En Chile a diciembre de 2018, existían en los diferentes programas, 2.345.246 personas bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del Ministerio de Salud, de los cuales 1.151.486 (49,1% del total), corresponden a riesgo cardiovascular alto. De acuerdo a las patologías comprendidas en el programa: 1.873.503 personas tienen hipertensión arterial (79,9%), 887.151 diabetes mellitus (37,8%),

1.134.861 personas dislipidemia (48,4%), 82.358 personas tienen antecedente de infarto agudo al miocardio (3,5%) y 92.541 de enfermedad cerebrovascular (3,9%) (73). Respecto a la salud mental, 208.097 personas padecen trastornos afectivos, 232.122 personas trastornos de ansiedad y 5259 personas tienen diagnóstico de esquizofrenia (45).

El impacto de la multimorbilidad en las personas es muy variado y de alto riesgo. Uno de los múltiples factores que intervienen es la polifarmacia, con las consiguientes interacciones medicamentosas y efectos adversos, que llevan a baja adherencia al tratamiento. Produciendo a su vez otros daños que se agregan a las patologías crónicas de base, como son daño renal o hepático, e incluso deterioro cognitivo en algunos casos. Debiendo tomar en consideración la desprescripción como una posibilidad en los cuidados a lo largo de la vida. Es así que la atención a personas con condiciones crónicas en el contexto de la multimorbilidad debe ser personalizada, considerando además que se enfrentan a situaciones de mayor necesidad y por lo tanto generan mayor demanda de atención, lo que las hace más vulnerables (74).

1.8. Definición cuidados integrales

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), comprendemos como cuidados integrales 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. Actualmente, el MAIS tiene uno de sus focos en la integralidad, comprendida como uno de los principios transversales de este modelo, desde donde se promueve que las necesidades de las personas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; se aborden mediante planes de cuidados integrales y continuos coordinando las prestaciones de salud (75).

Es así como, la Estrategia del Cuidado Integral centrado en las personas, debe considerar siempre los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales en el proceso salud enfermedad. Esto es el cómo la enfermedad afecta psicosocial y espiritualmente a las personas y como estos dos aspectos afectan a su vez el proceso salud enfermedad. Haciendo parte a la familia y/o los cuidadores del proceso de cuidados y acompañamiento por parte del equipo de salud, aproximándose a las personas como un todo, abordando la dolencia la salud y la enfermedad (76). Logrando así abordar la complejidad de las personas que consultan en los centros de salud, un aspecto que implica romper con el esquema de atención por enfermedad y que es lo que se busca relevar en este documento.

1.9. Respuesta de los sistemas de salud

En la actualidad, el cuidado de las personas en situación de cronicidad se da en gran parte de forma reactiva por enfermedades y descompensaciones, recibiendo así atención más episódica que continua, dado el razonamiento organizativo y clínico existente. El rol de la persona, si bien ha logrado mayor automanejo y conocimiento de su condición, persiste como pasivo, quedando la responsabilidad y conocimiento de la enfermedad en manos de los profesionales (77). Al mismo tiempo es un sistema de salud fragmentado, tanto en su financiamiento como en la provisión de sus servicios. La fragmentación en la provisión de servicios está generada por la oferta de salud basada en programas centrados en la enfermedad o en

patologías. Esto tiene como consecuencia que las personas en situación de cronicidad propendan a buscar soluciones inmediatas a sus problemas de salud, porque no las encuentran en la forma en que se organiza la oferta desde Atención Primaria, conduciéndose a los servicios de urgencia, preferentemente. Esto produce diferentes consecuencias: por un lado, debilita la consecución de cuidados centrado en las personas, con integralidad y continuidad del cuidado; y, por otro lado, “urgencializa” las atenciones de salud produciendo atenciones esporádicas que no resuelven la necesidad de contar con cuidados de curso de vida para personas en contextos de multimorbilidad (78).

El aumento de las patologías crónicas se asocia a un incremento en las consultas de salud y a la utilización de los recursos asistenciales, las que están ocasionando dificultades para dar una respuesta adecuada, tanto en la calidad de la atención que se presta a la persona en situación de cronicidad, como en la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales disponibles (79).

La multimorbilidad es una realidad que se plasma en todos los niveles de atención y para la cual el sistema de salud debe dar respuesta. Esto requiere un cambio en el modelo sanitario que privilegie una visión integral de la persona, la transición de un enfoque paternalista a uno más proactivo y el desarrollo de la integración de la entrega de los cuidados (80).

La incorporación de las prioridades y preferencias de las personas y sus familias y cuidadores en los planes terapéuticos, en el contexto de la multimorbilidad requiere capacitaciones específicas del personal sanitario, logrando así conciliar los objetivos de las personas con las del personal sanitario, con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento y la mejora de los resultados clínicos (80). Asimismo, es prioritario el desarrollo local de sistemas de gestión de demanda asistencial, donde se transite desde los episodios de atención hacia el cuidado integral centrado en la persona, que involucra desde el primer contacto hasta el enlace con otros niveles de atención.

1.10. Impacto en las personas y profesionales de salud

Las condiciones crónicas en el contexto de multimorbilidad se producen a todas las edades con impactos negativos en todos los involucrados, la persona, su familia y cuidador, los profesionales y los sistemas de salud (79). La multimorbilidad determina el contacto frecuente e intenso con el sistema de salud, para el monitoreo de su condición y ajustes de tratamiento (80), pero no necesariamente logrando el objetivo deseado. Esto se revela entonces como un gran desafío para los proveedores de salud que, con tiempo y recursos limitados, deben enfrentarse a múltiples demandas de personas con condiciones crónicas, lo que puede llevar a la disminución de la calidad del cuidado (81).

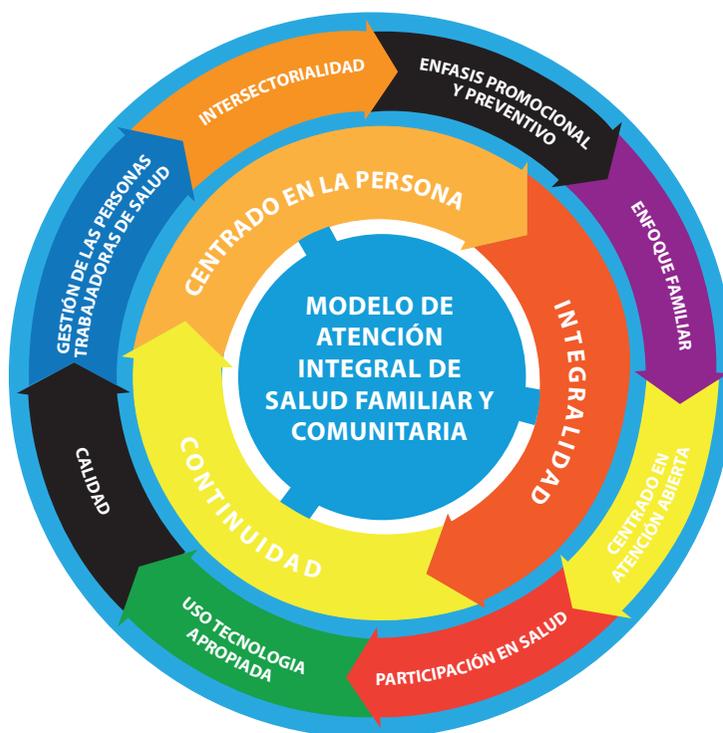
El desarrollo de cualquier iniciativa que busque fortalecer el sistema de cuidados crónicos, debe fortalecer a los equipos de salud clínicos y técnicos (82) en su capacidad para el manejo y gestión de personas con condiciones crónicas y multimorbilidad. La Estrategia por tanto busca beneficiar a las personas y al personal de salud, como actores fundamentales de los cuidados integrales; y a la comunidad como co-gestora en la promoción de la salud, a fin de mejorar la calidad de vida de dichas personas.

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

La Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad, se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente” (75).

Desde el Modelo se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado (ilustración 4), los cuales, desde la Estrategia se operacionalizan en la promoción, prevención y manejo de la cronicidad.

Ilustración 4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.



Como primer abordaje de la multimorbilidad, se ha propuesto el dirigirse a las condiciones crónicas con enfoque en su prevención y el manejo de factores de riesgo identificables y tratables (71). Es así que el diseño de la Estrategia se basa en el enfrentamiento de estas condiciones de cronicidad a nivel primario de atención.

Ya en 1996, Ed Wagner et al., plantearon la hipótesis de deficiencias en la entrega de cuidados a las personas con patologías crónicas, que llevaban a resultados subóptimos, por razones tales como (83):

- 1 Retraso en la detección de complicaciones o deterioro en el estado de salud por manejo irregular, incompleto o inadecuado seguimiento.
- 2 Fallas en el automanejo de la enfermedad o factores de riesgo como resultado de la ignorancia o pasividad de la persona por inadecuado manejo, educación, motivación y retroalimentación.
- 3 Baja calidad del cuidado debido a la omisión de intervenciones efectivas.
- 4 Manejo inadecuado del distrés psicosocial.

Ante esto, se plantean intervenciones para mejorar los resultados de las condiciones crónicas, con foco en elementos específicos para los cuidados de la persona.

Se debe considerar que las enfermedades crónicas presentan una serie de factores diferenciales: son de larga duración, a veces asintomáticas, de progresión lenta y continua, disminuyen la calidad de vida de las personas afectadas, presentan un nivel significativo de comorbilidad, son causa de alteraciones en la vida afectiva y de muerte prematura y al mismo tiempo causan efectos económicos importantes en las familias y sociedades (84).

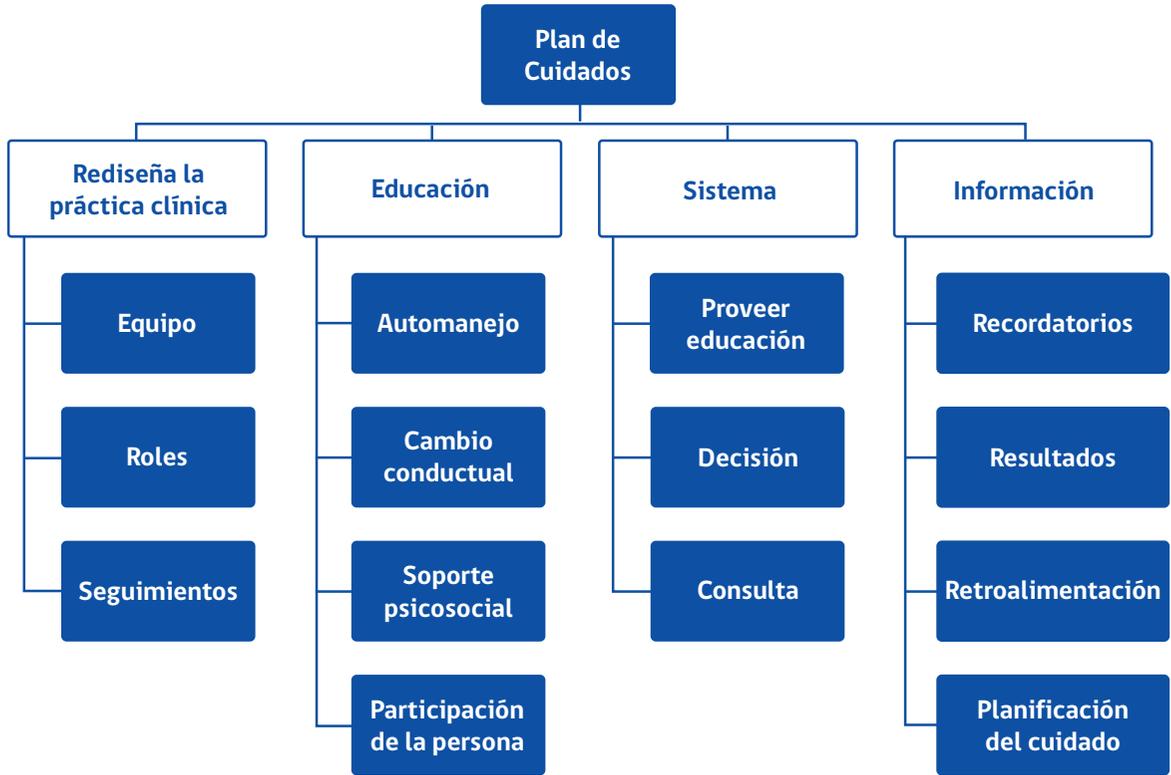
Como marco conceptual común, se hace hincapié en iniciativas y mecanismos multisectoriales para fomentar y coordinar la participación (85).

2.1. Modelos de referencia

2.1.1. Modelo de cuidado para personas en situación de cronicidad

El modelo de cuidado de personas en situación de cronicidad ha sido desarrollado a nivel internacional para su adopción con fines de mejorar la atención ambulatoria y evitar así hospitalizaciones innecesarias con un manejo adecuado. La evidencia disponible sustenta su utilidad como marco para guiar el rediseño de la práctica clínica, mejorando así el cuidado de las personas y los resultados en salud (86). Así, el modelo de Ed Wagner, plantea los componentes de alta calidad del cuidado de la persona en situación de cronicidad. Estos componentes de alta calidad se buscarán plasmar en la Estrategia de Cuidado Integral, los que pueden resumirse en un plan de cuidados organizado en consenso con la persona en situación de cronicidad, con miras a rediseñar la práctica clínica a través de los equipos de salud, estableciendo roles y protocolos de seguimiento. Este plan de cuidado colaborativo, también incluye elementos de educación a la persona, organización del sistema y manejo adecuado de la información (82) (ilustración 5):

Ilustración 5. Medidas para mejorar resultados en personas con condiciones crónicas.



Fuente: Adaptado de: Ed Wagner et Al. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. 1996.

En este plan colaborativo para el cuidado de condiciones crónicas, se evalúan los siguientes aspectos, comunes para estas condiciones (87):

- 1** Definición colaborativa de los problemas, tanto de las personas como los diagnosticados por el equipo de salud.
- 2** Focalización, establecimiento de metas y planificación establecidas por personas en situación de cronicidad y equipo de salud para un problema específico, desarrollando un plan de acción de acuerdo a la preparación y las preferencias de las personas.
- 3** Entrenamiento en automonitoreo.
- 4** Seguimiento activo y continuo, donde se contacta a la persona para el monitoreo de salud, identificación de posibles complicaciones, chequeo y motivación para la implementación del plan.

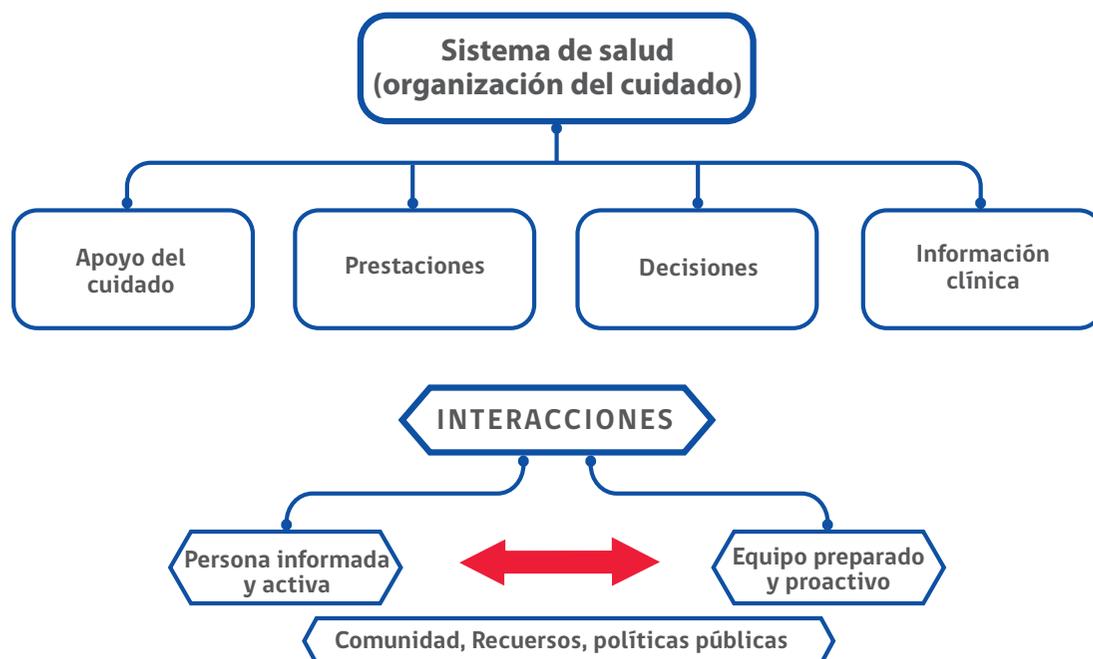
El modelo de cuidados de personas con condiciones crónicas mejora los resultados clínicos y funcionales del manejo de la enfermedad, como resultado de interacciones entre personas informadas y activas, con

equipos clínicos preparados y proactivos. De esta forma, la atención a personas con condiciones crónicas se realiza en tres planos que se superponen (88):

- 1 La comunidad, a través de políticas de intervención a nivel poblacional y sus múltiples recursos públicos y privados.
- 2 El sistema sanitario, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
- 3 La interacción entre la persona en situación de cronicidad y el equipo de salud.

En la ilustración 6 se muestran las esferas del modelo que interactúan e influyen cambios sistémicos para el manejo de situación de cronicidad.

Ilustración 6. Actores de cambios en el manejo de la situación de cronicidad.



Adaptada de Victoria J. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly Vol. 7 No. 1. 2003.

Algunos ejemplos de lo anterior:

- **Sistema de salud:** planificación de acciones que incluyan cuidados integrales centrados en la persona.
- **Apoyo del cuidado:** enfatizar la importancia y rol central de las personas con condiciones crónicas como actores principales en su autocuidado.
- **Diseño del sistema de prestaciones:** roles definidos del equipo de salud, seguimiento establecido.

- **Decisiones:** integración de guías basadas en evidencia en la práctica clínica habitual.
- **Información clínica:** Alertas, información del seguimiento, datos de las personas que requieren mayor seguimiento, interoperabilidad e integración de los distintos registros clínicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- **Comunidad:** Recursos y políticas comunitarias, asociaciones con organizaciones comunitarias orientadas a las necesidades de la persona.
- **Recursos y políticas públicas:** recursos educacionales, entrenamiento de habilidades y soporte psicosocial.

2.1.2. Experiencias internacionales en el manejo integrado de condiciones de cronicidad

Algunos de los países que han desarrollado modelos de atención para personas en situación de cronicidad son Reino Unido y Estados Unidos, cada uno con un marco de sistemas sanitarios y sociales muy diferentes, pero cuyos resultados coinciden en la pertinencia y la necesidad de integrar la asistencia sanitaria primaria, especializada y social, haciendo partícipe a la población y sus organizaciones. Como experiencias existentes hasta este momento podemos destacar las siguientes:

- **MacColl Center y Kaiser Permanente Washington Health Research Institute**, de Estados Unidos, fomentan el desarrollo e innovación de cuidados de salud, enfatizando en el trabajo colaborativo. Han modificado enfoques de atención, como el modelo de atención crónica, otorgándole enfoque central en la persona. Además, ha mejorado el alcance y la efectividad de los programas antitabaco, exámenes de detección del cáncer y programas de inmunización (89) (90).
- **Estrategia de Crónicos de Euskadi (País Vasco)**, utilizada para transformar el sistema sanitario Vasco, en miras de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en cada uno: personas en situación de cronicidad, cuidadores, profesionales sanitarios y ciudadanos en general. Se busca cambio en la atención primaria y atención hospitalaria, optimizando la continuidad entre estructuras, cambiando hacia un modelo organizativo más proactivo, modificando la forma de hacer tanto para las personas con condiciones crónicas, como para los profesionales y gestores sociosanitarios (70).
- **The House of Care**, estrategia utilizada por el National Health Service (NHS) de Reino Unido. Fue creada por la necesidad de cambio en la forma de enfrentamiento de las patologías crónicas. Busca alejarse del modelo médico de la enfermedad hacia un modelo de atención orientado a valorar la experiencia y recurso de la persona en situación de cronicidad y su entorno, buscando mejoría de resultados en salud. Utiliza un modelo similar al que se implementará en la Estrategia de Cuidado Integral: individuos informados y comprometidos, trabajo en equipo de profesionales de salud, procesos organizacionales y de apoyo, tres elementos cuyo centro es entregar un cuidado a la persona coordinado y enfocado en esta (91).

El análisis global de las experiencias comentadas establece que con su implementación se podrían conseguir mejoras en la calidad de los procesos, satisfacción de las personas, ahorros importantes y de una manera predecible (70).

Para la elaboración de esta Estrategia, se ha efectuado una revisión de las iniciativas, tomando como referencia las intervenciones que han demostrado efectividad, principalmente el modelo de Ed Wagner, el cual ha servido de pilar también para otras implementaciones de modelos internacionales.

2.1.3. Factores claves en la implementación del cuidado integral de la cronicidad

Los cuidados integrales a menudo integran servicios tanto médicos como sociales, mejorando el comportamiento sanitario de las personas y la calidad de atención percibida (92). Para que esto ocurra, es importante la implementación de seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son claves para el logro de una óptima atención de la persona en situación de cronicidad (93):

- 1 Organización del sistema de atención sanitaria:
 - Aplicación de medidas de estratificación de la población.
 - Fortalecimiento de grupos multidisciplinarios: desde el equipo de sector se define profesional gestor, que coordine un plan de cuidado personalizado.
- 2 Estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- 3 Apoyo y soporte al automanejo:
 - Implicación de la persona en su situación de cronicidad y de su familia en el manejo de su situación tomando el rol de agente sanitario activo.
- 4 Diseño del sistema asistencial, por ejemplo, contar con un protocolo de gestión de demanda asistencial multidisciplinario.
- 5 Apoyo en la toma de decisiones de la persona en situación de cronicidad.
- 6 Desarrollo de sistemas de información clínica.
 - Uso de tecnologías de información y comunicación para crear redes de interacción: historia clínica electrónica única.

Este enfoque requiere transformaciones en tres apartados identificados según la experiencia internacional, estos son:

- **De paciente a persona:** persona activa, entrenada en el automanejo y que practica vida saludable:
 - Conoce su enfermedad y los factores que la condicionan.
 - Quiere conocer todas las alternativas terapéuticas posibles.
 - Participa en las decisiones que afectan a su situación.
 - Se implica activamente en el manejo de su enfermedad.
 - Interesada en establecer con el equipo de salud una relación de confianza y compromiso.
 - Dispuesto a trabajar en red con el equipo de salud como un agente más del sistema sanitario.

- **Modelo de atención centrado en la persona:** equipos colaborativos centrado en la promoción de salud y prevención de enfermedad, que se anticipan a las necesidades de las personas en situación de cronicidad y su familia utilizando nuevas formas de atención no presencial:
 - Equipos multidisciplinares de profesionales en grupos colaborativos que acuerdan las formas de hacer y se comunican.
 - Actividades preventivas y anticipación a crisis normativas.
 - Actuaciones no presenciales y/o seguimiento a distancia para estabilizar el curso de la enfermedad, lo que implica la educación respecto a las nuevas tecnologías sanitarias e implementación de estas en el sistema de salud.
 - Promoción de estilos saludables de vida utilizando diversos canales de interacción (aplicaciones para dispositivos móviles, folletos, manuales).
- **Sistema sanitario centrado en las personas:** sistema que evalúa con rigor los resultados en salud e incentiva las mejores prácticas:
 - Trabajo colaborativo en base a acuerdos y funcionamiento en redes asistenciales de servicios integrados.
 - Pago de prestaciones capitada que promueve un modelo asistencial preventivo y proactivo en el manejo de la condición crónica.
 - Sistemas de evaluación en salud en base a indicadores diseñados por las agencias internacionales.
 - Descentralización del compromiso y de la responsabilidad y liderazgo clínico (gestión clínica).

La combinación equilibrada de estas actuaciones conduce de una forma determinante a estabilizar la enfermedad y a reducir las descompensaciones.

CAPÍTULO III.

ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADA EN LAS PERSONAS Y SUS FAMILIAS

Conforme lo señalado en el capítulo anterior, la Estrategia se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, con sus principios de integralidad centrado en las personas y continuidad del cuidado (75).

La definición de la Estrategia ha partido de una planificación que considera, los siguientes ámbitos que se resumen en ilustración 7.

- **Identificar** la visión y objetivo de la Estrategia, esto es, el fin último a conseguir.
- **Desarrollo de las bases** de la Estrategia:
 - Enfoque poblacional, con el fin de identificar las personas a las cuales se dirige la Estrategia y los niveles de cuidados que les darán soporte.
 - Proceso de atención de personas en situación de cronicidad, a fin de identificar los principales cambios en los procesos de atención de salud en los establecimientos, que faciliten el tránsito desde la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona.
- **Desarrollo de líneas estratégicas** y acciones a implementar en el sistema de salud.
- **Desarrollo de procesos estratégicos**, con el fin de identificar el **mapa de procesos de soporte, claves y estratégicos** de la atención centrada en las personas.

Ilustración 7. Planificación de la Estrategia de Cuidado Integral centrada en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la Cronicidad.



Fuente: Elaboración propia.

Para poder llevar a la práctica esta Estrategia a partir de los principios anteriormente descritos, la organización debe asumir una serie de cambios, adaptaciones funcionales y nuevas herramientas de gestión (94):

- Adaptar las formas de trabajo y las interrelaciones que se producen entre profesionales y con las personas con condiciones de cronicidad.
- Adaptar dispositivos asistenciales adecuando su organización para satisfacer las necesidades de la población.
- Nuevas tecnologías de la información que permitan que sea compartida: sistemas de información integrados, historia clínica electrónica, guías asistenciales, entre otras.
- Evaluación sistemática y participativa de los procesos y de su impacto.

3.1. Población objetivo

Personas de 15 y más años que se atiende en el sistema público de salud.

3.2. Visión y objetivo de la Estrategia

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.

Es así como, esta Estrategia busca tener impacto: a) en los ciudadanos, como personas con potenciales condiciones crónicas, 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, con un uso más eficiente de los recursos del sistema, b) en 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) en el equipo de salud, con una mayor optimización del tiempo dedicando el tiempo a las labores de mayor valor añadido (ilustración 8) (70).

Ilustración 8. Visión de la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el Sistema de salud chileno.



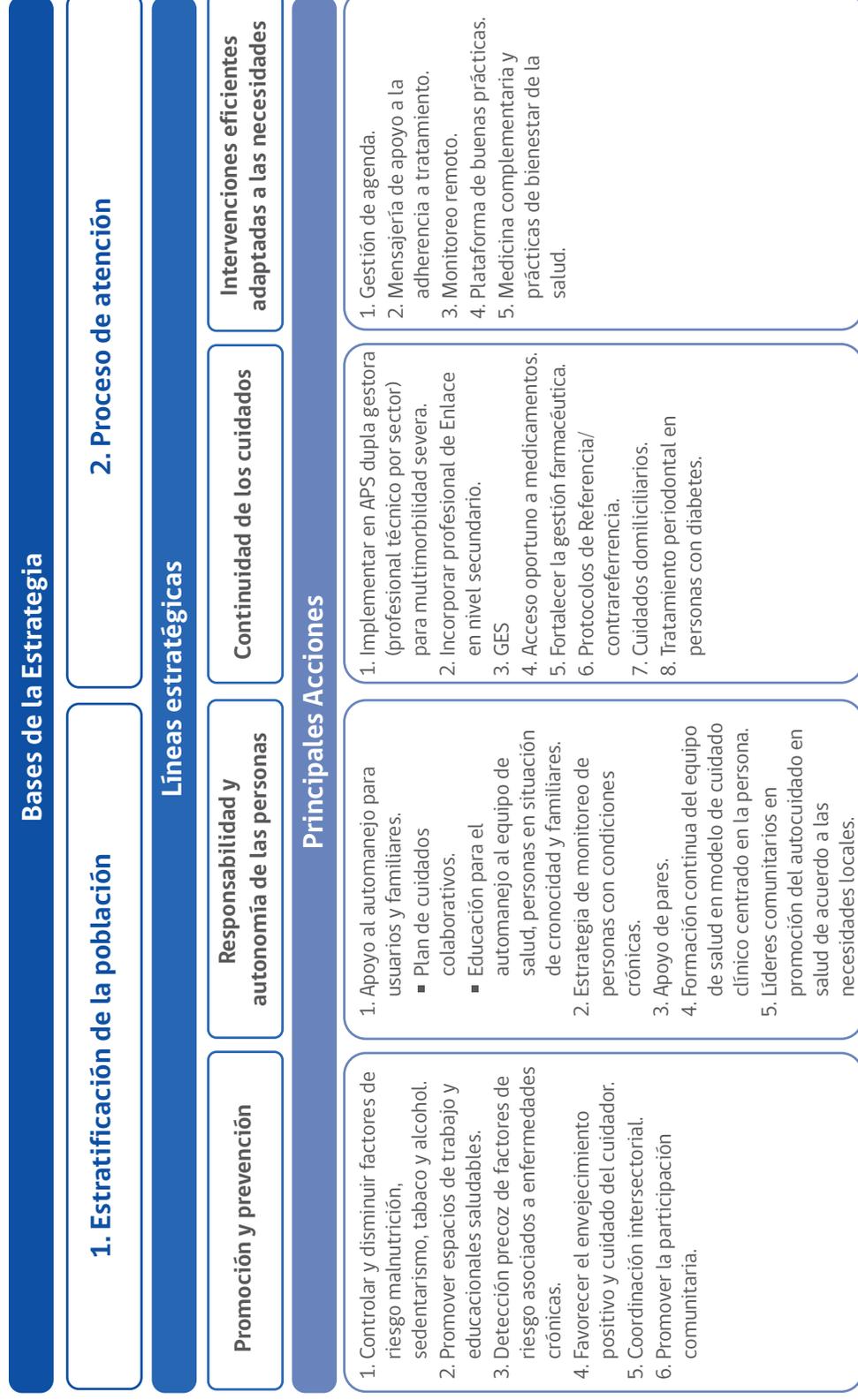
Modificado de: *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad Euskadi. Gobierno Vasco (52).*

Para lo anterior, es necesario cambiar las “formas de hacer” respecto a las personas con condiciones crónicas, tanto por parte de las propias personas en situación de cronicidad como de los profesionales. Estos cambios se han traducido en las bases de la Estrategia y en las cuatro líneas estratégicas de cambio en la atención a personas con condiciones crónicas que se corresponden con las principales áreas de actuación (70).

3.3. Esquema global de la Estrategia

A la base de la Estrategia, se definen, el enfoque poblacional y el proceso de atención, los cuales se operacionalizan a través de cuatro líneas estratégicas de cambio y sus principales acciones estratégicas (ilustración 9), que permiten abordar adecuadamente la promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado sanitario de las personas en situación de cronicidad y fortalecer el sistema, preparándolo para ofrecer una gestión adaptada al fenómeno de la cronicidad (70).

Ilustración 9. Esquema global de la Estrategia de Cuidado Integral para la promoción, prevención y manejo de la Cronicidad.



Fuente: Elaboración propia

3.4. Bases de la Estrategia

3.4.1. Enfoque poblacional

El enfoque de salud poblacional, se orienta a mejorar la salud de toda la población y reducir las potenciales desigualdades de salud, buscando además analizar los niveles de complejidad y multimorbilidad de la población, segmentándola a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades (70).

Otros modelos internacionales buscan dar respuesta a necesidades específicas de la población, conforme a sus características, tales como condiciones de riesgo, fase de su vida (rango etario, condición de salud) y de la condición de cronicidad en que se encuentren.

Para esto, se requiere estratificar a la población de acuerdo al riesgo clínico y necesidades de salud y socio-sanitarias, asociando cada nivel de estratificación a intervenciones específicas y diferenciadas (70).

3.4.1.1. Estratificación de la población

La estratificación de la población, en este caso se refiere a definir niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando así 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 (95).

La estratificación busca evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, que las personas enfermas se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones incentivando su involucramiento, autonomía, el apoyo de los equipos de salud y que las personas con multimorbilidad sean atendidas de la manera más adecuada, asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados (96).

Para definir la estratificación, es necesario medirla. Un tipo de medición, el más utilizado, corresponde al simple conteo de patologías de cada individuo (basado en auto reporte de las personas o evaluación clínica). Este método ha presentado buena correlación con los demás y es sencillo de implementar en cualquier sistema sanitario, pudiendo establecerse como medida inicial (97). Para la Estrategia se adopta el conteo simple de patologías ponderado, considerando la información de diagnóstico disponible en los registros clínico electrónicos.

3.4.1.2. Modelo poblacional de estratificación de condiciones crónicas

La Pirámide de Kaiser identifica 3 niveles de intervención según nivel de complejidad de la persona en situación de cronicidad, a lo que se agregó la promoción de salud y prevención a nivel de toda la población en el nivel 0. Así, encontramos cuatro estratos (94) (98):

■ **Nivel G0:** Personas sanas con o sin factores de riesgo (sin cronicidad), o sin identificación de condiciones crónicas, la principal estrategia a realizar son actividades preventivas y de promoción de la salud, potenciando acciones participativas con la comunidad e intersector.

■ **Nivel G1:** Presencia de 1 condición crónica. Personas en bajo riesgo, con condiciones en estados incipientes. Principal estrategia es el apoyo para su automanejo, en el contexto de que las personas sean atendidas de la manera más adecuada, asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados

■ **Nivel G2:** Presencia de multimorbilidad (2-4 condiciones crónicas). Alto riesgo, pero menor complejidad. Principal estrategia es la gestión de su condición de cronicidad, combinando cuidados profesionales con apoyo al automanejo.

■ **Nivel G3:** Personas con situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas. Es prioritaria la gestión integral de la persona en situación de cronicidad con cuidados profesionales fundamentalmente, utilizando un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención de complicaciones, coordinación y atención conjunta de áreas de salud y social.

Los estratos de riesgo que se describen en la ilustración 10, estarán a disposición de los centros de salud mediante reportes individualizados por persona (RUN), lo cual les permitirá programar y gestionar los cuidados de la población a cargo. Asimismo, se dispondrá de alertas que identifiquen a las personas con multimorbilidad a fin de facilitar la gestión clínica por parte del equipo de salud.

Ilustración 10. Estratificación de personas con condiciones crónicas.



Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada.

En Anexo 1, se adjunta el listado de patologías incorporadas en la estratificación poblacional. De este listado se han seleccionado algunas en base al impacto que provocan en la calidad de vida, la complejidad de su atención, y la frecuencia recomendada de controles con equipo de salud que requieren, otorgándoles doble ponderación al momento de conteo de patologías.

3.4.2. Proceso de cuidado de personas en situación de cronicidad

3.4.2.1. Cuidados integrales centrado en la persona

La Estrategia, requiere de cambios en los procesos de atención de salud en los establecimientos. Cambios que faciliten el tránsito desde la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona. En donde la relación entre el profesional de salud y la persona en situación de cronicidad tiene valor propio que antecede al contenido de la atención. Como afirma McWhinney, hay que conocer a la persona antes de conocer sus enfermedades (99).

La atención centrada en la persona requiere de cuatro conceptos claves: dignidad y respeto, intercambio de información, participación y colaboración (101).

- **Dignidad y respeto**, se refiere a que los equipos de salud escuchan y respetan el punto de vista y decisiones de las personas y las familias e incorporan en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales.
- **El intercambio de información** se trata de la comunicación y el traspaso de información completa y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que reciban las últimas debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud.
- **La participación**, que exige que las personas se entusiasmen y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención.
- **La colaboración** se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud para desarrollar, aplicar y evaluar los programas de salud y la prestación de los servicios.

Algunos de los principios antes presentados se han incorporado a través de medidas como la “Ley de Derechos y Deberes del Paciente”, en la que todas las personas del sistema de salud público y privado tienen derechos tales como: tener información oportuna y comprensible de su estado de salud; recibir trato digno respetando su privacidad, pudor e intimidad; ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad; recibir una atención de salud de calidad y segura según protocolos establecidos; consultar o reclamar respecto a atenciones recibidas; entre otras (100).

Asimismo, la continuidad del cuidado, uno de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria, desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo y desde la perspectiva de los Sistemas de Salud se define desde la continuidad clínica, funcional y profesional.

- a. La continuidad clínica, dice relación con la coordinación del cuidado de las personas, es decir el grado en que el cuidado está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición de la persona y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través del proceso de su cuidado.
- b. La continuidad funcional es el grado en que las funciones clave de apoyo y las actividades están coordinadas, a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica.

c. La continuidad profesional, se refiere a la disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red (75).

A nivel operacional el cuidado integral de las personas para cada uno de los estratos definidos, es responsabilidad del nivel primario de atención, entendiéndose como actores que aportan al cambio y mejora en la salud de la población. En personas con multimorbilidad, riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3), se incorpora la atención de nivel secundario o terciario, en coordinación con el primer nivel de atención (101). En todos los niveles, se enfatiza la integración del proceso de cuidado, tanto por el equipo de salud como por la persona en situación de cronicidad y sus cercanos. En la Tabla siguiente se deja un resumen esquematizado de los cuidados previstos para cada estrato de acuerdo al nivel de cronicidad de la persona.

Tabla 3. Cuidados integrales según estrato poblacional.

MULTIMORBILIDAD. PERSONAS CON 5 O MÁS CONDICIONES CRÓNICAS	
Responsabilidad	Cuidados
<p>G3</p> <p>Atención Primaria con apoyo permanente de atención secundaria y servicios sociales.</p> <p>Persona en situación de cronicidad.</p> <p>Familia y/o cuidador.</p> <p>Comunidad, instituciones del territorio.</p>	<p>Facilitar acceso y gestión ágil de las personas entre niveles asistenciales, proporcionando cuidados adecuados a sus necesidades y nivel de progreso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soporte asistencial a través de la coordinación entre Atención Primaria - secundaria y con intersector. • Desde Atención Primaria (equipo de sector) se dispondrá de una dupla (profesional, técnico), quien tendrá a su cargo la gestión y seguimiento de estas personas. • Desde atención secundaria se dispondrá de profesional de enlace con competencias de enfoque sistémico que facilite la continuidad del cuidado en dicho nivel asistencial. • Desde atención secundaria y terciaria se generan estrategias para dar continuidad a la atención, por ejemplo, consultorías de especialidades. • Promover la responsabilidad de la persona en situación de cronicidad y familia en el cuidado. • Visita domiciliaria integral. • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la participación en grupos de pares. • Promover en el equipo de sector la auditoría aleatoria de casos clínicos como herramienta de mejora del proceso de atención. • Velar por el cumplimiento de los beneficios que otorga la Ley 20.422 Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

G2

MULTIMORBILIDAD. PERSONAS CON 2 A 4 CONDICIONES CRÓNICAS	
Responsabilidad	Cuidados
<p>Atención Primaria con apoyo puntual de especialista. Especifico según el caso a tratar.</p> <p>Persona en situación de cronicidad.</p> <p>Familia y/o cuidador.</p> <p>Comunidad, instituciones del territorio.</p>	<p>Mantener el mayor tiempo posible a la persona en su medio habitual con el mejor nivel de cuidados y de calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento requerirá de participación de atención secundaria y de una mayor coordinación de los cuidados, definidos en el proceso clínico asistencial y en el protocolo que lo sustente. • Se combinan los cuidados profesionales con apoyo al automanejo. • Familia como apoyo y soporte para la persona, referente y figura de enlace para profesionales sanitarios. • Promover la responsabilidad de la persona en situación de cronicidad y familia en el cuidado. • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la formación de líderes comunitarios en las organizaciones sociales del territorio. • Promover en equipo la auditoría aleatoria de casos clínicos como herramienta de mejora del proceso de atención.

G1

PERSONAS CON UNA CONDICIÓN CRÓNICA Y/O PATOLOGÍA EN ESTADIO INICIAL	
Responsabilidad	Cuidados
Atención Primaria. Persona en situación de cronicidad. Familia y/o cuidador. Comunidad, instituciones del territorio.	<p>Limitar el avance de su condición de cronicidad, prevenir su agudización o evitar la aparición de complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la información, a pruebas diagnósticas, a tecnologías, que les permitan una alta capacidad resolutive evitando con ello derivaciones innecesarias a otros niveles de atención. • Se combinan los cuidados profesionales con apoyo al automanejo. • Promover la responsabilidad de las personas en el automanejo. • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la formación de líderes comunitarios en las organizaciones sociales del territorio.

G0

PERSONAS SANAS O CON PROCESOS AGUDOS NO SIGNIFICATIVOS	
Responsabilidad	Cuidados
Atención Primaria Comunidad Familias	<p>Promoción de la salud y prevención de condiciones crónicas. Envejecimiento activo y una mejora de la calidad de vida de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estilos de vida saludables. • Reducir exposición a factores de riesgo. • Promover educaciones con enfoque salutogenico. • Controles de salud según curso de vida.

Fuente: Elaboración propia. Basado en: Servicio de Salud Aragonés (101) y Ministerio de Salud de Chile.

3.4.2.2. Coordinación del cuidado

La coordinación del cuidado de las personas en situación de cronicidad, se desarrolla considerando sus preferencias personales, e indicando acciones claras, responsabilidades directas, percepción de logros y de autoeficacia por parte de la persona en situación de cronicidad y su cuidador cuando corresponda. Es importante acordar con la persona el plan de cuidado, quién será responsable de cada aspecto del plan, compartiendo el acompañamiento en el cuidado con un profesional del equipo, un familiar o un cuidador. Este plan, define y prioriza: problemas, metas, acciones, plazos para revisión y seguimiento, así como también, la responsabilidad de cada una de las personas involucrados. Es

importante que el plan de cuidados se enmarque en un plan familiar que aborde a los demás individuos del grupo, así como aspectos que mejoren la comunicación y la funcionalidad familiar en el contexto de los cuidados en salud.

Al respecto a modo de ejemplo algunos elementos mínimos a considerar en el plan de cuidado; que sea multidisciplinario, con participación de la persona con condición crónica y de su familia, acorde a las necesidades y riesgos de la familia con integrante con condición crónica, que cuente con registro del plan, con seguimiento, incluyendo plazos, responsables, reevaluación periódica (semestral o anual según nivel de complejidad). Que se integre en la familia el automonitoreo de los logros no clínicos, que considere los aspectos relacionales y vivenciales del grupo familiar.

Todo ello enmarcado en el cuidado colaborativo, que valora y potencia la motivación interna de la persona y la interacción de ideas entre éste y el equipo de salud (102).

3.4.2.3 Recomendaciones de coeficientes técnicos para la programación de cuidado integral en personas con multimorbilidad

En el marco de la atención habitual de las personas con condiciones crónicas, se recomiendan los siguientes coeficientes técnicos para profesionales del equipo de salud que atienden a personas con multimorbilidad (103).

- **Rendimiento:**

Conforme la realidad local, las condiciones de complejidad y riesgo de las personas, se recomienda programar mayor tiempo en la agenda de los Profesionales del equipo de salud para las atenciones que abordan 2 o más condiciones crónicas, con el fin de resguardar una mirada integral y centrada en la persona.

- Ingresos: 45 minutos a 1 por hora según riesgo
- Controles: 45 minutos a 2 por hora según riesgo
- Seguimiento a distancia 6 a 8 por hora

Asimismo, se sugiere utilizar el control en duplas cuando corresponda.

- **Concentración:**

La frecuencia será la que establezca el plan de cuidado acorde a los objetivos terapéuticos. Se recomienda una frecuencia de 2 a 4 atenciones al año por diferentes profesionales del equipo de salud. Además, se puede incorporar seguimiento no presencial, ya sea telefónico, mensajería u otro.

- Ingreso 1
- Controles presenciales 2 a 4
- Seguimiento a distancia 6

Se recomienda considerar en la programación tiempo administrativo para el equipo gestor (profesional, TENS), 1 a 2 horas semanales.

3.4.2.4. Registro del cuidado integral en personas con multimorbilidad

El registro en REM se mantiene conforme lo indicado para cada una de las condiciones crónicas no transmisibles. Asimismo, se incorporan las siguientes prestaciones en el REM vinculadas a la atención integral de la cronicidad.

- **Ingreso Integral (REM A05):** 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.
- **Plan de cuidados individuales elaborados (REM A05):** 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. Dicho plan debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.
- **Control integral (REM A01):** corresponde a la atención integral otorgada a personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3).
- **Seguimiento a distancia (REM A01):** corresponde a toda actividad de acompañamiento a distancia que realiza la dupla profesional-técnico dirigida a personas con condiciones crónicas que se encuentran en el nivel de estratificación G3. Estas actividades pueden ser seguimiento telefónico o seguimiento remoto con equipamiento ad hoc.

Desde el registro clínico electrónico, con el fin de facilitar la gestión clínica en la atención de personas con multimorbilidad, se refuerza la importancia del registro único integrado, que considera a la persona con todas sus condiciones crónicas a evaluar y tratar. Dicho registro permite además ingresar información nueva.

3.4.2.5. Criterios de priorización para la atención

Con el fin de organizar la atención de las personas con multimorbilidad al interior del estrato G3, (multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas), es decir, a quienes atender primero, especialmente cuando la demanda por atención a personas en G3, excede la capacidad del equipo de salud, se recomienda utilizar los siguientes criterios de priorización de la atención, los cuales deben ser aplicados de acuerdo a la información disponible, debiendo prevalecer las habilidades y el criterio clínico para ello (tabla 4).

Estos criterios han sido seleccionados considerándolos como indicadores de descompensación de distintas patologías, lo que exige llevar a cabo controles y seguimiento más estricto, mejorando de esta manera la calidad de atención y acompañamiento de la persona en su problema de salud crónico.

Es deseable realizar esta priorización, para identificar y dar seguimiento apropiado a estos casos. La reevaluación de los casos debe considerar la posibilidad de mantener este nivel de priorización, o bien su retorno al nivel G3 de no priorizados, realizando sus controles establecidos habituales.

Tabla 4. Criterios de priorización para los cuidados integrales de la multimorbilidad severa (G3).

Criterio de priorización	Puntaje
HbA1c >11%.	1
Presión Arterial \geq 180/110 mmHg en al menos 2 tomas distintas de acuerdo a procedimiento estándar	1
Polifarmacia (\geq 7 medicamentos distintos diarios)	1
Consulta a Servicio de Urgencias por patología crónica en el último mes.	1
Hospitalización por 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico funcional de autovalente con riesgo, en riesgo o dependiente. ▪ Riesgo de caídas alto, evaluado por test "Get Up and Go". ▪ No cuenta con redes de apoyo. ▪ 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.

De lo anterior, se deja entrever el concepto de fragilidad, el cual, si bien no es un criterio de priorización por sí solo, es importante observar.

La fragilidad se entiende como concepto que expresa la pérdida progresiva de la capacidad de reserva y de adaptación del organismo humano con el paso de los años, que no depende sólo del envejecimiento sino también de otros factores (genéticos, hábitos tóxicos, desuso o procesos crónicos subyacentes) y que suponen, a partir de un umbral determinado (individual para cada sujeto), el riesgo creciente de desarrollar un deterioro funcional y, paulatinamente, dependencia, lo que conlleva al deterioro de la calidad de vida, a la inestabilidad y riesgo de hospitalización, así como a la institucionalización y muerte (104).

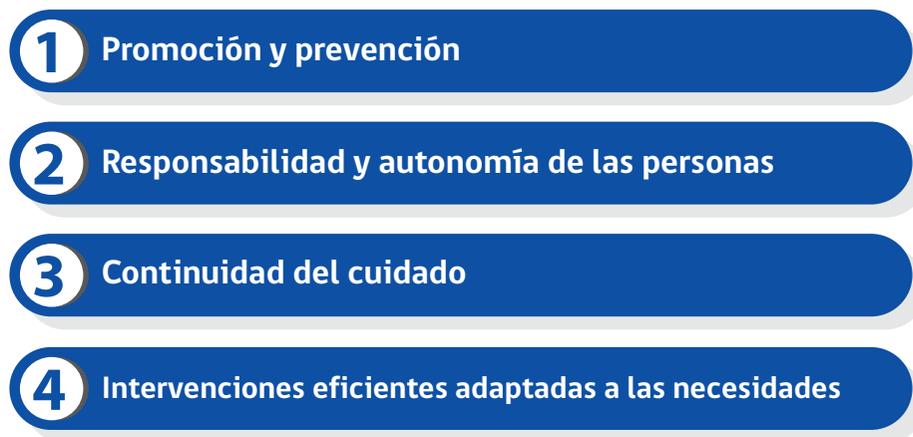
Los principales factores de riesgo de fragilidad serían un compendio de los problemas derivados de:

- **Envejecimiento biológico:** alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, musculares, equilibrio, etc.)
- **Enfermedades agudas o crónicas** reagudizadas (conocidas o no).
- **Factores de riesgo en cuanto a abusos** (estilos de vida, factores sociales y económicos).
- **Factores de riesgo en cuanto a desuso** (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional).

3.5. Líneas estratégicas

Son las principales estrategias con las cuales se cuenta en la red de salud pública y que son recomendadas como un aporte al proceso de cambio desde la literatura. En ilustración 11, se definen cuatro lineamientos estratégicos desde donde avanzar en el cuidado integral centrado en la persona.

Ilustración 11. Lineamientos estratégicos del cuidado integral centrado en la persona, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad.



Fuente: Adaptado de Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad Euskadi. Gobierno Vasco. Osakidetza.

3.5.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

En el plan de acción para la prevención y control de enfermedades no transmisibles 2013–2019 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una de las líneas estratégicas de acción corresponde a la reducción de la prevalencia de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y fortalecimiento de los factores protectores, emplear estrategias de promoción de la salud y abordaje de determinantes sociales, económicos y ambientales (84).

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y calidad de vida mediante prevención y solución de causas primordiales de problemas de salud. Tiene tres componentes fundamentales (105):

- 1 Buena gobernanza sanitaria, la promoción de la salud, requiere que los formuladores de políticas gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.
- 2 Educación sanitaria, Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.
- 3 Ciudades saludables, Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de Atención Primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

Así, es una piedra angular de la Estrategia de Atención Primaria de salud y función esencial de salud pública. Su fundamento es la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, siendo clave para el mejoramiento de factores determinantes de la salud y la equidad (106). Al respecto, por ejemplo, el Programa mas adultos mayores autovalentes se orienta a promover la autovalencia en personas mayores (51), Elige Vivir Sano, busca convocar representantes de la comunidad, sector e intersector en distintas instancias de participación ciudadana para trabajar temáticas relacionadas a malnutrición por exceso infantil (107). Así también, el Programa Vida Sana busca contribuir con disminución de factores de riesgo tales como sedentarismo, sobrepeso, obesidad en personas de 6 meses a 64 años, fortaleciendo la salud pública por medio de reforzamiento de Atención Primaria de salud, buscando promover cultura de vida sana a través de realización de ejercicio físico y mejor alimentación (108).

La prevención de enfermedades comprende acciones para reducir o eliminar la exposición a riesgos que pueden aumentar las posibilidades de una enfermedad o un grupo de estas, discapacidad o muerte prematura. La tabla siguiente muestra las características de la promoción y prevención.

Tabla 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Características	Prevención	Promoción de la salud
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir factores de riesgo y enfermedad. • Disminuir las complicaciones de enfermedad. • Proteger a las personas y grupos en riesgo de agentes agresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidir en la determinación social de la salud. • Cambios en modos y condiciones de vida. • Influir en decisiones de políticas públicas. • Mejorar salud/calidad de vida poblaciones. • Luchar por equidad y justicia social.
ENFOQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de riesgo clínico más individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de derecho a la salud, poblacional, político y social más importante.
POBLACIÓN OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • La persona y grupos. • Tipos de prevención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primaria: dirigida a personas y grupos de riesgo. Acciones preventivas propios de salud pública. ▪ Secundaria: personas y grupos posiblemente enfermos (tamizaje). ▪ Terciario: personas enfermas en riesgo de complicaciones y muerte. ▪ Cuaternaria: personas enfermas en riesgo de sobretratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones causales tales como analfabetismo, falta de agua potable y exclusión social. • Mejorar salud y calidad de vida de poblaciones.

Adaptado de Alvarenga E. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (105).

Los tipos de actividades de prevención, se definen a continuación (109).

- **Prevención Primaria (Promoción):** Son un conjunto de actividades que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad.
- **Prevención Secundaria:** corresponde a la detección temprana de patologías y la intervención apropiada y efectiva de esta.
- **Prevención Terciaria:** disminuir la duración, severidad de secuelas y complicaciones de la patología una vez instaurada esta.
- **Prevención Cuaternaria:** Son las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables.

Las cuatro principales enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, respiratorias y diabetes) tienen cuatro factores de riesgo en común: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la alimentación poco saludable y la inactividad física (114). De acuerdo a lo anterior, algunos de los objetivos en conjunto con la OPS son: reducir el consumo de tabaco, reducir el consumo nocivo de alcohol, la alimentación saludable y el promover una vida activa (84).

De esta forma, el objetivo es crear el marco de actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica, dirigidas a los distintos niveles de la pirámide poblacional; tanto al conjunto de la población sana, como a aquellas personas con factores de riesgo, y a las que ya padecen una o varias enfermedades crónicas, pero siempre con especial énfasis en el conjunto poblacional. Así, también se busca estimular y fortalecer el automanejo, involucrando a la población en el proceso.

3.5.2. Responsabilidad y autonomía de las personas

Un proceso crónico tiene un recorrido de largo alcance y requiere un acompañamiento permanente. Las personas en situación de cronicidad y su cuidador tienen un impacto muy importante sobre la efectividad del tratamiento y la evolución de la enfermedad a través de la adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables. Así, el objetivo es potenciar el papel de las personas en la gestión de la cronicidad a través de:

- 1 Autocuidado de las personas con condiciones crónicas y sus cuidadores.
- 2 Participación activa de la población en promoción y prevención de salud.

Una asistencia centrada en las personas coloca a éstas al frente y en el centro de su propia atención sanitaria, convirtiéndolas en personas activas y gestores de su propia salud. Las tareas de autogestión se han descrito en cuatro categorías (84):

- Participación en actividades que promuevan la salud y construyan “reservas fisiológicas”, tales como ejercicio, nutrición sana, actividad social e higiene del sueño.
- Interacción con equipo de salud y sistemas y adherencia a los protocolos de tratamiento recomendados.
- Automonitoreo del estado físico y emocional y toma de decisiones de acuerdo a sus síntomas y signos.
- Manejo del impacto de la cronicidad.

Así, el automanejo exitoso de las condiciones crónicas requiere que la persona domine tres ámbitos interrelacionados entre sí, cuyo objetivo es reducir el impacto de la situación de cronicidad en la vida diaria de la persona (110):

- Información de su condición y tratamiento para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.
- Actividades orientadas al manejo de su condición. Por ejemplo: realizar cambios en el programa de ejercicios para asegurar actividad física adecuada.
- Aplicación de habilidades necesarias para mantener funcionamiento psicosocial adecuado.

Algunas de las estrategias planteadas para su implementación en las personas, se conocen como las 5 "A" del automanejo (ilustración 12), las que han sido utilizadas en estrategias como cese de hábito tabáquico (111):

Averiguar (Assess): preguntar sobre factores de riesgo y otros que afecten decisiones a futuro.

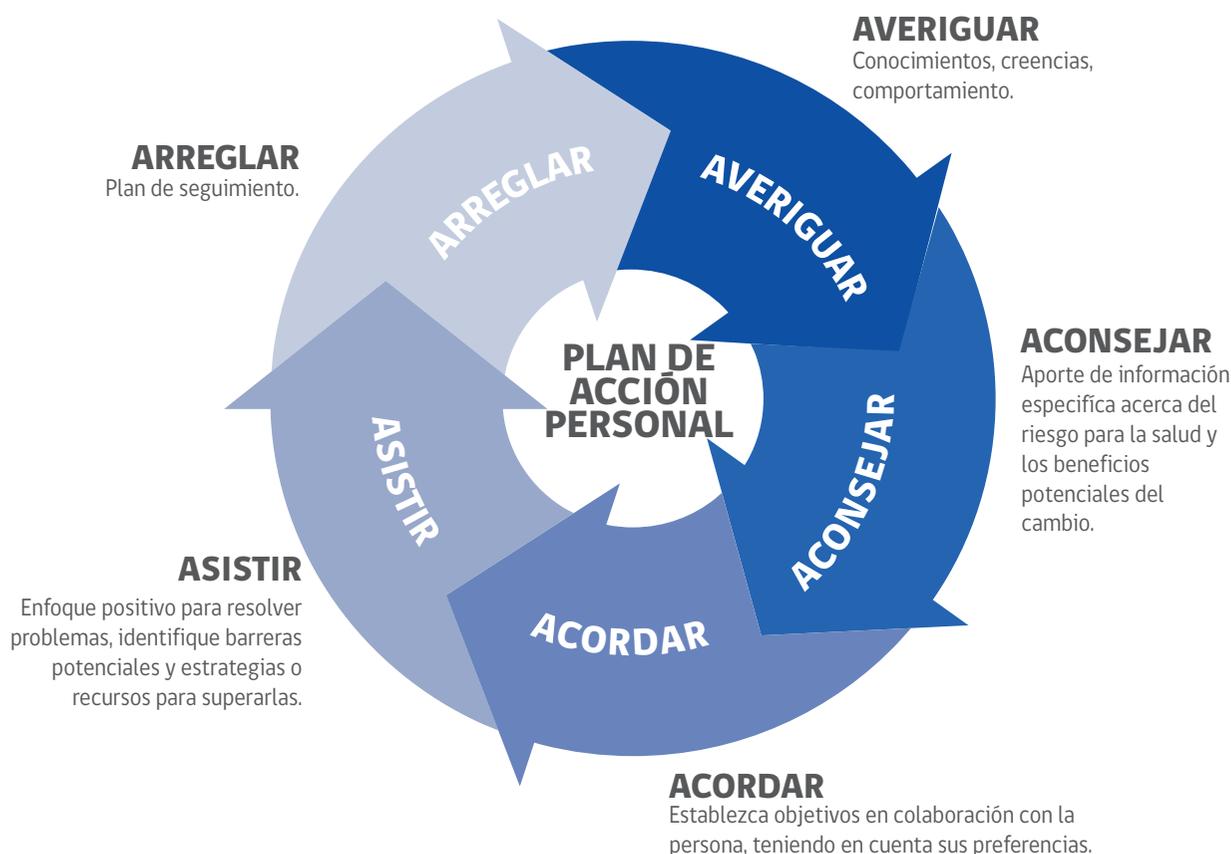
Aconsejar (Advise): consejos sobre el cambio claros, específicos y personalizados.

Acordar (Agree): establecer metas de tratamiento y métodos de manera colaborativa.

Asistir (Assist): facilitar a la persona técnicas de cambio de comportamiento como confianza, apoyos sociales, tratamientos médicos cuando sea apropiado (por ejemplo, consejería, entrevista motivacional, farmacoterapia para tabaquismo).

Arreglar (Arrange): agendar seguimiento (en persona o por teléfono).

Ilustración 12. Plan de acción personal.



Fuente: Adaptado del modelo de automanejo de las 5 A de OPS. "Cuidados innovadores para las condiciones crónicas".

El resultado espera lograr la autogestión, automanejo y la responsabilidad de las personas sobre su propia condición. El objetivo es un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y estilos de vida necesarios para controlar y prevenir la enfermedad, y un uso más eficiente de los recursos del sistema (70).

3.5.3. Continuidad del cuidado

La integración y la continuidad en la prestación y la asistencia son elementos esenciales para garantizar que se reciban los servicios necesarios, maximizando los resultados y mejorando la experiencia de la persona (76).

Así, las personas con condiciones y/o necesidades de atención más complejas con frecuencia se benefician de los servicios de manejo clínico interdisciplinarios, que incluyan enfermería, médicos, asistentes sociales, entre otros, que ayuden a mejorar el cumplimiento del tratamiento indicado a la persona. Además, un coordinador de atención, denominado en la Estrategia como profesional gestor, es encargado de facilitar y gestionar el cuidado integral de personas con situación de cronicidad, identificando las metas de salud, coordinando servicios y proveedores para cumplimiento de estas, pudiendo corresponder a cualquier miembro del equipo de salud capacitado (97).

El objetivo es garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, centrada en las personas, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores involucrados (63). De esta manera, se busca lograr una atención adecuada a las necesidades y características de la persona en situación de cronicidad.

3.5.4. Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de las personas

Las intervenciones sanitarias han evolucionado a lo largo del tiempo, incluyéndose tecnologías de información y comunicación, tales como telemedicina, contacto telefónico con la persona, receta electrónica, consultoría a distancia, mensajería, entre otros (79).

Algunos ejemplos de intervenciones innovadoras que contribuyen a una mejor gestión de los cuidados a personas con condiciones de cronicidad son (97):

- Sistemas para el apoyo de toma de decisiones clínicas, por ejemplo, sistemas computarizados.
- Atención basada en guías de práctica clínica.
- Documentos impresos con un mensaje único y claro que incluya una revisión sistemática de la evidencia.
- Interconsulta con otros especialistas para mejorar las prescripciones.
- Reuniones educativas para profesionales de la salud.

Estas intervenciones buscarán adaptarse a las necesidades de cada persona, realizándose de manera compartida entre el profesional de salud y esta última, considerando su etapa del curso de vida y sus condiciones crónicas (79). Algunos efectos estudiados de intervenciones a nivel organizacional han sido (112):

- Valor de presión arterial, HbA1c y colesterol LDL en rango normal u óptimo.
- Mejoría en estado de salud mental.
- Aumento de adherencia al tratamiento.
- Mayor satisfacción usuaria.
- Ahorros en gastos.

Gracias al uso de tecnologías informáticas se agregan nuevos elementos para el cuidado de las personas. Consiste en un grupo de servicios de especialistas y otros profesionales de salud a médicos de la Atención Primaria con el fin de apoyarlos en la atención que brindan a personas que presenten un manejo deficiente de sus condiciones crónicas y que tienen mayor riesgo de descompensación y de consultas presenciales en establecimientos de la Red Asistencial. Asimismo, seguimiento remoto a personas en situación de cronicidad, a través de tecnologías de innovación sanitaria. En este contexto se han planteado cuatro objetivos que serán abordados en la línea de la innovación y nuevas tecnologías:

- **Identificación:** selección de elementos clave de la gestión de las personas que puedan ser tributados de innovación, a partir del uso intensivo de las tecnologías médicas.
- **Facilitación:** simplificar y fortalecer la relación de la persona en situación de cronicidad con el equipo de salud, con el envío continuo de información relevante para la toma de decisiones continua y en tiempo real.
- **Implementación:** desarrollo de aplicaciones y plataformas que permitan el análisis adecuado para la toma de decisiones con gran rapidez y siguiendo las prácticas clínicas estandarizadas.
- **Fortalecimiento del automanejo:** facilitar el autocontrol de las condiciones crónicas por parte de las personas.

CÁPITULO IV.

DESARROLLO DE PROCESOS ESTRATÉGICOS

4.1. Procesos de soporte, claves y estratégicos en el cuidado de las personas.

El mapa de procesos facilita una visión global de la atención a la persona en situación de cronicidad y permite representar la relación entre los distintos niveles asistenciales o de cuidados y las partes involucradas. En este proceso marco se identifican tres ámbitos diferenciados (95):

Estratégico: corresponde a los elementos que adecuan el proceso a las necesidades y expectativas de los usuarios, actores del entorno (familiares, profesionales y cuidadores) y lo orientan hacia su desarrollo futuro. Constituyen los planes directores y estratégicos que enmarcan la prestación asistencial y la legislación marco de actuación en el ámbito de la salud (planes de salud, planes de formación, gestión del conocimiento, etc.) (95).

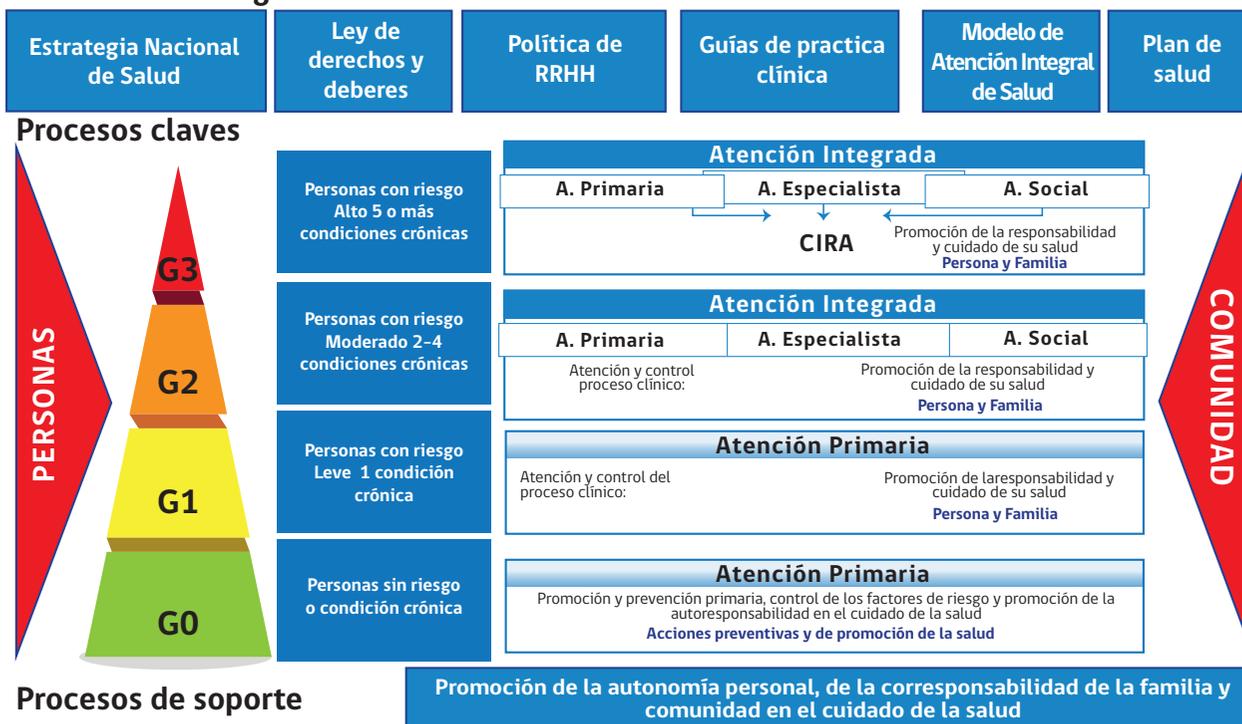
Clave u Operativo: engloba todas las actividades que tienen un impacto directo en el estado de salud y la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas. Corresponde, por tanto, a los procesos claves de la prestación asistencial: contacto con la persona en función de sus características y el nivel de cuidados que precisan (95).

Soporte: son los elementos que generan apoyo o recursos, sirviendo de complemento a la labor asistencial y que permiten que la atención de la persona en situación de cronicidad pueda desarrollarse de una manera óptima (tecnología, generación de competencias profesionales, estratificación de las personas, etc.) (95).

A continuación, se ilustran los principales procesos a tener en consideración en la implementación de la Estrategia (ilustración 13).

Ilustración 13. Procesos de soporte, claves y estratégicos en el cuidado.

Procesos estratégicos



Fuente: Adaptado de Comunitat Valenciana (93).

4.2. Equipos de salud: perfiles y formación

Las intervenciones más efectivas en el manejo de condiciones crónicas comprenden el compartir las responsabilidades del cuidado de la persona entre los miembros del equipo de salud, para asegurar el apoyo clínico y el automanejo, debiendo incluirse profesionales de distintas áreas (113), conforme las necesidades.

La gestión y el seguimiento de personas multi mórbidas severas (5 o más condiciones crónicas), en un centro de salud, estará a cargo del equipo de sector al que pertenece la persona en situación de cronicidad, mediante una dupla (profesional y técnico), que tiene como función facilitar, gestionar y coordinar con quien corresponda la integralidad del cuidado de la persona.

La dupla de profesional y técnico que facilite y gestione el cuidado se definirá conforme las necesidades de las personas con condiciones crónicas y disponibilidad de los equipos de salud. Las principales funciones de los gestores del cuidado se describen a continuación (tabla 6).

Tabla 6. Principales funciones del profesional y técnico gestor de la multimorbilidad en el equipo de sector del centro de salud.

Profesional Gestor:	Facilitar atenciones integrales según el estado de salud de la persona consultante, determinando las necesidades individuales.
Miembro del equipo que facilita y gestiona el cuidado de personas con multimorbilidad severa	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.
	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.
	Manejo y monitoreo de referencia y contrarreferencia (movimientos de la persona entre distintos niveles de atención).
Técnico Gestor: miembro del equipo que apoya en la gestión al profesional, realizando seguimiento y rescate de usuarios de alta complejidad, y monitorizando el estado de salud de usuarios de mediana complejidad.	Apoyar en la gestión del usuario de alta complejidad, según lo que determine el profesional designado.
	Realizar el rescate de usuarios de alta complejidad, mediante contacto telefónico o visitas domiciliarias.
	Monitorizar los parámetros y el cumplimiento de metas del usuario de alta complejidad, en apoyo al profesional gestor.
	Pesquisar usuarios que podrían beneficiarse del programa de multimorbilidad de alta complejidad.
	Realizar la gestión de atención del usuario de mediana complejidad (según disponibilidad del profesional gestor).
	Educar a los usuarios en medidas que mejoren el automanejo.

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las destrezas fundamentales del profesional y del técnico gestor de los cuidados, se incluyen destrezas de (114):

- **Valoración:** es presencial, y debe incluir a individuos significativos de la vida de la persona, explorando factores incidentes, fortalezas existentes y debilidades a través de evaluación sistemática de áreas pertinentes.
- **Gestión:** clave es la relación interpersonal, habilidades de comunicación, empatía, tolerancia a trabajar con la incertidumbre y relación con diversos entornos.
- **Confidencialidad:** necesidad de explicitar a la persona y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad y establecer acuerdos concretos que garanticen.

- **Apoyo:** el/la gestor de casos establece con la persona, cuidadores y/o su familia una relación de apoyo y confianza. Implicarse sin involucrarse.

A continuación, se describen las competencias genéricas necesarias para el profesional y técnico gestor (115):

- **Principios éticos:** debe ser capaz de identificar cualquier problema ético relacionado con el usuario, considerando las creencias culturales, el nivel socioeconómico y educacional. Confidencialidad.
- **Lineamientos legales y organizacionales:** debe dominar toda la normativa relacionada con la atención de salud, incluyendo programas sanitarios, consentimientos, entre otros. Relaciones interpersonales, comunicación.
- **Análisis integral:** debe facilitar atenciones integrales por parte del equipo multidisciplinario, incluyendo la detección de usuarios que requieran de gestión y seguimiento. Incluir individuos significativos, redes de apoyo.
- **Plan de cuidados:** debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales del usuario, junto con velar por la provisión de planes individuales colaborativos.
- **Principios de trabajo en equipo:** debe dominar el trabajo en equipo, facilitando la colaboración entre los profesionales y hacia el usuario. Para esto, debe contar con habilidades de negociación, resolución de conflictos y cuidados colaborativos para que el usuario alcance las metas establecidas y para maximizar los resultados positivos.
- **Velar por el cuidado centrado en el usuario:** debe detectar y presentar las necesidades individuales, los deseos y anhelos relacionados con la salud y tratamiento del usuario a los miembros del equipo multidisciplinario u otros niveles de atención.
- **Habilidades de escucha y comunicación:** debe dominar técnicas de comunicación efectiva y de escucha activa, buscando ser el nexo entre el equipo multidisciplinario, el usuario y su ambiente cercano. Además, debe ser asertivo con las creencias del usuario. Relaciones interpersonales, comunicación implicarse sin involucrarse.
- **Estrategias para mejorar el automanejo:** debe dominar técnicas para potenciar el automanejo, junto con determinar la necesidad y la fase del cambio e implementar medidas como la entrevista motivacional para alcanzar mejores resultados de salud.
- **Normativa social y comunitaria:** debe dominar la disponibilidad de recursos comunitarios, como beneficios económicos o redes de atención a los que el usuario pueda acceder.
- **Habilidades tecnológicas:** debe manejar aparatos de automonitoreo, el uso de fichas y recursos electrónicos.
- **Teorías y definiciones:** debe manejar la teoría de gestión de la multimorbilidad.
- **Adicional:** conocimiento clínico: gestores que no tengan formación biomédica deben recibir entrenamiento en las condiciones crónicas más prevalentes y funcionalidad de personas mayores.

4.3. Evaluación de la Estrategia

La implementación de la Estrategia considera los siguientes ámbitos generales de evaluación con sus respectivos indicadores.

Ámbitos	Indicadores
1. Condiciones claves para la implementación	<ul style="list-style-type: none"> Formación continua de equipos de sector: capacitaciones en relación a entrevista motivacional, automanejo de personas con condiciones crónicas, estratificación de riesgo, participación, medición de calidad de vida y corresponsabilidad en la toma de decisiones de salud de las personas.
	<ul style="list-style-type: none"> Estratificación de la población a cargo, según nivel de cronicidad en establecimientos de Atención Primaria (para todos los establecimientos que tienen registro clínico electrónico).
	<ul style="list-style-type: none"> Agendamiento de acuerdo al nivel de estratificación de las personas.
	<ul style="list-style-type: none"> Registro de evoluciones clínicas y psicosociales en Registro Único Integrado (RUI) disponible en el sistema de registro clínico electrónico de los establecimientos de salud.
2. Promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de factores de riesgo en la población de los establecimientos de salud (estado nutricional, autopercepción en salud, hábitos tabáquicos, consumo alcohol, actividad física).
3. Responsabilidad y autonomía de las personas	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y a controles integrales para personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del automanejo de condiciones crónicas en personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3.
4. Continuidad del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de profesional de enlace en la atención secundaria para personas con condiciones crónicas estratificadas como G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de procedimiento de trabajo con profesional de enlace en el nivel secundario.
5. Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de atenciones integrales a personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de planes de cuidados integrales a personas con condiciones crónicas estratificadas como G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de planes de cuidado integrales y de dupla profesional más TENS para personas con condiciones crónicas estratificadas como G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de recetas farmacológicas unificadas para personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2, G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de seguimiento a distancia (ya sea telefónico o monitoreo de equipamiento electrónico) para personas con condiciones crónicas estratificadas como G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de inserción de personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3 en grupos de pares.
	<ul style="list-style-type: none"> Compensación de condiciones crónicas centinelas.
6. Resultado Global	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de hospitalización evitable por condición crónica.
	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de consulta en servicios de urgencia de personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3.
	<ul style="list-style-type: none"> Reportes de experiencia de personas, en tanto su atención de salud y sus resultados de salud (PARIS OCDE) en personas con condiciones crónicas estratificadas como G1, G2 y G3.

ANEXOS

Anexo 1. Listado de condiciones crónicas

N°	Puntaje	Patología o Condición	CIAP-2				CIE-10				
1	1	Consumo perjudicial o dependiente de alcohol	P19				Y91.2 - Y91.3- Y91.9	F10.1-9	Z72.1	Z71.4	
2	1	Tabaquismo	P22	P27			F17.1-9	Z72.0	z71.6		T65.2
3	1	Consumo perjudicial o dependiente de droga como sustancia principal o poli consumo	P23	P24	P28	P29	F11-16	Z72.2	F18-19		
4	1	Anemia crónica	B78	B80	B81	B82	D50-53	D55-59	D60-64		
5	1	Trastornos alimentarios	T05				F50	F50.0-9			
6	1	Artritis Reumatoidea	L88				M05	M06			
7	1	Artrosis de rodilla, cadera u otro tipo	L89	L90	L91		M15	M16-19			
8	1	Asma	R96				J46	J45			
9	1	Catarata / Retinopatía	F92				H25	H26	H28	Q12	
10	1	Ceguera	F94				H54				
11	2	Demencia	P78				F00-03				
12	1	Depresión Leve o moderada					F33.4-9				
13	2	Depresión (Grave, Grave con ideación suicida, refractaria y con psicosis).	P86				F33.2-3				
14	2	Diabetes mellitus	T89	T90	W85		E10	E11-14			

N°		Puntaje	Patología o Condición	CIAP-2		CIE-10				
15	1	Dificultades socioeconómicas o psicosociales	Z01-02-03-04-05-06-07-08-09-10			Z55-65				
16	1	Dislipidemias	T93			E78				
17	2	Enfermedad cerebrovascular / ACV / AVE	K91			G46	I67	I68		I64
18	1	Isquemia cerebral transitoria (TIA)	K89			G45				
19	1	Enfermedad hepática	D23	D97	D72	K70	B18	K73-74		K71
20	1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	R95			J41	J42	J43		J44
21	1	Enfermedad renal crónica	U99			I12	N15	N18.0		N19
22	2	Enfermedad renal crónica avanzada						N18.4	N18.5	
23	2	Enfermedades cardiovasculares / IAM/ cardiopatía isquémica	K99	K75	K74	K76	I51	I52	I20	I21-22, 25
24	1	Enteritis crónica / colitis ulcerosa / Crohn	D94			K50-52				
25	1	Epilepsia	N88			G40				
26	1	Esclerosis múltiple	N86			G35				
27	2	Esquizofrenia	P80			F20	F21	F22		F23
28	1	Fibrilación auricular / flutter	K78			I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9	I49.0 I49.9			
29	2	Función limitada / discapacidad / dependencia	A, B, D, F, K, N, P, Y, L, R, S, T, U, W, X, Z8			R26	Z74	Z99		

N°	Puntaje	Patología o Condición	CIAP-2					CIE-10									
			F93					H40	H42								
30	1	Glaucoma															
31	1	Hiperuricemia	T92							M10							
32	1	Hipertensión Arterial	K86	K87						I10	I11	I12	I13				
33	1	Hipertrofia prostática benigna	Y85							N40							
34	1	Trastornos tiroideos	T86	T85						E01	E02	E03	E05				
35	1	Infección por VIH / SIDA	B90							B21-24							
36	1	Insuficiencia cardíaca	K77							I50							
37	1	Lupus	L99	S99						L93, L93.0, L93.1, L93.2,	M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9						
38	1	Malignidad/Neoplasia/Tumor maligno/Cáncer No esp.	A79, R84-86, R92, S77, T71, U75-79, W72, X75-81, Y77-78, D74-78, F74, L71, L97, H75, K72, N74-N76					TODA LA LETRA C					LETRA D HASTA D48				
39	1	Maltrato físico / psicológico / violencia intrafamiliar/Abuso Sexual/ideación e intento suicida	Z12	Z16	Z20	Z24-25					T74	Y07					
40	1	Dolor neuropático / fibromialgia	N92	L18						G50	M79.7						
41	1	Obesidad	T82							E66							
42	1	Parkinsonismo	N87							G20-26							
43	1	Presbiacusia / Hipoacusia / Sordera	H84-86							H90-91							
44	1	Trastornos de la coagulación	B83	B79						D68-69	D75	D77					

N°		Puntaje	Patología o Condición	CIAP-2			CIE-10		
45	1	Retraso mental	P85			F70-79			
46	1	Arritmia cardíaca/ Taquicardia paroxística	K79-80			147.0 147.1 147.2 147.9	149		
47	1	Trastorno Ansioso	P74 - P79			F40-41-42			
48	1	Trastorno de la personalidad	P80			F60-62	F68-69		
49	1	Trastornos del sueño	P06			G47	F51		
50	1	Otros trastornos de Salud Mental	P99	P75	P81	F63-66			
51	1	Tuberculosis	A70			A15	A17-19		
52	1	Úlcera crónica de la piel	S97			183.0 y .2	183, 183.0, 183.1, 183.2, 183.9,	L97	L98.4

Criterios de priorización utilizados en la definición de condiciones crónicas con ponderación duplicada, para la estratificación.

- Mortalidad: enfermedades que causan alta mortalidad.
- Prevalencia: enfermedad prevalente y con alta tasa de morbimortalidad en Chile.
- Morbilidad severa: Antecedentes de daño órgano blanco que está asociado a muerte y discapacidad con alto porcentaje de recurrencia. Marcador de daño.
- Tiempo requerido en la atención: persona que presenta patología que requiere mayor tiempo en su atención debido a algún tipo de discapacidad física, mental u compromiso del estado general debido a la enfermedad cursante.
- Necesidades de entrega de cuidados más integrales: persona que presenta enfermedades que requiere manejo de sus patologías cursantes de manera biopsicosocial para lograr estabilidad y/o compensación.
- Calidad de vida: enfermedad que afecta la calidad de vida en cualquier de los siguientes ámbitos: movilidad, cuidado-personal, actividades habituales, dolor/malestar y angustia/depresión (EQ-5D).

AUTORÍA

La elaboración de la Estrategia estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial, que fue coordinada por Irma Vargas Palavicino, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación, se mencionan los autores del documento, sus colaboradores y quienes efectuaron la revisión del mismo.

Responsables técnicos

Adriana Tapia Cifuentes	Médico Cirujano. Diplomada en Administración de Salud, Administración y Gestión de Empresas. 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. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud

Autores

Irma Vargas Palavicino	División de Atención Primaria. Departamento de Gestión de Cuidados. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Sibila Iñiguez Castillo	Servicio de Salud Metropolitano Oriente Directora de Salud Comuna Lo Barnechea
Francisco Martínez Mardones	División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Año 2019.
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.

Revisaron borrador y aportaron a la versión final del documento (por orden alfabético)

Alvaro Tellez T.	Centro Innovación en Salud U.C.
Carolina Rain	Centro Innovación en Salud U.C.
Ana María León R	CESFAM Piedra del Águila, comuna de Angol
Esteban Irazoqui	Centro Innovación en Salud U.C.
Javiera Busquets E.	Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Jorge Barros	Centro Innovación en Salud U.C.
Julio Montero C.	CESFAM Piedra del Águila, comuna de Angol
Karen Pesse S.	Doctoranda en Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile
Macarena Moral L.	Profesor Asistente - Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Sociedad Chilena de medicina familiar
María Jose Fernandez M.	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Subdirección médica
Mélanie Paccot B.	Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Patricio Céspedes	Centro Innovación en Salud U.C.
Paula Zamorano	Centro Innovación en Salud U.C.
Paulina Muñoz	Centro Innovación en Salud U.C.
Pía Venegas A.	Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Susana Fuentealba	Departamento GES y Redes Alta Complejidad/ DIGERA Subsecretaría de Redes Asistenciales
Teresita Varela	Centro Innovación en Salud U.C.
Tomás Labbé A.	Departamento Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Año 2019.
Verónica Rojas	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Departamento de Atención Primaria, Dirección de Gestión Asistencial
Ximena Barros R.	Doctoranda en Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile

Colaboradores (por orden alfabético)

Antony Sánchez C.	Encargado regional Programa de Salud Integral de Personas Mayores. SEREMI de Salud del Bio Bio.
Erika Quiroz	Asesora gabinete Subsecretaria Redes Asistenciales. Año 2019
Francisco Suárez G.	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Jefe unidad de análisis y gestión de la información en salud
Gisela Shaffer L.	Jefa Departamento de Control de Gestión y Calidad. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Inger Rivera G.	Jefe de Proyectos SIDRA Departamento de Gestión Sectorial de TIC. Gabinete de ministro. Año 2019
Isidora Prado U.	División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Año 2019.
Jenny Velasco P.	Unidad Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores. Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública.
Karen Pesse S.	Doctoranda en Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile
Katia Kusch M.	Encargada regional Programa de Salud integral de Personas Mayores. SEREMI de Salud Magallanes.
María Alicia Ribes	Departamento GES, Redes Alta Complejidad y Líneas Programáticas / DIGERA Subsecretaría de Redes Asistenciales
María José Fernandez M.	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Subdirección médica
Maria José Gonzalez B	Departamento de Innovación Directora Cepis - Centros de Pilotaje en Salud. Gabinete Ministro. Año 2019.
Marcela Flores S.	Directora Cesfam Laurita Vicuña, Corporación Municipal de Puente Alto
Mónica Cortés H.	Asesora gabinete Subsecretaria Redes Asistenciales. Año 2019
Nicolás Figueroa R.	Departamento de Control de Gestión y Calidad División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Patricio Herrera V.	Unidad Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores. Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública.
Ximena Barros R.	Doctoranda en Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 2007.
2. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028.
3. Tapia JCR, Namias MAR, Gorman MPC. Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno.
4. Ganga Contreras F, Piñones Santana MA, González Vásquez D, Rebagliati Badal F, Ganga Contreras F, Piñones Santana MA, et al. Rol del Estado frente al envejecimiento de la población: el caso de Chile. *Convergencia*. 2016 Aug;23(71):175-200.
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones y estimaciones de población, total país. 2004.
6. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Observatorio de salud pública: Medio ambiente y seguridad humana. Disponible en <http://www.ochisap.cl/index.php/ambiente-y-seguridad-humana> [Consultado 01 de abril de 2019].
7. Base de datos CEPALBAST. Cobertura de agua potable y saneamiento en sectores urbano y rural de Chile, 1990 a 2011. Año 2013. Disponible en <https://www.cepal.org/es> [consultado 01 de abril de 2019].
8. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Observatorio de Salud Pública: Saneamiento. <http://www.ochisap.cl/index.php/ambiente-y-seguridad-humana/saneamiento> [consultado 01 de abril de 2019].
9. CEPALSTAT - Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: Chile: PERFIL NACIONAL SOCIO-DEMOGRÁFICO. Disponible en http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish. [Consultado 01 de abril de 2019].
10. Ministerio de Salud. Enfermedades inmunoprevenibles calendario inmunización. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/informacion-a-la-comunidad/enfermedades-inmunoprevenibles/enf-inmunoprevenible-calendario-inmunizacion/>. [Consultado 01 de abril de 2019].
11. Ministerio de Salud. Calendario de vacunación 2019.
12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [Consultado 01 de abril de 2019].
13. Instituto Nacional de Estadísticas. Comisión económica para América Latina y el Caribe: CHILE: proyecciones y estimaciones de población. Total, País 1950-2050.
14. Donoso S E, Carvajal C JA. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. *Revista médica de Chile*. 2012 Oct;140(10):1253-62.
15. Viel B, Campos W. [Chilean history of infant and maternal mortality, 1940 -1985]. *Perspect Int Planif Fam*. 1987;(Spec No):24-8.
16. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos: Situación de Salud en las Américas 2018. Disponible en <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>. [Consultado 22 de abril de 2019].

17. Resultados definitivos CENSO 2017. Disponibles en http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf [Consultado 03 de abril de 2019].
18. Estadísticas en Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/index.asp>
19. Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Agosto 2008.
20. Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, et al. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017 Mar 1;40(3):412-8.
21. Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 4 de junio de 2018;43(1):30.
22. Organización Mundial de la Salud. Principales ENT y sus factores de riesgo. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/introduction/es/>. [Consultado 06 de febrero de 2019].
23. Ministerio de Salud. Guía Clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago: Minsal, 2010.
24. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? BMJ. 1994 Feb 5;308(6925):367-72.
25. Expert Dyslipidemia Panel of the International Atherosclerosis Society Panel members. An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia--full report. J Clin Lipidol. 2014 Feb;8(1):29-60.
26. Grundy Scott M., Stone Neil J., Bailey Alison L., Beam Craig, Birtcher Kim K., Blumenthal Roger S., et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. Circulation. 0(0): CIR.0000000000000625.
27. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 2016-2017.
28. GLOBAL REPORT ON DIABETES OMS [Internet]. [citado 1 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
29. Guidelines IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot 2017 [Internet]. [citado 4 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html>
30. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Orientación técnica Manejo integral del pie diabético, 2018. OT-PIE-DIABETICO-17122018.pdf [Internet]. [citado 4 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/OT-PIE-DIABETICo-17122018.pdf>
31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica GES prevención secundaria de la enfermedad renal crónica. 2017.
32. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

33. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Décimo primera revisión (ICD-11). Capítulo 5: Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f14940304>. [Consultado el 03 de abril de 2019].
34. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 2017;18(7):715-23.
35. Organización Mundial de la Salud. "Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018". Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. [Consultado el 23 de enero de 2019].
36. Organización Mundial de la Salud. Obesity and overweight. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Consultado 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
37. Ministerio de Salud. Balance de gestión: División de Políticas Públicas Saludables y Promoción 2014-2018. Página 31. Diciembre 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Adicional-SSP-DIPOL.-Balance-de-Gesti%C3%B3n.pdf>. [Consultado 03 de abril de 2019].
38. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016.
39. ONUSIDA. 90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.
40. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Diciembre 2017.
41. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. [Consultado el 23 de abril de 2019].
42. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer PA, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*. 2017 Jan;145(1):25-32.
43. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: segunda entrega de resultados.
44. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases--a systematic literature review. *PLoS ONE*. 2013;8(11):e79641.
45. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Población en control en programa de salud cardiovascular. Consultado enero 2019.
46. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008.
47. Organización Mundial de la Salud. Alcohol: datos y cifras. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [Consultado 03 de abril de 2019].

48. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional sobre Alcohol: reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. 2010.
49. Leiva AM, Martínez MA, Cristi-Montero C, Salas C, Ramírez-Campillo R, Díaz Martínez X, et al. El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Revista médica de Chile*. 2017 Apr;145(4):458-67.
50. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1659–724.
51. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: primeros resultados. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf. [Consultado 06 de Febrero de 2019].
52. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. Programa Elige Vivir Sano. Disponible en: [Orientación técnica Mas adultos mayores autovalentes. Ministerio de Salud 2019](#)
53. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Elige vivir sano. Disponible en: <https://msgg.gob.cl/wp/2018/05/09/conoce-en-que-consiste-el-nuevo-sistema-elige-vivir-sano/> [Consultado 03 de abril de 2019].
54. Organización Mundial de la Salud. Dieta. Disponible en <https://www.who.int/topics/diet/es/> [Consultado 03 de abril de 2019].
55. Dahlgren, Göran & Margaret Whitehead “Policies and strategies to promote social equity in health”. *Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier*; 2007:14.
56. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/. [Consultado 06 de febrero de 2019]. Poverty and shared prosperity 2016. Taking on inequality. World bank group. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/242251476706821424/pdf/109215-REVISED-PUB-PUBLIC.pdf>
57. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2018.
58. De la Cruz-Sánchez, Ernesto; Feu Sebastián. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Univ. Psychol. Colombia*. Vol 12. No 1. PP 31–40. Febrero 2012.
59. OECD (2018), Education at a Glance 2018: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2018-en>
60. Organización Mundial de la Salud. La educación y la salud están íntimamente unidas. Disponible en https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/ [Consultado 03 de abril de 2019].

61. Choi AI, Weekley CC, Chen S-C, Li S, Tamura MK, Norris KC, et al. Association of Educational Attainment With Chronic Disease and Mortality: The Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis*. 2011 Aug;58(2):228-34.
62. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Jun;11:316-26.
63. Stuckler D, Basu S, McKee M. Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis. *PLOS Medicine*. 2010 Mar 2;7(3): e1000241.
64. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo: influencia de la pobreza en la salud. Informe de la secretaría. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/eb113/seb11312.pdf [Consultado 03 de abril de 2019].
65. Superintendencia de Salud. Garantías explícitas en salud (GES). Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonPreguntas> [Consultado 03 de abril de 2019].
66. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 2006 May 27;367(9524):1747-57.
67. Suhrcke M. *Chronic disease: an economic perspective*. London: Oxford Health Alliance; 2006.
68. Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf [Consultado 04 de abril de 2019].
69. Melguizo Jiménez M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. *Aten Primaria*. 2011 Feb 1;43(2):67-8.
70. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad Euskadi. Osakidetza. Consultado el 23 de Enero, en: https://www.euskadi.eus/web01-s2osa/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
71. The academy of medical sciences. Multimorbidity: a Priority for global health research. Abril 2018.
72. The Lancet null. Making more of multimorbidity: an emerging priority. *Lancet*. 2018 28;391(10131):1637.
73. Departamento de Estadísticas e Información en salud (DEIS). Población en control programa de salud cardiovascular. Consultado enero 2019.
74. Organización Mundial de la Salud. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. 2016.
75. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 2013
76. María Sofía Cuba Fuentes, Zoila Olga de los Milagros Romero Albino El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud.
77. Servicio Vasco de Salud- Osakidetza. Enfermera/o Osakidetza. Editorial CEP. Pág. 260. Temario Vol. IV. 2018.

78. Pacheco Jorge, Cuadrado Cristóbal, Martínez Soledad. Urgent care centers reduce emergency department and primary care same-day visits: a natural experiment. *Health Policy and Planning*, 34, 2019, 170–177. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/3/170/5424098>
79. Nuño-Solinís R, Elorriaga KP, Pereira CR, Martínez AG, Gabilondo MA. La Multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. *Atención Primaria*. 1 de junio de 2014;46:3–9.
80. The Academy of Medical Science. Multimorbidity: a priority for global health research | The Academy of Medical Sciences [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity>
81. Zulman DM, Asch SM, Martins SB, Kerr EA, Hoffman BB, Goldstein MK. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med*. 2014 Mar;29(3):529–37.
82. Gupta V, Katz R, Swaminathan S. Reimagining Development Assistance for Health. *N Engl J Med*. 2018 Nov 15;379(20):1891–3.
83. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*. 1996;74(4):511–44.
84. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010.
85. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014.
86. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*. 2009 Jan 1;28(1):75–85.
87. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997 Dec 15;127(12):1097–102.
88. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73–82.
89. Kaiser Permanente Washington Health Research Institute. Policymakers. Disponible en: <https://www.kpwashingtonresearch.org/ghri/policymakers/>. [Consultado 05 de febrero de 2019].
90. MacColl Center for Health Care Innovation. Chronic Illness Care. Disponible en: <http://www.maccollcenter.org/our-work/chronic-illness-care>. [Consultado 05 de febrero de 2019].
91. National Health Service. House of Care - A framework for long term condition care. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/ltc/house-of-care/#sol>. [Consultado 05 de febrero de 2019].
92. de Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CCM, Schellevis FG, Nijpels G, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy*. 2012 Oct;107(2–3):108–45.

93. Samaniego M María. Estrategias de Cuidados en la Atención al paciente crónico. Universidad de Almería. 2012.
94. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de sanitat. 2014
95. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Auxiliar de Enfermería. Temario específico y test. Volumen 1. Ediciones Rodio. Pág. 21-25. Febrero 2017.
96. Centro de Innovación en Salud. ANCORA UC. 2018. Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica; Redireccionando los servicios de salud según riesgo.
97. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. Ann Fam Med. 2012 Apr;10(2):134-41.
98. 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. Washington, DC: OPS, 2013.
99. Eugênio Vilaça Mendes Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia. 2014
100. Superintendencia de Salud. Ley de derechos y deberes. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html> [Consultado 04 de abril de 2019].
101. Servicio Aragonés de Salud. Enfermero/a. Editorial CEP. Temario. Vol. IV.
102. Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2016
103. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales
104. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Actualización Manual de Geriátrica para Médicos, MINSAL 2019", disponible en el link https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
105. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud?. Agosto 2016. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>. [Consultado: 01 de enero de 2019].
106. Population NRC (US) P on S for an A, Gilford DM. Health Promotion and Disease Prevention. National Academies Press (US); 1988. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217727/>. [Consultado 1 de febrero de 2019].
107. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Programa Elige Vivir Sano. Disponible en: <http://eligevivirsano.gob.cl/sobre-nosotros/>. [Consultado 01 de enero de 2019].
108. Ministerio de Salud. Programa Vida Sana. Disponible en: <http://eligevivirsano.gob.cl/programas/programa-elige-vida-sana/>. [Consultado 01 de febrero de 2019].

109. Organización Panamericana de la Salud. Estado de Salud de la población: prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles&lang=es [Consultado: 01 de febrero de 2019].
110. Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. Self-Management of Chronic Disease by Older Adults: A Review and Questions for Research. *J Aging Health*. 1991 Feb 1;3(1):3-27.
111. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4):267-84.
112. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;(4):CD006560.
113. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000 Febrero 26;320(7234):569-72.
114. Ministerio de Salud. Serie guías clínicas del adulto mayor: Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia.
115. Joint Action on Chronic Diseases and Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Report on meeting with experts for designing multimorbidity case management training programmes. 2016. Disponible en: http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/02/d07-03-wp6_final-draft.pdf. [Consultado 08 de febrero 2019].
116. Ministerio de Educación. Indicadores de la educación en Chile 2010-2016. Enero 2018.
117. Ministerio de Salud. DEIS. Defunciones y egresos enfermedades del sistema circulatorio (años 2013-2017).

