

Estrategias sobre niveles y nodos críticos para mejorar el automanejo en personas con factores de riesgo cardiovascular en condiciones de pandemia por COVID-19

LORENA RODRÍGUEZ OSIAC^{1,5,7,8,a,o}, RICARDO CERDA^{2,5,7,a,b,c,d},
RODRIGO RETAMAL^{3,6,7,8,e,f,g}, DANIELA NICOLETTI^{2,5,7,h,n},
MARCELA ARAYA BANNOUT^{4,5,7,8,i,j,k,n}

Strategies on critical levels and nodes to improve self-management in people with cardiovascular risk factors in COVID-19 pandemic conditions

Background: Chile faced the Sars-Cov-2 pandemic, which coexisted with food-nutritional problems related to non-communicable diseases (NCDs). Due to this context, individuals with chronic conditions had less chance to receive medical attention due to the restructuring of the public health system. **Objective:** The present study aimed to identify strategies that integrate the individual, community, and structural levels to improve health control in habitual and critical situations. **Methods:** The study included individuals attending the Cardiovascular Health Program (Programa de Salud Cardiovascular) at the primary care level in the capital city of Santiago during the COVID-19 pandemic. Nine hundred forty individuals attending the Cardiovascular Health Program answered a 40-question telephonic interview. With the results of the analysis (convergence analyses, the complement of quantitative and qualitative results), we performed a seminar with key stakeholders from the Ministry of Health and the primary care level. **Results:** Our study describes integrative strategies that include the individual level, the community level, and structural aspects. These strategies may improve healthcare management among people with NCDs and could be helpful to face interruptions of health benefits and improve health control in everyday and critical situations. The strategies include three levels: 1) Cardiovascular Health Program redesign; 2) facing health attendance discontinuities, and 3) structural measures. **Conclusion:** It is necessary to re-evaluate primary care policies in light of these proposed strategies for sharing responsibility and empowering users about their abilities.

(Rev Med Chile 2023; 151: 591-599)

Key words: Noncommunicable Diseases; COVID-19; Self-Management; Primary Health Care; Pandemics.

¹Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G.

²Departamento de Nutrición.

³Departamento de Antropología.

⁴Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido.

⁵Facultad de Medicina.

⁶Facultad de Ciencias Sociales.

⁷Universidad de Chile.

⁸Grupo Transdisciplinario para la Obesidad de Poblaciones -GTOP

^aMSc Nutrition.

^bLicenciado en Nutrición y Dietética.

^cMagister en educación.

^dPhD en Educación.

^eLicenciado en Antropología Física.

^fMagister en Bioestadística.gPhD en Antropología Biológica.

^hMagister en Psicología de la Salud.

ⁱLicenciatura en Enfermería.

^jMagister en Salud Pública.

^kPhD en Nutrición y Alimentos.

ⁿNutricionista.

^oAntropólogo Físico.

ⁿPsicóloga.

ⁿEnfermera-Matrona

^oMédico-Cirujano, Especialista en Pediatría.

Recibido el 01 de octubre de 2021, aceptado el 14 de abril de 2023.

Correspondencia a:

Marcela Araya Bannout

Independencia 1027, comuna de Independencia.

marbannout@uchile.cl

RESUMEN

*El país se ha visto enfrentado a la pandemia por Sars-Cov-2, que coexiste con problemas alimentario-nutricionales relacionados con enfermedades no transmisibles (ENT). En esta situación, las personas con ENT han tenido menos probabilidades de recibir atención de salud debido a la reestructuración del sistema de salud. En este contexto se desarrolló un proyecto que tuvo como objetivo general evaluar la autogestión del cuidado y acceso a prestaciones de salud en personas con factores de riesgo cardiovascular pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de la Atención Primaria de Salud (APS) de la Región Metropolitana, en condiciones de pandemia por COVID-19. El objetivo del presente trabajo fue describir estrategias que integren aspectos individuales, comunitarios y estructurales para mejorar el automanejo en personas con ENT con el fin de afrontar interrupciones de las prestaciones en salud y para mejorar el control en condiciones normales y en futuras crisis. Las estrategias propuestas se originaron a partir del análisis de convergencia y complementariedad de los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio y de un seminario con actores clave de la APS. Las propuestas fueron organizadas en tres niveles 1) rediseño del programa de salud cardiovascular; 2) respuesta a la discontinuidad de la atención en salud y 3) medidas estructurales. **Conclusión:** Es necesario reevaluar las políticas de atención primaria a la luz de estas estrategias propuestas, con el fin de que la salud sea una responsabilidad compartida y a la vez empoderar a los usuarios-as sobre sus propias habilidades.*

Palabras clave: Enfermedades no Transmisibles; COVID-19; Automanejo; Atención Primaria de Salud; Pandemias.

La pandemia por COVID-19 obligó a la reformulación del sistema de salud para dar respuesta al aumento de la demanda de atención, debiendo recurrirse a distintas estrategias de emergencia, al uso de tecnología y a la organización comunitaria^{1,2}.

Desde antes de la pandemia, ya se señalaba la importancia de contar con un sistema de prestaciones de salud más eficiente. Diversos autores proponían fortalecer plataformas tecnológicas, el trabajo multidisciplinario colaborativo, mejorar bases de datos de pacientes, y un enfoque centrado en las personas, familias y comunidad. Así también demostraban que es posible controlar e intervenir a través de telesalud, con buenos resultados en el control metabólico³⁻⁸.

El Sistema de Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, atiende a personas con Enfermedades No Transmisibles (ENT) y riesgo cardiovascular a través del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)⁹, cuyo propósito es prevenir y reducir discapacidad y mortalidad prematura.

El PSCV incluye el automanejo e intervenciones cognitivo-conductuales.

El automanejo ha sido definido como la capacidad de las personas para hacer frente a sus enfermedades, síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, sociales, emocionales y cambios en los estilos de vida^{10,11}. Diversas revisiones sobre el automanejo han mostrado efectos positivos en el estado de salud, en la adquisición de conductas saludables y en el autocuidado¹²⁻¹⁴.

Muchos autores coinciden que durante la pandemia por COVID-19 se hizo más necesario apoyar el automanejo de las personas con ENT debido a que las prestaciones presenciales de salud se interrumpieron^{8,15-19}.

En Chile, estudios protocolizados de apoyo telefónico en personas con diabetes tipo II, han demostrado que esta metodología constituye un buen apoyo al automanejo, aumentando la percepción de autoeficacia, la autonomía, y la activa participación en el control de enfermedades, mejorando el control metabólico, adhesión a los

controles y medicación, y disminuyendo consultas de urgencia, aunque no mejoraron los estilos de vida^{20,21}.

El objetivo del presente trabajo fue describir estrategias que integren aspectos individuales, comunitarios y estructurales para mejorar el automanejo de personas con ENT con el fin de afrontar interrupciones de las prestaciones de salud y para mejorar el control en condiciones normales y en futuras crisis, a partir de los resultados del estudio “Autogestión del cuidado y acceso a prestaciones en salud de personas con factores de riesgo asociados a estilo de vida en condiciones de pandemia por Covid-19” (en adelante estudio COVID-ENT).

Material y Método

El universo del estudio fueron usuarios/as del PSCV de la Región Metropolitana ($n = 845.705$). El tamaño muestral fue calculado para proporciones con 99% de confianza e intervalo de confianza al 5% (n° mínimo = 666). El muestreo fue probabilístico polietápico (tres niveles): 1) Comunas: fueron seleccionadas según nivel de pobreza multidimensional (PM) (La Cisterna, Santiago y Macul (1^{er} tercil PM), Puente Alto, Recoleta y Pudahuel (2^o tercil), y Peñalolén, Conchalí y Pedro Aguirre Cerda (3^{er} tercil). 2) Centros de Salud (CESFAM), 2 por comuna; y 3) Participantes del PSCV estratificados por sexo y edad ($n^\circ = 55$ por CESFAM).

El instrumento cuantitativo sobre automanejo fue aplicado en 910 personas mediante encuesta telefónica de 40 preguntas sobre contexto sociodemográfico (sexo, edad, educación y PM), autopercepción de conocimiento y automanejo de la enfermedad, relación con el equipo de sa-

lud, redes de apoyo e impacto de la pandemia en términos sociales, conductuales, económicos y emocionales²³. Para profundizar en los factores que explican el automanejo se realizó un análisis cualitativo (entrevistas semiestructuradas), para lo cual, se seleccionaron 57 usuarios/as representativos de puntajes promedio de automanejo bajo-medio (0-6) y alto (7-9), características sociodemográficas y número de enfermedades²². El automanejo se describió como promedio y desviación estándar, mediana y rango intercuartílico para cada dimensión (Tabla 1).

Se realizó además un seminario que contó con la participación de aproximadamente 100 actores clave del PSCV, de CESFAM, Corporaciones Municipales de Salud, Servicios de Salud y Ministerio de Salud; se analizaron ventajas y limitaciones que llamamos “nodos críticos” en la atención, durante la pandemia.

Mediante el resumen, sistematización y triangulación de los resultados cualitativos²², cuantitativos²³ y las propuestas emergidas del seminario de discusión, y el análisis del equipo investigador, se identificaron los nodos críticos organizados en niveles, que derivaron en un conjunto de estrategias para superarlos.

Consideraciones éticas. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Proyecto: N° 100-2020) y los/as participantes fueron enrolados previa aceptación del consentimiento informado.

Resultados estudio COVID-ENT

Resumen resultados cuantitativos

Estos resultados^{22,23} muestran que existen distintos grados de automanejo según la dimensión

Tabla 1. Puntaje de automanejo por dimensiones de automanejo

Dimensiones	Prom $\pm$ DE	Mediana	p25 - p75
Acceso y toma de medicamentos	8,7 $\pm$ 2,0	10	[8,0 - 10,0]
Monitoreo y toma de decisiones	6,1 $\pm$ 3,0	6,5	[4,0 - 9,0]
Conocimientos sobre la enfermedad	6,2 $\pm$ 2,2	6,3	[5,0 - 8,0]
Relación con el equipo de salud	6,4 $\pm$ 2,7	6,7	[4,3 - 8,3]
Automanejo general y conductas cotidianas	6,7 $\pm$ 1,9	7	[5,5 - 8,0]
Total	6,8 $\pm$ 1,7	7	[5,8 - 8,1]

(Tabla 1). El acceso y toma de medicamentos presentó el puntaje más alto y homogéneo, mientras que las dimensiones de monitoreo de signos y síntomas, de conocimiento de la relación entre COVID-19 y ENT, de apoyo del equipo de salud en pandemia, y de alimentación y actividad física, mostraron menores puntajes y mayor dispersión.

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre más alto puntaje de automanejo y mayor edad, mayor nivel educacional, mayor número de enfermedades, y mejor percepción de salud y estado nutricional.

Resumen resultados cualitativos

Estos resultados²² muestran que los/as usuarios/as del PSCV perciben la ENT como un aspecto ineludible y cotidiano, propio del curso de vida, por lo que su presentación a menor edad y la multiplicidad de roles a cumplir constituyeron factores de dificultad en el automanejo. Los conocimientos de las personas sobre su salud son obtenidos desde el equipo de salud, experiencias de vida, y por transmisión familiar y comunitaria. En presencia de multimorbilidad se priorizan los cuidados de unas sobre otras enfermedades en función del riesgo percibido, sintomatología o discapacidad. En relación a estilos de vida, los/as entrevistados/as refirieron como limitantes la falta de disponibilidad de alimentos saludables y las cuarentenas para la actividad física. La suspensión de contro-

les de salud y exámenes, fueron preocupaciones constantes. Desde la narrativa se desprende que los problemas de salud mental se incrementaron en pandemia y perjudicaron el automanejo.

Resultados del seminario con actores relevantes

En el seminario se relevó que las situaciones de crisis deben ser previstas, y estar contenidas en el PSCV. Resulta evidente la utilidad de incorporar tecnología en la atención de salud. La pandemia permitió visualizar algunas falencias del Programa, y la oportunidad de revisitarlo, aumentar el tiempo de atención y dotarlo de equipos de monitoreo para los hogares y espacios comunitarios. Se evalúa como importante la vinculación del PSCV con los programas de salud mental y promoción.

Se reconoce la importancia del automanejo y la necesidad de incorporar esta estrategia desde el diagnóstico, haciendo parte a pacientes y sus familias en las decisiones terapéuticas. Se reconoce también la necesidad de revalorar el riesgo en función del nivel automanejo y de los hallazgos de este estudio.

Se relevan los aspectos estructurales del problema, así como el trabajo territorial y de gobiernos locales para mejorar las condiciones de vida a través de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud.

En la Tabla 2 se detallan los nodos críticos

Tabla 2. Nodos críticos discutidos en el seminario

Niveles	Nodos críticos
Usuarios/as	Falta de conocimiento de la patología, de percepción de riesgo, de monitoreo y de automanejo. Además, falta de participación activa en su plan de tratamiento
Comunidad	Falta de empoderamiento comunitario y de redes comunitarias, ambientes comunitarios no favorecen las decisiones saludables
Equipos de salud	Falta de preparación en automanejo, forma vertical de atención, falta de trabajo en equipo multidisciplinario, falta de entrenamiento y aplicación del enfoque de salud familiar con abordaje integral, falta de capacitación básica para el manejo de problemas menos complejos de salud mental, y resistencia al cambio
Sistema de Salud	Falta de equipos para el monitoreo en casa, falta de integración con redes locales, inflexibilidades programáticas. Faltan recursos humanos y económicos directos para mejorar el programa de salud cardiovascular. No se cuenta con bases de datos de los usuarios, ni de sus perfiles que permitan ubicarlos y priorizarlos frente a emergencias o inasistencias Los programas que están íntimamente relacionados al programa de salud cardiovascular no están suficientemente vinculados, por ejemplo, programa de salud mental, programa de promoción comunal y otros

Tabla 3. Estrategias para mejorar la autogestión del cuidado y control de factores de riesgo relacionados con estilos de vida para enfrentar futuras crisis

Ambito	Estrategias
Rediseño del PSCV	I. Gestión estructural: • Central: 1.1 Instalar la estrategia de automanejo como paradigma teórico base del Modelo de Salud Familiar y del PSCV 1.2 Sistema de gestión y evaluación con indicadores basados en las dimensiones del automanejo y metas que respondan al Modelo y a las necesidades de salud pública 1.3 Multidisciplinariedad y definición de roles 1.4 Cambio de la estructura vertical por una más colaborativa horizontal 1.5 Diseño transprogramático de las acciones del nivel primario de salud 1.6 Desarrollar y difundir un plan de emergencia frente a la discontinuidad de la atención 1.7 Diseños cooperativos de participación para lograr mayor impacto familiar, comunitario y de redes. • Local: 1.8 Coordinaciones programáticas con salud mental, promoción de salud, exámenes de medicina preventiva 1.9 Empoderamiento del equipo de salud en la estrategia de automanejo, en herramientas de salud mental, en trabajo comunitario, en multidisciplinariedad y en el modelo bidireccional de atención. 1.10 Trabajo territorial del equipo de salud multidisciplinario 1.11 Conformación de grupos de apoyo entre personas con mayor y menor automanejo y grupos de apoyo comunitarios 1.12 Red de cuidadores 1.13 Bases de datos de información actualizada de los pacientes, sus perfiles de riesgo cardiovascular y de automanejo 1.14 Base de datos de redes locales 1.15 Implementación gradual de la telesalud II. Contenido: 2.1 Intervenciones multicomponente 2.2 Establecer perfiles de riesgo por edad, sexo, número de patologías, tiempo de evolución de la enfermedad, puntaje de automanejo, situación de control de la enfermedad 2.3 Priorizar la atención presencial y por telesalud, en base a perfiles de riesgo 2.4 Adecuar tiempos de atención según perfiles de riesgo 2.5 Participación de las personas en las decisiones terapéuticas (empoderamiento usuarios). 2.6 Flujograma de decisiones frente a síntomas, signos, exámenes para ser usados por la comunidad, cuidadores, usuarios III. Herramientas: 3.1 Implementar telesalud: telefonía, teléfonos de emergencia, mensajería de texto, videoconferencias, e-mail, whatsapp, aplicaciones. 3.2 Visitas domiciliarias basada en perfiles de riesgo 3.3 Equipos e insumos tales como equipos de presión arterial y hemoglucotest para entrega a usuarios/as o familiares o sedes comunitarias 3.4 Protocolo de uso de flujograma para toma de decisiones IV. Capacitación de usuarios/as, sus familias, cuidadores/as y agentes de la comunidad: 4.1 Estrategia de automanejo: -Enfermedad: definición, causas, consecuencias, riesgos, signos, síntomas, gravedad de interurrencias infecciosas como COVID-19 -Manejo de la enfermedad: medicamentos, estilos de vida, toma de decisiones 4.2 Herramientas de telesalud
Respuesta a la discontinuidad de la atención en salud	V. Respuesta a la interrupción de la atención 5.1 Revisar lecciones aprendidas y desafíos post pandemia 5.2 Activar plan de emergencia 5.3 Reorganizar la atención 5.4 Priorizar la atención (presencial o telesalud) por perfiles de riesgo sin desatender a los de menor riesgo, pero jerarquizando el quehacer, el tipo de atención y las herramientas disponibles 5.5 Atención de salud y telesalud de emergencia (24*7), diferenciada según priorización 5.6 Activación de redes de emergencia (redes de usuarios/as, sus familias, cuidadores/as, redes comunitarias)
Cambios estructurales	VI. Cambios estructurales como estrategia 6.1 Garantizar el derecho a la salud en la Constitución. 6.2 Políticas públicas nacionales y locales para mejorar los determinantes sociales, enfrentar pobreza, apoyar a grupos vulnerables y enfrentar la pandemia global. 6.3 Políticas y programas de mejora de los entornos comunitarios para prevenir y controlar las ENT, para promover la salud y para facilitar los estilos de vida más saludables. 6.4 Incorporar en los currículos escolares temas de prevención de ENT y de autocuidado en salud 6.5 Rediseño de los currículos de formación de las carreras de la salud en transdisciplina, trabajo comunitario, en relaciones más horizontales, modelo bidireccional de atención, en la importancia del automanejo de las enfermedades crónicas y nuevas metodologías de atención. 6.6 Investigación académica, docencia y vinculación con el medio en temas relacionados a ENT

señalados en el seminario.

Propuesta de estrategias para mejorar el automanejo en personas con ENT

A partir de la triangulación de resultados se presentan en la Tabla 3 un conjunto de estrategias (E), organizadas en 3 niveles de acción: 1) Rediseño del PSCV; 2) Respuesta a la discontinuidad de la atención en salud y; 3) Medidas estructurales.

1) Rediseño del PSCV

Los resultados mostraron que las dimensiones de menor automanejo son las de conocimientos de la enfermedad, monitoreo y toma de decisiones, lo que coincide con lo señalado en el seminario respecto a la falta de implementación del automanejo y de preparación de los equipos de salud en esta herramienta. Se propone fortalecer el automanejo (E1.1, E1.2), así como empoderar y capacitar al equipo de salud y a las personas que asisten al programa, sus familias y cuidadores (E1.9, E4.1).

Según los/as entrevistados/as, los problemas de salud mental se agudizaron durante la pandemia e interfirieron con la capacidad de automanejo. Esto coincide con uno de los nodos críticos destacados en el seminario, como la falta de vinculación entre el PSCV y el programa de salud mental, y la falta de capacitación de los equipos de salud en la atención de problemas de salud mental. Se sugiere la capacitación de todo el equipo de salud en esta área y el diseño y coordinación transprogramático en APS (E1.5, E1.8, E1.9).

También fue mencionado como nodo crítico la resistencia de los equipos de salud a innovar, por lo cual se propone un rediseño participativo del quehacer en APS, mayor capacitación (E1.1) y reformulación de las mallas de formación de profesionales y técnicos de salud (E6.5).

2) Respuesta a la discontinuidad de la atención en salud

Este tema fue reiterado tanto en los resultados del estudio como en el seminario, reflejando la dependencia de las personas con ENT de la APS. Para subsanarlo se sugiere fomentar un modelo de atención centrado en las personas con mayor participación tanto de usuarios/as, sus familias y cuidadores en las decisiones terapéuticas (E1.4, E1.7, E1.9, E2.5), con un enfoque de salud familiar y comunitario (E1.1).

La atención por telesalud para enfrentar la discontinuidad de la atención es una alternativa posible (E1.15, E3.1, E4.2), así como la provisión comunitaria de equipos de medición de presión arterial y glicemia junto a flujogramas de decisiones (E3.3, E3.4, E2.6). Es necesario contar con planes de emergencia frente a interrupciones inesperadas de la atención (E1.6, E5.1, E5.2, E5.6).

En relación con los perfiles de riesgo se señaló y encontró que actualmente se prioriza la atención de adultos mayores versus jóvenes, quienes se quejan de la multiplicidad de roles que deben cumplir en desmedro de sus cuidados de salud, lo que lleva a proponer nuevos perfiles y priorización en base al diagnóstico de automanejo (E2.2, E2.3, E2.4, E5.1, E5.3, E5.4, E5.5).

Un nodo crítico destacado es la falta de bases de datos actualizadas de usuarios/as, por lo que la ubicación de las personas en pandemia se ha hecho muy compleja. Es necesario mantener disponible la información de contacto, los niveles de riesgo, y el diagnóstico de automanejo de las personas (E1.13, E1.14) en estas bases de datos.

3) Medidas estructurales

El abordaje estructural relacionado con las ENT se remite al nivel educacional y socioeconómico que se asoció directamente con el puntaje de automanejo.

El autocuidado en salud y la prevención de ENT deberían formar parte del currículum escolar obligatorio para incorporar estas herramientas desde la infancia (E6.4).

Por su parte, el mundo académico debe estar involucrado en este nuevo enfoque con investigación, docencia y vinculación con el medio (E6.6).

Es necesario un enfoque integral en el manejo de las ENT, enfrentándose desde el contexto de sindemia global y determinantes sociales, a través de políticas públicas nacionales y locales (E6.2, E6.3). Durante el seminario se destacó como crítico que los ambientes comunitarios no favorecen las decisiones saludables y la adhesión a las prescripciones de actividad física y alimentación⁹, lo cual coincide con los resultados de este estudio que muestran bajo automanejo en esta dimensión, por lo que se propone intervenir los entornos con políticas, así como mejorar la coordinación de salud con los equipos comunales de promoción (E1.5, E1.8, E6.2, E6.3), conformar redes sociales de apoyo y aportar al empoderamiento de las

personas con ENT (E1.11, E1.12), y aumentar el trabajo territorial multidisciplinario (E2.1), por ejemplo con puestos de salud en plazas y ferias (E1.3, E1.10), y visitas domiciliarias (E3.2).

El proceso constituyente fue mencionado durante el seminario como una oportunidad para que la salud sea considerada como un derecho humano, lo que contribuiría a fortalecer el sistema público de salud con un enfoque de derechos más allá del acceso a la atención de salud (E6.1).

Discusión

El análisis realizado arroja un conjunto de propuestas de optimización de las acciones de salud, en vistas al mejor control de las personas con ENT. El estudio fue realizado durante el periodo de pandemia, muchas de las propuestas contribuyen al mejor manejo en condiciones normales.

La mayor parte de las estrategias propuestas para el control de factores de riesgo y estilos de vida, tiene relación con el desarrollo de actividades para optimizar el automanejo, coincidentemente con lo señalado por diversos autores^{8,15-17} para que la interrupción de la atención no afecte la condición de salud²⁴. Esto es avalado por estudios previos a la pandemia los cuales mostraron efectos positivos de intervenciones para mejorar el automanejo en pacientes con diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares^{6,12,20,21}.

Las propuestas apunta a priorizar la atención de personas con puntajes más bajos de automanejo, lo que también recomiendan autores que demuestran que la telesalud y la entrega de equipos de medición de automonitoreo mejora el control de los parámetros metabólicos de las ENT y disminuye los días de cama en situaciones normales y crisis sanitaria^{9-13,17,18,25,26}.

La relación del equipo de salud con usuarios/as y el modelo de atención, son factores clave para fortalecer el automanejo, se requiere mayor participación de las personas y sus familias en las decisiones terapéuticas, e incluir a las redes comunitarias para situaciones de crisis^{7,8,27-29}.

La evidencia internacional muestra que es necesario el trabajo transprogramático, contar con equipos multidisciplinarios colaborativos y basarse en modelos multicomponentes^{3,4,16-18} para aumentar la autonomía y la participación²⁰. Algunos autores resaltan la importancia de que en

la pandemia se generen alianzas entre los equipos de salud, las comunidades^{8,30} y otros prestadores de servicios como las farmacias^{31,32}.

En este estudio se propone complementar los perfiles de riesgo establecidos durante la pandemia (casos descompensados y consultantes de urgencia)³³ para priorizar la atención en condiciones normales y en crisis, y prevenir las descompensaciones y consultas de urgencia^{6,16,31}. Ante la discontinuidad de la atención constatada en el estudio COVID-ENT debido a la pandemia, tanto los estudios internacionales^{3,8,16-18,24,27-29,31} como entre los asistentes al seminario, se plantea la necesidad de contar con una organización más eficiente y planificada para enfrentar situaciones excepcionales, eventos naturales, crisis sociales y otras que obliguen a la interrupción prolongada de la atención de salud.

Por último, un tema que emerge tanto en lo local como a nivel internacional es que las personas más afectadas por eventos que las desconectan de su vida cotidiana, son aquellas de menor nivel socioeconómico y educacional, y quienes viven en territorios más pobres, que ven afectado no sólo el acceso a salud, sino a otros servicios básicos como la alimentación saludable y espacios para esparcimiento y práctica de actividad física³⁴. Organismos internacionales^{27-29,35} han hecho énfasis en la necesidad de asegurar la protección social para abordar los determinantes estructurales y promover entornos comunitarios saludables. Los equipos de salud observan con frustración las dificultades que sus pacientes tienen para adherir a las recomendaciones. Es necesario reevaluar las políticas de salud y empoderar a los usuarios/as sobre sus propias habilidades.

Conclusiones

El automanejo es una herramienta útil en el control de las ENT. La pandemia ha expuesto los problemas de automanejo y formas de solución que podrían ser aprovechadas para un modelo más efectivo de atención. Las estrategias programáticas y estructurales propuestas buscan mejorar la atención sanitaria y replantear la relación con usuarios/as, para una contribución recíproca entre el sistema de salud y sus usuarios/as. Es importante evaluar estas estrategias con el fin de conocer su real contribución al automanejo.

Agradecimientos: Agradecemos a usuarios, usuarias, y profesionales del Ministerio de Salud, de los Servicios de Salud, Municipios, Corporaciones de Salud, y Centros de Salud Familiar, vinculados al Programa de Salud Cardiovascular de Chile, que fueron seleccionados y aceptaron ser parte del Proyecto ANID-COVID 0139 “Autogestión del cuidado y acceso a prestaciones en salud de personas con factores de riesgo asociados a estilo de vida en condiciones de pandemia por Covid-19”.

Proyecto financiado por concurso asignación rápida COVID-19 de ANID (2020).

Referencias

- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med*. 2021; 27: 964-80.
- Nimako K, Kruk M. Seizing the moment to rethink health systems. 1-5 doi:https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00356-9.
- Kruk ME, Nigenda G, Knaul FM. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. *Am J Public Health*. 2015; 105: 431-7.
- Hanlon P, Daines L, Campbell C, Mckinsty B, Weller D, Pinnock H. Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: A systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *J Med Internet Res*. 2017; 19(5): e172.
- Lee PA, Greenfield G, Pappas Y. The impact of telehealth remote patient monitoring on glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews of randomised controlled trials. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1): 1-10.
- Id, JH, Ssinabulya I, Id JIS, Akiteng AR, Ross J, Id JAC. Self-management of non-communicable diseases in low- and middle-income countries : A scoping review. *PLoS One*. 2019; 14(7): 1-14.
- Chan EYY, Kim JH, Lo ESK, Huang Z, Hung H, Hung KKC, et al. What happened to people with non-communicable diseases during COVID-19: Implications of H-EDRM policies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(15): 1-7.
- Mukona DM, Zvinavashe M. Self- management of diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic: Recommendations for a resource limited setting. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020; 14(6): 1575-8.
- Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. 2017;87. Available from: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2018/05/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf>
- Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005; 72(8): 1503-10.
- Pearce G, Parke HL, Pinnock H, Epiphaniou E, Bourne CLA, Sheikh A, et al. The PRISMS taxonomy of self-management support: Derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. *J Heal Serv Res Policy*. 2016; 21(2): 73-82.
- Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*. 2019; 40: 146 (2019).
- Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46: 1143-7.
- Grady P, Gough L. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Am J Public Health*. 2014; 104: e25-e31.
- Polenick CA, Lei L, Zhou AN, Birditt KS, Maust DT. Caregiver status and illness self-efficacy during the COVID-19 pandemic among older adults with chronic conditions. *Aging Ment Health*. 2021; 22: 1-7.
- Danhieux K, Buffel V, Pairen A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract*. 2020; 21(1): 1-6.
- Omboni S, McManus RJ, Bosworth HB, Chappell LC, Green BB, Kario K, et al. Evidence and recommendations on the use of telemedicine for the management of arterial hypertension: An international expert position paper. *Hypertension*. 2020; 1368-83.
- Langmaid L, Ratner L, Huysman C, Curran S, Uluer A. Supporting the Medically Fragile: Individualized Approach to Empowering Young Adults With Chronic Disease During the COVID-19 Pandemic. *J Adolesc Heal*. 2020; 67 (3): 453-5.
- WHO. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>.
- Piette J D, Lange I, Issel M, Campos S, Bustamante C, Sapag J, et al. Use of telephone care in a cardiovascular disease management programme for type 2 diabetes patients in Santiago, Chile. *Chronic Illn*. 2006; 2: 87-96.

21. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez Á, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un centro de atención primaria, Santiago, Chile effect of a tele-care model on self-management and metabolic control among patients with type 2 diabetes. *Rev Med Chile* 2010; 138: 729-37.
22. Nicoletti D, Retamal R, Cerda R, Rodríguez Osiac L, Araya Bannout M. Lo Normal es estar Enfermos: El Automanejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Sindemia con COVID-19". Libro "Pandemia y Crisis, aportes desde las Ciencias Sociales Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile", pág 95.
23. Nicoletti D, Retamal R, Cerda R, Rodríguez L, Fuentes M, Araya BM. Effect of non-modifiable and long-term modifiable factors over cardiovascular non communicable diseases self-management among Chilean adults when the COVID-19 pandemic eclipses health access. *PLOS Glob Public Health* 2(7):e0000763. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000763>.
24. Sy S, Munshi M. Caring for Older Adults With Diabetes During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Int Med*. 2020; 180 (9): 1147-8.
25. Mahmood S, Hasan K, Colder Carras M, Labrique A. Global Preparedness Against COVID-19: We Must Leverage the Power of Digital Health. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2):e18980.
26. Zarocostas J. How to fight an infodemic WHO's newly launched platform aims to combat misinformation around COVID-19. *Lancet*. 2020; 395(10225): 676.
27. Pan American Health Organization. Maintaining Essential Services for People Living with Noncommunicable Diseases during COVID-19. 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52493>
28. Pan American Health Organization. Digital Health: a Strategy To Maintain Health Care for People Living With Noncommunicable Diseases During Covid-19 Department of Evidence and Intelligence. 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52543/PAHOEIHISCOVID-19200015_eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y
29. UN Interagency Task Force on NCDs, WHO & UNDP. Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/09/11/responding-to-non-communicable-diseases-during-and-beyond-the-covid-19-pandemic/> (2020).
30. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020; 395: 1678-80.
31. Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Muñoz Chavero F, Navarro Matillas B, et al. Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria. *Pharm. Care España*. 2020; 22: 400-20.
32. Bell JS, Reynolds L, Freeman C, Jackson JK. Strategies to promote access to medications during the COVID-19 pandemic. *Aust J Gen Pract*. 2020; 49: 530-2.
33. Ministerio de Salud de Chile. Cuidado de la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas en el Contexto de la Pandemia COVID-19 Plan Paso a Paso para la atención primaria de salud. 2020. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/Cuidado-de-Salud-de-las-Personas-con-Enf-Crónica.pdf>
34. Yadav UN, Rayamajhee B, Mistry SK, Parsekar SS, Mishra SK. A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. *Front Public Heal*. 2020; 8: 508.
35. OPS. Transformar los sistemas de salud hacia una gestión óptima de las ENT. 2021: 1-9. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-seminario-web-transformar-sistemas-salud-hacia-gestion-optima-ent>