

ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

**ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS EN UN
CENTRO FAMILIAR DE CHILE
THE INTEGRAL PEOPLE-CENTERED CARE STRATEGY IN A FAMILY
CENTER OF CHILE**

Sofía Ponce-Arancibia,¹ Valentina Burgess Jaramillo,² Neil Ganchozo Montero,³ Marisela Vega Cortés,⁴ Daniza Mesa Vega,⁵ Bianca León Araya.⁶

1. Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo. Illapel, Chile. sofia.ponce@ug.uchile.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8063-1467>
2. Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo. Illapel, Chile. dra.valentinaburgess@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3695-6234>
3. Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo. Illapel, Chile. neilganchozomontero@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0009-0003-0784-7466>
4. Nutricionista, Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel. Illapel, Chile. nta.mariselavc@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0009-0004-4038-4528>
5. Trabajadora social, Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel. Illapel, Chile. danizamesavega@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0009-0000-4307-8236>
6. Interna de Medicina, Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile. bianca.leon@alumnos.ucn.cl ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5392-5253>

Recibido: 13/11/2024

Aceptado: 20/11/2024

Publicado: 27/12/2024

Correspondencia:

Nombre del autor: Marisela Vega Cortés

Institución: Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel

Dirección: El Mirador 211, comuna de Illapel

Código postal: 1930000

Teléfono: 532442323

Correo: nta.mariselavc@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas está basada en los principios del Modelo de Salud Familiar para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, cuidados integrales, consensuados y continuos con énfasis en el automanejo. **El objetivo** del presente trabajo es caracterizar a los usuarios de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en el Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel durante el primer año de implementación y evaluar la progresión de las variables clínicas de los usuarios en un periodo de tres meses posterior al ingreso. **Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo en 85 pacientes bajo la estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas del Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel ingresados el primer año. Los Participantes fueron priorizados para ingresar por polifarmacia, hemoglobina glicosilada elevada y crisis hipertensiva. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, peso, presión arterial sistólica y diastólica, hemoglobina glicosilada y colesterol LDL. **Resultados:** la población predominante fueron mujeres del grupo G3 de 65 a 74 años, de riesgo cardiovascular alto. A los 3 meses de ingreso las variables de peso, hemoglobina glicosilada y presiones mostraron diferencias significativas respecto al ingreso. **Conclusión:** se ingresó una población con multimorbilidad de alta complejidad en la cual se observaron diferencias clínicas a los tres meses de seguimiento. Se presentan antecedentes relevantes para otros equipos en la expansión y análisis de la implementación de la Cuidado Integral Centrado en las Personas.

Palabras clave: Multimorbilidad, Automanejo, Enfermedades Crónicas, Atención Primaria de Salud, Equipo Multiprofesional.

ABSTRACT

Introduction: the People-Centered Comprehensive Care Strategy is based on the principles of the Family Health Model for the promotion, prevention and management of chronicity in the context of multimorbidity, comprehensive, consensual and continuous care with emphasis on self-management. **The aim** of this study is to characterize the users of the People-Centered Integrated Care Strategy at the Illapel Urban Family Health Center during the first year of implementation and to evaluate the progression of clinical variables of the users in a period of three months after admission. **Methods:** a descriptive study was conducted on 85 patients under the People-Centered Integrated Care strategy at the Illapel Urban Family Health Center admitted during the first year. Participants were prioritized for admission due to polypharmacy, elevated glycosylated hemoglobin and hypertensive crisis. The study variables were: age, sex, weight, systolic and diastolic blood pressure, glycosylated hemoglobin and LDL cholesterol. **Results:** the predominant population was women in group G3, aged 65 to 74 years, at high cardiovascular risk. At 3 months after admission, weight, glycosylated hemoglobin and blood pressure variables showed significant differences with respect to admission. **Conclusion:** a population with high complexity multimorbidity was admitted in which clinical differences were observed at three months of follow-up. Relevant antecedents are presented for other teams in the expansion and analysis of

the implementation of Person-Centered Integrated Care.

Keywords: Multimorbidity, Self-management, Chronic Disease, Primary Health Care, Patient Care Team

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el desarrollo de los países y el progreso de la medicina ha llevado a un aumento de la esperanza de vida, que se ha producido en conjunto con un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y de pérdida de la salud a nivel global y de las Américas. ⁽¹⁾ Chile forma parte de estos cambios demográficos, tal que el año 2020 las enfermedades crónicas cardiovasculares representaron la primera causa de mortalidad y de años de vida perdidos en ambos sexos. ⁽²⁾ En la actualidad, la mayoría de la población adulta es portadora de dos o más enfermedades crónicas. Las personas con multimorbilidad tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, consumo de recursos sanitarios y menor calidad de vida. ⁽³⁾

Si bien en las Américas se han logrado avances en el control de enfermedades crónicas, en los últimos años la reducción de mortalidad se ha desacelerado e incluso estancado. ⁽⁴⁾ Esta tendencia podría estar explicada por la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y aumento de condiciones como la obesidad y diabetes, así como otros determinantes sociales de la salud. ^(4,5) Debido a esto, ha surgido la alerta respecto a que las estrategias actuales de prevención y control necesitan urgentemente un enfoque más eficaz e integral.

En Chile, se ha reconocido que la respuesta del sistema de salud hacia las personas en contexto

de multimorbilidad es una atención principalmente reactiva en lugar de preventiva, con atenciones de salud fragmentadas que carecen del enfoque que enmarca el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. ^(6,7)

Si se considera un manejo más avanzado y costo efectivo de patologías crónicas en contexto de multimorbilidad, los sistemas y equipos de salud necesitan organizarse en torno al automanejo, ⁽⁸⁾ que puede generar mejoras en la calidad de vida y utilización de recursos. ⁽⁹⁾ Este es un fenómeno multidimensional, que es influenciado por múltiples factores. ⁽¹⁰⁾

Desde los sistemas, se enfatiza la entrega de información, recursos y habilidades necesarias hacia las personas, con énfasis en la prevención. ^(11,12) Incluye que las personas portadoras de condiciones crónicas adopten cambios del estilo de vida y comportamiento en torno a patrones de alimentación, ejercicio, hábitos como tabaquismo y consumo de alcohol y adherencia a los tratamientos farmacológicos. ⁽¹³⁾ Estos cambios de comportamiento son requeridos para evitar la progresión de la enfermedad y mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de las personas portadoras. ⁽¹⁴⁾

En este contexto, el 2020 surge la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, impulsado por el Ministerio de Salud chileno. ⁽⁶⁾ La ECICEP busca dar respuesta a los nuevos desafíos en salud, con un enfoque de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinados. ⁽¹⁵⁾ Busca privilegiar una visión integral de la persona, considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y

espirituales; con enfoque proactivo de gestión de la propia salud y desarrollo de la integración de la entrega de los cuidados. ⁽¹⁶⁾

Las líneas estratégicas de la ECICEP comprenden la promoción y prevención, responsabilidad y autonomía de las personas, continuidad de cuidados e intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de las personas. ⁽⁶⁾

Sin embargo, la implementación efectiva de la ECICEP en los centros de salud primarios es un desafío complejo, ⁽¹⁷⁾ para lo cual se recomienda la conformación de un equipo implementador que está encargado de liderar el cambio al interior del centro de salud, incluyendo la elaboración de la organización de trabajo que permita llevar a cabo la estrategia a nivel local. ⁽³⁾

Los profesionales que realicen atenciones en el marco de la ECICEP deben mantener una formación continua y poseer habilidades que favorezcan el espíritu de empoderamiento, apoyo al automanejo, incentivo de procesos de balances decisionales, desarrollo de objetivos y generación de consensos con las personas, siguiendo los principios de la entrevista motivacional. ⁽³⁾

Illapel es una comuna que pertenece a la provincia de Choapa en la IV Región de Coquimbo en Chile. Según el censo del año 2017 mantenía un total de 30.848 habitantes. ⁽¹⁸⁾ La comuna fue la segunda de la región en incorporarse como pionera en el proceso de reforma de salud mediante la universalización de la Atención Primaria de Salud (APS) el 2024. La universalización en su segundo componente da énfasis en la implementación y fortalecimiento de la ECICEP como fundamental en el control de patologías crónicas en el nivel primario. ⁽¹⁹⁾ La

comuna cuenta con dos Centros de Salud Familiar (CESFAM), el CESFAM Villa San Rafael de Rozas y el CESFAM Urbano de Illapel. Este último con una población de 16.467 usuarios inscritos hasta el mes de julio del 2024.

Considerando el contexto y que según el conocimiento de este equipo de investigación aún no se han reportado experiencias académicas respecto a la implementación efectiva de la ECICEP en los centros de salud familiar chilenos, se plantean como preguntas de investigación ¿qué características tuvieron los usuarios ingresados a la ECICEP el primer año en el CESFAM Urbano y si existen diferencias significativas posteriores a su ingreso en variables de interés de Presión Arterial (PA), Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), presión arterial y colesterol LDL. Así, el objetivo del presente trabajo es caracterizar a los usuarios de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en el Centro de Salud Familiar Urbano de Illapel durante el primer año de implementación y evaluar la progresión de las variables clínicas de los usuarios en un periodo de tres meses posterior al ingreso.

MÉTODOS

Diseño de la investigación

Para responder a los objetivos, se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal, que incluyó una caracterización inicial de la muestra y dos mediciones de las variables de interés: una inicial y otra a los tres meses. El período de tres meses se definió como plazo acordado con la mayoría de las personas incluidas en el estudio, lo que permitió evaluar el control integral y la evolución de las enfermedades crónicas.

Población y lugar del estudio

La población de estudio fueron los usuarios ingresados a la ECICEP durante el primer año de implementación en el CESFAM Urbano de Illapel, período constituido entre marzo de 2023 y marzo 2024. Se excluyó aquellos que registraron fallecimiento durante este periodo y rechazo voluntario. De acuerdo con esto, el estudio incluyó un total de 85 usuarios. Las personas que se seleccionaron para ingresar inicialmente fueron obtenidas de la población bajo control del programa de salud cardiovascular.

Tal como se sugiere en el marco operativo de la estrategia, se incorporaron usuarios que se encuentran en el grupo de riesgo alto (G3) con 5 o más condiciones crónicas diagnosticadas. Para definir a quiénes atender primero, se adoptaron la mayoría de los criterios de sub-priorización de las orientaciones técnicas ECICEP y que se consideraron en este marco como indicadores de descompensación de distintas patologías. ⁽³⁾

Sin embargo, para acotar más a los usuarios, el equipo implementador local estableció el inicio de la estrategia con usuarios mayores a 45 años y se adaptó el criterio de polifarmacia a 10 o más medicamentos, que se consideran criterios de inclusión de la población de este estudio. Los criterios de inclusión de ingreso a la estrategia más relevantes fueron, en orden de prelación: polifarmacia mayor o igual a 10 medicamentos (44,7 %), Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) \geq 11% (33 %) y presión arterial \geq 180/110 (15,3 %). Los criterios de inclusión utilizados y número de pacientes incluidos en la implementación se enlistan en la Tabla N°1.

Como criterios de exclusión se consideró población menor de 45 años, con deterioro

cognitivo severo, pacientes que rechazan trabajar en la estrategia.

Tabla N°1. Criterios de inclusión de ingreso a la ECICEP en el CESFAM Urbano de Illapel, Marzo 2023 a Marzo 2024.

Criterio de sub-priorización	n (%)
• Polifarmacia \geq 10 medicamentos	38 (44,7 %)
• HbA1c \geq 11%	28 (33,0 %)
• Presión arterial \geq 180/110 en dos tomas estandarizadas	13 (15,3 %)
• Ideación o intento suicida en menos de 6 meses	2 (2,4 %)
• Hospitalización por descompensación de patología crónica en los últimos 3 meses	1 (1,2 %)
• Amputación por diabetes hace menos de 6 meses	1 (1,2 %)
• Úlcera activa en extremidades inferiores	1 (1,2 %)

Fuente: Elaboración propia con datos REM del CESFAM

Muestreo y recolección de datos

Como método de muestreo, se utilizó la muestra completa de los usuarios que ingresaron a la ECICEP durante el periodo de un año. Se excluyeron un total de 3 usuarios, 1 fallecido por cáncer de páncreas y 2 que rechazaron la atención de ECICEP y mantuvieron la atención tradicional separada por programas. La recolección de datos se realizó a través de revisión de fichas clínicas.

Procedimiento: implementación de la estrategia a nivel local

La ECICEP comenzó en el CESFAM Urbano de Illapel el 2022 con el proceso de acompañamiento desde el Servicio de Salud de Coquimbo y se implementaron atenciones desde el 2023. Los miembros del equipo implementador

fueron capacitados en el estilo comunicacional de la entrevista motivacional con énfasis en el automanejo de condiciones crónicas desde el Servicio de Salud. Esta, según sus autores, es colaborativa, orientada a metas, que presta atención al discurso de cambio para fortalecer la motivación personal por medio de la exploración de las razones individuales para el cambio en un contexto de aceptación y compasión. ⁽²⁰⁾

Este estilo de entrevista ha mostrado evidencia favorable en distintos contextos y objetivos y actualmente ofrece un estilo terapéutico basado en evidencia para administrar tratamientos de manera más efectiva. ⁽²¹⁾

En el preingreso a la estrategia realizado por profesional enfermero/a se realizaba la presentación de la estrategia, valoración inicial del usuario y derivación a la dupla de ingreso más acorde a las necesidades detectadas.

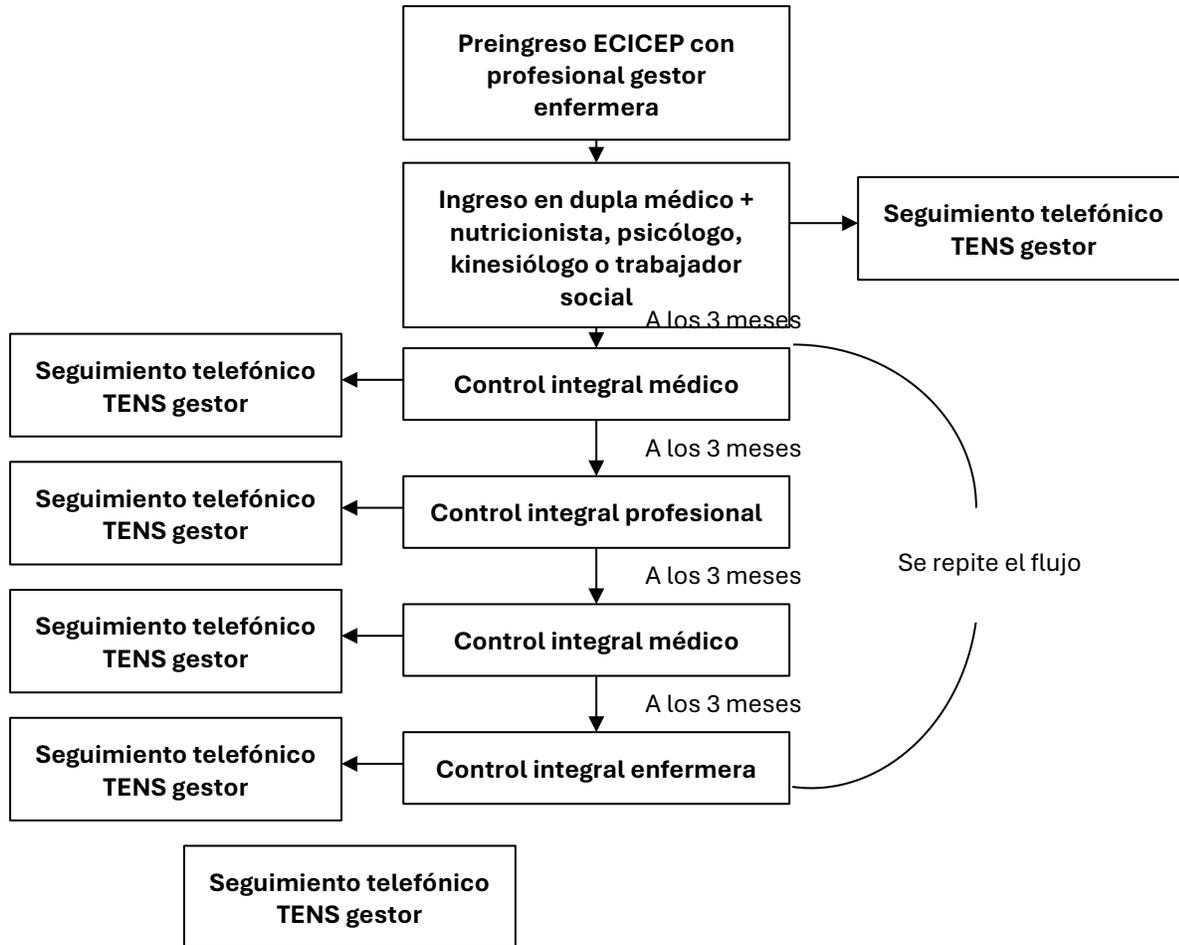
El ingreso a la estrategia se realizó siempre en dupla por profesional médico implementador asociado a nutricionista, kinesiólogo, psicólogo o trabajador social. Entre sus objetivos se encontraba establecer una relación de colaboración y alianza terapéutica en la que la persona sea reconocida en su integralidad, valorada y respetada en su autonomía y en su poder para la toma de decisiones.

A partir del proceso diagnóstico integral, en el ingreso en duplas se elaboró con todos los usuarios un Plan de Cuidado Integral consensuado individualizado, que incorporaba las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, según el caso. En él se realizaba identificación de prioridades y objetivos de tratamiento en conjunto, con sus respectivas acciones concretas, plazos y responsables.

Luego, los controles integrales fueron realizados según el flujo de controles individualizado del usuario. Los controles también podían realizarse en dupla en caso de que se requiriera. Estos controles tuvieron como principal objetivo realizar la evaluación y seguimiento del plan de cuidado integral.

Por último, los seguimientos a distancia realizados por los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS) se consideraron después del ingreso y cada control integral para evaluar y monitorear el logro de acuerdos, detección de barreras, acompañamiento y detección de signos de mala evolución clínica. El protocolo local consideró la posibilidad de visitas domiciliarias realizadas por trabajador social u otros profesionales en todo momento del tránsito del usuario en la ECICEP, según sus necesidades. La Figura N°1 describe el flujograma local de tránsito de las personas que fueron ingresadas a la ECICEP que se consideró en el protocolo local.

Figura N°1. Flujograma de ingreso y controles de la ECICEP en el grupo G3 en el CESFAM Urbano de Illapel.



Fuente: Elaboración propia

Análisis de datos

El análisis de datos es de tipo cuantitativo basado en el análisis de estadística descriptiva, que permitió caracterizar a la población en estudio. Se consideraron como variables clínicas de interés como las metas de control cardiovascular, es decir, presión arterial sistólica y diastólica, HbA1c y colesterol LDL. Por la condición nutricional de sobrepeso u obesidad de la mayoría de los usuarios, se consideró evaluar si había diferencias en la variable de peso corporal. Los datos fueron codificados y tabulados en Microsoft

Excel® y analizados mediante el software SPSS® versión 25.

Consideraciones éticas

Durante el preingreso a la ECICEP realizado por el profesional gestor siempre se les informaba a las personas sobre la visión de la estrategia y se les invitaba a participar libremente de ella. En cualquier etapa los usuarios podían rechazar su participación y mantener el control tradicional en el centro de salud. En el ingreso se firmó consentimiento informado sobre el uso de datos

clínicos con fines de investigación. Para los efectos de este estudio, en todo momento se mantuvo encriptada la identificación y los datos sensibles de las personas incluidas.

RESULTADOS

Durante el primer año de implementación de la estrategia ECICEP en el CESFAM Urbano de Illapel, se ingresó a un total de 85 personas. Según se aprecia en la Tabla N°2, los usuarios ingresados fueron mujeres en un 76,5%. Menos de un cuarto de la muestra fueron hombres (23,5 %). El grupo etario que predominó fue de 65 a 74 años (63,5%). Respecto a las características clínicas, la totalidad de los casos correspondió al grupo de riesgo G3, es decir, portadores de 5 o más condiciones crónicas. Más del 90% de las personas tenían un riesgo cardiovascular alto (91,8%). Las patologías más prevalentes del grupo fueron hipertensión arterial (84,7%), dislipidemias (84,7%) y diabetes mellitus tipo 2 (80%). La mayoría de los usuarios tenían evaluación nutricional de obesidad o sobrepeso (86 %).

Tabla N°2. Características clínicas de los usuarios ingresados a ECICEP en el CESFAM Urbano de Illapel, entre marzo de 2023 y marzo 2024.

Características de los participantes	n (%)
Edad	
- 45 a 54 años	1 (1,2%)
- 55 a 64 años	7 (8,2%)
- 65 a 74 años	54 (63,5%)
- 75 o más	23 (27%)
Sexo	
- Mujeres	65 (76,5%)
- Hombres	20 (23,5%)

Grupo de riesgo	
- G3 (5 o más condiciones crónicas)	85 (100%)
Riesgo cardiovascular	
- Alto	78 (91,8%)
- Moderado	3 (3,5%)
- Bajo	4 (4,7%)
Condiciones crónicas	
- Hipertensión arterial	72 (84,7%)
- Dislipidemias	72 (84,7%)
- Diabetes mellitus	68 (80%)
- Artrosis de rodilla, cadera u otro tipo	48 (56,4%)
- Trastornos tiroideos	19 (22,3%)
- Insuficiencia cardiaca	13 (15,2%)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 (12,9%)
- Enfermedad renal crónica	7 (8,2%)
- Cardiopatía isquémica	6 (7,0%)
- Asma bronquial	5 (5,8%)
- Trastorno ansioso	5 (5,8%)
- Arritmia cardiaca	4 (4,7%)
- Demencia	4 (4,7%)
- Depresión	4 (4,7%)
- Enfermedad cerebrovascular	3 (3,5%)
- Parkinsonismo	3 (3,5%)
- Artritis reumatoide	2 (2,4%)
Estado nutricional según IMC	
- Obesidad	50 (58,8%)
- Sobrepeso	23 (27%)
- Normopeso	11 (12,9%)
- Bajo peso	1 (1,2%)

Fuente: Elaboración propia con datos REM del CESFAM

La presión sistólica promedio inicial tuvo con mínimo de 93 mmHg y máximo de 206 mmHg; respecto de 100 mmHg y 183 mmHg a los 3 meses, respectivamente. El colesterol LDL inicial tuvo una media de 74 mg/dL inicial y 78 mg/dL a los 3 meses con un mínimo y máximo de 10 y 167 mg/dL y 22 y 166 mg/dL, respectivamente. Se observa alta variabilidad en las personas en relación con esta variable tanto en el LDL inicial como a los 3 meses.

El peso inicial y a los 3 meses mantuvo una media de 78 kilos. La HbA1c se midió al inicio y a los tres meses en 68 usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Se destaca que, en promedio, la HbA1c inicial fue de 8,1% inicial con un máximo de 14%; mientras que a los 3 meses la media fue de 7,4% y máximo 11,2%.

Todos los usuarios tuvieron criterios de inclusión de factores de riesgo o descompensación de patología crónica, siendo los más frecuentes polifarmacia mayor o igual a 10 fármacos, HbA1c mayor o igual a 11% y presión arterial mayor o igual a 180/110 mmHg.

Las variables clínicas que fueron seleccionadas para seguimiento inicial y a los 3 meses se describen en la Tabla N°3 (Anexo).

Al realizar las pruebas matemático-estadísticas respecto a las mediciones repetidas de peso, presión sistólica y diastólica, HbA1c y colesterol LDL inicial y a los 3 meses, se observan diferencias significativas para los resultados de peso, HbA1c y presión sistólica y diastólica con un 95% de intervalo de confianza (5% de significancia). No se obtuvo diferencias significativas al comparar el colesterol LDL de ingreso respecto a la medición de los 3 meses.

Acorde a los resultados observados en la Tabla N°4 (Anexo), en los cuatro primeros pares de variables la diferencia se encuentra en un intervalo de confianza con cota inferior y superior positiva lo que indica que la medición inicial es mayor que la medición a los 3 meses. En otras palabras, se observa una baja en la medición estadísticamente significativa. No así en el quinto par.

DISCUSIÓN

El presente estudio describe la experiencia de organizar la ECICEP en el Centro CESFAM Urbano de Illapel en el contexto de la APS. Como antecedente, se presenta cómo se seleccionaron y priorizaron a los usuarios y la elaboración del flujograma local a partir de las orientaciones técnicas. En la caracterización de los usuarios ingresados, se observa que todos eran portadores de cinco o más condiciones crónicas, realidad que se encuentra al alza en Chile y que representa un 17,5% del total de la población mayor a 15 año, donde las patologías más prevalentes son la hipertensión, dislipidemias y diabetes mellitus tipo 2, lo que es concordante con esta investigación. ⁽²²⁾

Se inició la implementación con una muestra de alta complejidad, en línea con el sentido de urgencia y gradualidad que impulsa el ministerio de salud chileno. ⁽²³⁾ Ahora bien, en la muestra se observa heterogeneidad respecto al tipo de patologías incluyendo cardiovasculares, de salud mental, respiratorias, entre otras.

Asimismo, se presenta variabilidad en las variables estudiadas de peso, presión arterial, colesterol LDL y HbA1c de la muestra. En estudios internacionales ya se ha reconocido la complejidad de estudios e intervenciones en el contexto de multimorbilidad dada la enorme heterogeneidad clínica del número de patologías, severidad y condición funcional, a lo que se le añade el factor de determinantes sociales de la salud. Sin embargo, se reconoce la necesidad de intervenciones integrales como paso central en la mejoría de su condición de salud global. ⁽²⁴⁾

Se destaca la obtención de diferencias significativas tanto en los resultados de hemoglobina glicosilada y presión de las

personas a los 3 meses, más considerando que ellas ya pertenecían al programa de salud cardiovascular y que mantenían en forma previa controles regulares en modalidad tradicional. Esto se alinea con los objetivos planteados nivel internacional en los cuales las atenciones integrales centradas en la persona pretenden mejorar los indicadores de salud de las personas que son portadoras de múltiples patologías. ⁽²⁴⁾

Si bien existe consenso amplio sobre la necesidad de establecer atenciones centradas en el paciente, los resultados aún son heterogéneos. ⁽²⁵⁾ Por ejemplo, el modelo *Chronic Care Model*, que incorpora como elemento esencial el apoyo al automanejo y decisiones compartidas ha mostrado, entre otras cosas, reducción en el riesgo cardiovascular de programas enfocados específicamente en diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular. ⁽²⁶⁾

Entre las limitaciones del estudio se identifica que la medición de variables es escasa y, por lo tanto, entrega poca información sobre el estado de salud global de los usuarios. Es deseable que en estudios posteriores se realicen mediciones que incluyan resultados relevantes como número de consultas al servicio de urgencias, hospitalizaciones, resultados de funcionalidad y calidad de vida. Los resultados se exponen sólo a los 3 meses desde el ingreso de los usuarios, por lo que es muy relevante continuar el seguimiento posterior para verificar si este control se mantiene en el tiempo.

Por la naturaleza inherente a la ECICEP relacionada con la integralidad y multimorbilidad, se observa una muestra heterogénea, que es poco replicable y con escasa representación en otros contextos. La prueba de análisis realizada

en este estudio no permite atribuir causalidad de la intervención a las diferencias analizadas.

CONCLUSIONES

La investigación fue de gran utilidad porque permitió caracterizar de buena manera a los usuarios de la estrategia ECICEP ingresados al programa del CESFAM Urbano de Illapel, lo que es relevante a la hora de establecer una agenda, metas y acciones consensuadas con los usuarios a nivel de la APS.

La investigación mostró diferencias significativas en la evaluación de los tres meses en el peso, presión arterial y resultados de HbA1c respecto de estas mismas mediciones al ingreso del programa. El estudio se presenta como una experiencia investigativa de interés para otros equipos en la expansión en la APS y análisis de la implementación de la ECICEP, y deja la reflexión de una buena planificación operativa que permita medir el impacto de la estrategia a partir de las variables investigadas en periodos más largos.

AGRADECIMIENTOS

El equipo investigador agradece a las referentes del Servicio de Salud Coquimbo Dra. Verónica Hitschfeld, Giovanna Milla y Paulina Rivera por su constante disponibilidad, disposición y acompañamiento durante la ejecución de la ECICEP en la comuna de Illapel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global burden of disease 2021: Findings from the GBD 2021 study [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024 [citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research->

[analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study](https://analysis.library.global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study)

2. Indicadores básicos de salud en Chile [Internet]. Departamento de Estadísticas e Información de Salud MINSAL; 2021 [citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytic/s/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9928c9c-d555-40dc-b9e6-14497037c21a§ionIndex=0&sso_guest=true&sas-welcome=false

3. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades. Marco operativo. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. 2021. Disponible en: [Marco-operativo -Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/publicaciones/2021/07/14/Marco-operativo-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)

4. Martinez R, Soliz P, Mujica OJ, Reveiz L, Campbell NRC, Ordunez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: A population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2020 Aug;22(8):1296–309. [citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.13922>

5. Miranda JJ, Carrillo-Larco RM, Ferreccio C, Hambleton IR, Lotufo PA, Nieto-Martínez R, et al. Trends in cardiometabolic risk factors in the Americas between 1980 and 2014: a pooled analysis of population-based surveys. *The Lancet Global Health*. 2020 Jan;8(1):e123–33. [citado el

11 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30484-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30484-X/fulltext)

6. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. orientación técnica. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. 2023. Disponible en: [2023.12.06_OT-ESTRATEGIAS-DE-CAMBIO-DE-CONDUCTA-Y-EDUCACION-PARA-LA-SALUD-MULTIMORBILIDAD-CRONICA.pdf](https://www.minsal.cl/publicaciones/2023/12/06/OT-ESTRATEGIAS-DE-CAMBIO-DE-CONDUCTA-Y-EDUCACION-PARA-LA-SALUD-MULTIMORBILIDAD-CRONICA.pdf)

7. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021 Jul;32(4):400–13. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864021000651>

8. Lawn S, McMillan J, Pulvirenti M. Chronic condition self-management: Expectations of responsibility. *Patient Education and Counseling*. 2011 Aug;84(2):e5–8. [citado el 11 de noviembre de 2024]. DOI. doi: 10.1016/j.pec.2010.07.008. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20705412/>

9. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health* [Internet]. 2019 Apr;40(1):127–46. [citado el 12 de noviembre de 2024]. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044008 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30601717/>

10. Sadeghi H, Mohammadi Shahbolaghi F, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M, Ghaedamini Harouni G. Factors associated with self-management in older adults with multiple chronic conditions: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*. 2024 Sep 13;12. [citado el 11 de noviembre de 2024]. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1412832 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39346598/>
11. Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *The Milbank Quarterly*. 2019 Aug 19;97(3):659–64. [citado el 11 de noviembre de 2024]. DOI: 10.1111/1468-0009.12416 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31424130/>
12. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship* 2012;44(2):136–44. [citado el 11 de noviembre de 2024]. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22551013/>
13. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting The Growing Burden Of Chronic Disease: Can The U.S. Health Care Workforce Do The Job? *Health Affairs*. 2009 Jan;28(1):64–74. [citado el 12 de noviembre de 2024]. DOI: 10.1377/hlthaff.28.1.64 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19124856/>
14. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung*. 2010 Mar;39(2):105–15. [citado el 12 de noviembre de 2024]. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2009.06.017 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20207270/>
15. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
16. Multiple Long-Term Conditions (Multimorbidity): a priority for global health research [Internet]. *Acmedsci.ac.uk*. [citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity>
17. Güell P, Frei R, , Palestini S. El enfoque de las prácticas: un aporte a la teoría del desarrollo. *POLIS, Revista Latinoamericana* [Internet]. 2009;8(23):63-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30511379004>
18. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reporte comunal 2023: Comuna de Illapel. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2023 [citado 12 noviembre 2024]. Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2023&idcom=4201
19. Ministerio de Salud de Chile. Universalización de la atención primaria de salud. *Salud Responde*. [citado 12 noviembre 2024]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
20. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013. Disponible en: <https://academic.oup.com/alcalc/article-abstract/48/3/376/244996?redirectedFrom=fulltext>

21. Miller WR. The evolution of motivational interviewing. The evolution of motivational interviewing. 2023 May 12;51(6):1–17. [citado 12 noviembre 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465822000431>
22. Margozzini P, Passi Álvaro. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS med [Internet]. 4 de junio de 2018 [citado 12 de diciembre de 2024];43(1):30-4. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354>
23. Vargas, I., Barros, X., Fernández, M. J., y Mayol, M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Revista médica Clínica Las Condes*, 2021;32(4), 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.05.003>
24. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf
25. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Libr* [Internet]. 2012;2013(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003267.pub2>
26. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY, et al. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol* [Internet]. 2018;258:279–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>

ANEXO

Tabla N°3. Descriptores de variables clínicas de los usuarios ingresados a ECICEP en el CESFAM Urbano de Illapel, entre marzo de 2023 y marzo 2024.

Variable	Número de usuarios	Media	Mediana	Desviación estándar	Coefficiente de variabilidad	Mínimo	Máximo
Peso inicial (kg)	85	78,4	76,0	16,3	20,7	40,0	127,0
Peso a los 3 meses (kg)	85	77,9	75,0	16,3	20,9	40,0	127,0
HbA1c inicial (%)	68	8,1	7,5	1,9	23,5	5,6	14,0
HbA1c a los 3 meses (%)	68	7,4	7,1	1,5	20,3	4,7	11,2
Presión inicial sistólica (mmHg)	85	141,0	136,0	20,7	14,7	93,0	206,0
Presión sistólica a los 3 meses (mmHg)	85	133,0	131,0	18,0	13,5	100,0	183,0
Presión inicial diastólica (mmHg)	85	80,0	79,0	12,4	15,5	57,0	110,0
Presión diastólica a los 3 meses (mmHg)	85	78,0	76,0	9,2	11,8	60,0	109,0
Colesterol LDL inicial (mg/dL)	85	74,0	68,0	34,1	46,1	10,0	167,0
Colesterol LDL a los 3 meses (mg/dL)	85	79,2	73,0	34,9	44,0	22,0	166,0

Fuente: Elaboración propia con datos REM del CESFAM

Tabla N°4. Prueba de muestras pareadas en los usuarios ingresados a ECICEP en el CESFAM Urbano de Illapel, entre marzo de 2023 y marzo 2024.

Variables	Media	Desviación	Error típico de la media	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Valor <i>p</i>
				Inferior	Superior			
Peso inicial - Peso a los 3 meses	,5013	1,9387	,2181	,0670	,9355	2,298	78	,024
Presión sistólica inicial - Presión sistólica a los 3 meses	7,346	19,443	2,160	3,046	11,645	3,400	80	,001
Presión diastólica inicial - Presión diastólica a los 3 meses	2,469	10,474	1,164	,153	4,795	2,122	80	,037
HbA1c inicial - HbA1c a los 3 meses	,55921	1,18973	,14989	,25958	,85884	3,731	62	,000
Colesterol LDL inicial - Colesterol LDL a los 3 meses	-5,3320	32,7154	3,7776	-12,8591	2,1951	-1,411	74	,162

Fuente: Elaboración propia con datos REM del CESFAM