

Contribución de una estrategia de atención centrada en la persona con multimorbilidad al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Chile

MAYRA MARTÍNEZ^{1,a}, JAIME C. SAPAG^{2,b},
PAULA ZAMORANO^{3,c}, PAULINA MUÑOZ^{4,d},
TERESITA VARELA^{5,e}, ÁLVARO TÉLLEZ^{6,f}

Contribution of a multimorbidity person-centered care strategy to the Comprehensive Family and Community Healthcare Model in Chile

Background: The Multimorbidity Person-Centered Care Model allows to customize care according the needs of each person. **Aim:** To characterize the perception of health teams about the contribution of the Multimorbidity Person-Centered Care Model (MACEP) to the development of the key principles of the Comprehensive Family and Community Health Care Model (MAIS). **Material and Methods:** A qualitative collaborative study with 35 interviews and the participation of 67 professionals from the primary healthcare network. Content analysis using mixed code system with MAXQDA2020 program. **Results:** The innovations and complex interventions that positively affect the development and implementation of the essential principles of MAIS were recognized by participants as a contribution of the central elements of MACEP. **Conclusions:** This contribution is an opportunity for the expeditious implementation of Family Health principles in the health network. Incorporating the vision of implementers and users, who are part of these changes, is essential. It is necessary to establish, project and evaluate innovations to identify, implement and promote learning at Health Services throughout the country.

(Rev Med Chile 2022; 150: 782-787)

Key words: Comprehensive Health Care; Delivery of Health Care; Patient-Centered Care; Primary Health Care; Quality of Health Care.

¹Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

²Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Departamentos de Salud Pública y Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Ontario, Canadá. Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health. Ontario, Canadá.

³Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETESA), Centro de Investigación Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁴Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁵Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁶Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^aPsicóloga, Magíster en Psicología de la Salud.

^bMédico, Especialista en Medicina Familiar, MPH, PhD.

^cKinesióloga, Magíster en Administración de Salud.

^dEnfermera.

^eMédico, Especialista en Medicina Familiar.

^fMédico, Especialista en Medicina Familiar y en Pediatría.

Trabajo recibió financiamiento por parte del Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 12 de enero de 2022, aceptado el 8 de agosto de 2022.

Correspondencia a:

Jaime Sapag Muñoz de la Peña
Diagonal Paraguay, 362, Santiago, Chile
jsapag@uc.cl

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se ha ido instalando en Chile con la expectativa de fortalecer la Atención Primaria y alcanzar mejores resultados en salud, calidad de vida y equidad¹. Considera tres principios irrenunciables: Centralidad en la Persona, Integralidad y Continuidad del Cuidado.

El MAIS es el pilar fundamental de la Atención Primaria del país y su desarrollo debe adaptarse a la evolución socio-demográfica y epidemiológica². Actualmente, prima una transición hacia el envejecimiento y disminución de la mortalidad general, implicando un aumento de población adulta y de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

(ECNTs). Existe una alta prevalencia de factores de riesgo, tales como exceso de peso (74,2%), sedentarismo (86,7%), consumo de tabaco (33,3%), consumo riesgoso de alcohol (11,7%), entre otros³.

Incorporar plenamente los principios del MAIS constituye un desafío^{3,4}. La normativa vigente promueve la entrega de prestaciones según diagnósticos en base a las orientaciones técnicas del Programa de Salud Cardiovascular⁵. Si bien se considera la detección de factores de riesgo y la presencia de múltiples condiciones de salud⁵, se requiere avanzar en la provisión de servicios centrados en la persona, la integralidad en la atención y la continuidad con equipos de cabecera.

El Centro de Innovación en Salud ANCORA UC (CISAUC) y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) implementaron un Modelo de Atención Centrado en la Persona con Multimorbilidad (MACEP) entre el 2017 y 2020, en siete Centros de Salud Familiar de tres comunas de la Región Metropolitana y sus tres hospitales de referencia. Este modelo significó un cambio en la organización, en la estructura, y en la entrega de servicios para prevenir complicaciones asociadas a la multimorbilidad. Su objetivo fue disminuir las descompensaciones de las ECNTs, el número de consultas con especialistas y de hospitalizaciones,

los días de estada y las atenciones en servicio de urgencia; mejorando la calidad de vida y la satisfacción de las personas⁶.

Esta estrategia considera como base los principios irrenunciables del MAIS, e incorpora elementos del Modelo de Cuidados Crónicos y del abordaje de la Multimorbilidad⁷: estratificación según complejidad, gestión de casos, apoyo al automanejo y participación y responsabilidad compartida en salud (Figura 1). Así, se reorganizan e incorporan roles, prestaciones y herramientas diferenciadas, según la complejidad de la persona con multimorbilidad⁶.

El objetivo de este artículo es caracterizar la percepción de los equipos de salud respecto a la contribución del Modelo de Atención Centrado en la Persona con Multimorbilidad (MACEP) al desarrollo, en la práctica, de los principios clave del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

Material y Método⁷

Estudio de carácter cualitativo. Se realizaron 35 entrevistas; participaron 67 personas, 52 mujeres y 17 hombres, quienes formaban parte de los equi-

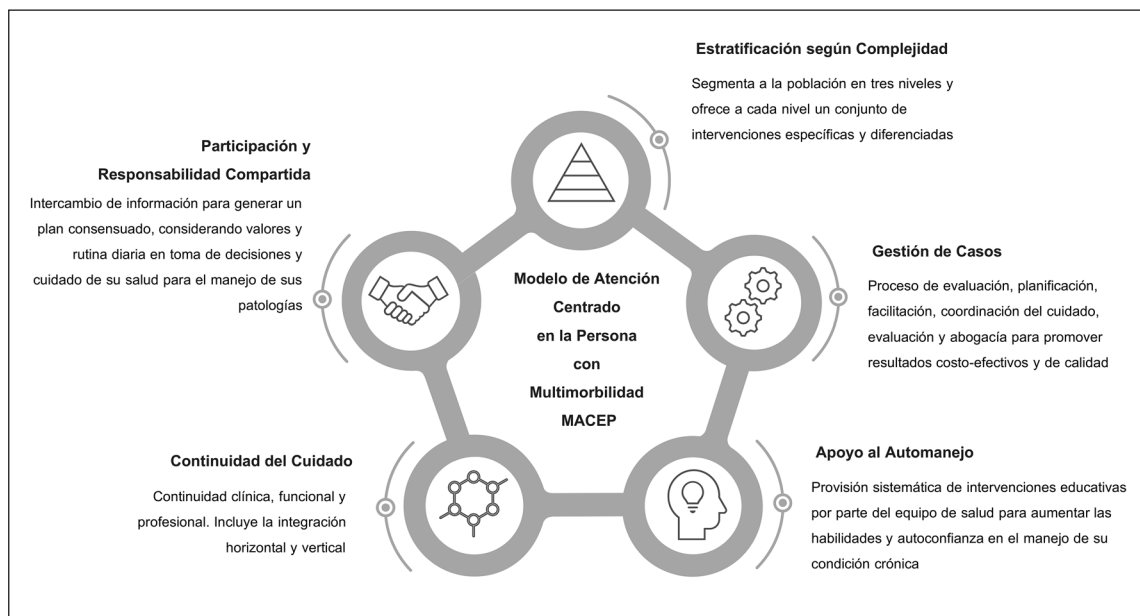


Figura 1. Descripción de los Componentes Centrales del MACEP.

pos de salud, o cumplían funciones directivas. Se indagó sobre MACEP y su contribución al MAIS.

Participaron funcionarios de siete Centros de Salud Familiar (CESFAM) de tres comunas del SSMSO de la Red de Atención Primaria y profesionales de enlace de sus hospitales de referencia (Tabla 1). Se consideró como funcionarios a: 1) equipos de salud que implementaron el modelo en los CESFAM pilotos; 2) directivos y líderes de implementación en los CESFAMs; 3) tomadores de decisiones y equipo directivo de las instituciones gestoras de la intervención; 4) enfermeras de enlace de los hospitales de referencia.

El reclutamiento se llevó a cabo en las reuniones periódicas del equipo de implementación, coordinando con líderes de implementación y participantes la calendarización de las entrevistas. La recolección de información se realizó en modalidad remota, entre los meses de octubre a diciembre de 2020.

Se realizó análisis cualitativo del contenido transcrito *verbatim*, utilizando el programa MAXQDA 2020, generando las principales categorías en base a los elementos centrales del MAIS y a algunos propios del MACEP. Se agrupó la información en 16 categorías, según sus propiedades y dimensiones⁷. Esta investigación forma parte de la “Evaluación de la Implementación y Satisfacción

Usaria del Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica (MACEP), en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente”. Cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud UC (ID: 200717004).

El análisis cumplió con los criterios de rigor del método cualitativo⁸. Se realizó triangulación interpretativa de datos para aumentar la confiabilidad y calidad en la selección de los segmentos de entrevistas codificados. Las entrevistas fueron leídas por dos evaluadores para asegurar la misma interpretación respecto a definición y codificación de las categorías evaluativas. El criterio de finalización fue la saturación teórica.

Resultados

Los participantes (Tabla 1) perciben la implementación del MACEP como un aporte a la implementación del Modelo de Salud Familiar en la atención a usuarios con multimorbilidad (Tabla 2). La incorporación de los elementos centrales del MACEP facilita la aplicación de los principios irrenunciables del MAIS, debido a la reorganización de aspectos clínicos y de gestión del cuidado.

“Creo que se complementan... El MACEP vino a consolidar un Modelo de Salud Familiar que ya

Tabla 1. Descripción de participantes entrevistados, según profesión, grupo de funcionarios en la implementación del MACEP y técnica de recolección de información utilizada

Rol en la implementación del MACEP	n de participantes (%)	Profesión								Técnica de recolección	
		MG	MF	K	N	E	P	T	O	Entrevista individual	Entrevista grupal
Tomadores de decisiones y equipo directivo instituciones gestoras	8 (11,6)	3	2	1	1	0	0	0	1	1	3
Directivos y líderes de implementación CESFAMs pilotos	16 (23,2)	3	5	0	3	4	1	0	0	10	3
Equipos de salud interdisciplinarios de CESFAMs pilotos	42 (60,9)	6	3	4	6	16	1	5	1	2	14
Enfermera de enlace en Hospitales de referencia	3 (4,3)	0	0	0	0	3	0	0	0	1	1
Total	69 (100)	12	10	5	10	23	2	5	2	14	21

Nota: Medicina general (MG), Medicina familiar (MF), Kinesología (K), Nutrición (N), Enfermería (E), Psicología (P), Técnico en enfermería (T), otros (O).

Tabla 2. Citas ilustrativas de los principales aportes percibidos del MACEP y su contribución a los principios irrenunciables del MAIS

Aportes MACEP a los Principios Irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	
Centralidad en la persona	<p>"... Ve a la familia, se preocupa de que el paciente no es solamente enfermedades, sino que es una persona que detrás hay una familia; también tiene su problema o sus inquietudes. A veces, al paciente no le interesa una cosa, pero sí le interesa otra para manejar" (ESI, C1)</p> <p>"El usuario valora al MACEP. Nos permitió ver... El profesional es capaz de parar y decir 'yo me voy a comunicar de una manera distinta con este usuario' y lo llamo, me preocupo, lo reviso y veo si no vino" (DLI, C4)</p>
Integralidad	<p>"No tenía sentido para mí seguir citándolos por su artrosis y al mes después tiene que venir por su hipertensión y al mes después tiene que venir por su diabetes. ... es la oportunidad... para ir avanzando más en asentar el modelo. Cuando nos vienen a aplicar la pauta de MAIS tenemos todo, pero seguíamos mirándolo en el box de manera parcelada" (DLI, C2)</p> <p>"Favoreció mucho que se empezó a interiorizar el concepto de Salud Familiar, el usuario como una persona íntegra, con todo, con la visión general del usuario, no separarlo por enfermedades. Entonces, este modelo MACEP cayó al clavo en el Modelo de Salud Familiar y sumado a que ya se venía este cambio, favoreció esta implementación" (ESI, M3)</p> <p>"El MACEP lo que hace es ver a mi usuario de forma integral y eso también me permite optimizar el tiempo del usuario dando toda la información, de todas sus patologías, y es algo que generalmente no se asocia. Entonces el MACEP, para nosotros, es el Modelo de Salud Familiar, que es nuestra atención completa hacia el usuario" (DLI, C7)</p>
Continuidad del Cuidado	<p>"... el principal aporte es operacionalizar los principios fundamentales desde MACEP, gestionar de mejor manera los recursos que se tienen; y transitar por el sistema de salud de una forma más amigable y más coordinada..." (ESI, C3)</p> <p>"Es que el MAIS incluye, por ejemplo, darle seguimiento a la hospitalización de un paciente, que llegue y lo tomamos de inmediato después de hospitalizado, y en ese sentido el modelo que estamos trabajando ahora sí lo favorece" (ESI, C5)</p> <p>"...yo, ahora con el modelo (MACEP), visualicé más el trabajo en red, porque hay alguien específico que está cumpliendo una función, que además tiene claro quién es este otro, con quién me puedo comunicar y puedo pedirle cosas sobre el usuario" (DLI, C4)</p>
Roles y funciones del MACEP que fortalecen los Principios Irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	
Enfermera Gestora de casos	<p>"Es que en realidad comenzamos a hacer una verdadera gestión de casos que previo a esto no se hacía. Sí, transformamos la forma de atender a nuestro paciente, la transformamos en algo mucho más individualizado a lo que era antes". (ESI, C6)</p> <p>"Uno de los fuertes es la gestión de casos, yo creo que la enfermera gestora es clave, porque ellas los conocen más, ... ellas articulan más, conocen más a la familia, conocen más en profundidad a los usuarios; Entonces, tienen una perspectiva más global del usuario" (EE, H1)</p>
Enfermera de enlace entre APS y hospitales de referencia	<p>"Yo creo que ha sido un punto importante en el nivel secundario, para poder ver qué ha pasado con este usuario, que haya esta enfermera que está allá, como vinculada con el CESFAM. Yo creo que eso fue un gran aporte, especialmente para los de alto riesgo; que sé que logró tener la conexión en verdad" (ESI, C2)</p> <p>"Tener la información de la enfermera del hospital de referencia, que de alguna forma recababa atenciones que uno derivó y que nunca supimos qué ocurrió, porque el paciente nunca documentó, nunca comprendió tampoco, quizás nunca se le explicó, las estadías hospitalarias, las estadías en el servicio de urgencias" (ESI, C3)</p>

llevaba un tiempo instalándose en el CESFAM ... A pesar de que se supone que somos un Centro de Salud Familiar, ha sido difícil implementar en la práctica el modelo... Y, en ese sentido, este programa llegó también a complementar y consolidar un poco más el Modelo de Salud Familiar” (ESI, C6).

Centralidad en la Persona

Los entrevistados estimaron que se avanzó en considerar las necesidades y expectativas de los usuarios, especialmente en la priorización y atención personalizada y diferenciada según la Estratificación por Complejidad. Se mejoró el acceso a una atención oportuna a través del componente de Gestión de Casos, a cargo de una enfermera responsable, quien coordina procesos de evaluación, planificación, cuidado de la persona y abogacía para la obtención de servicios, manteniendo el vínculo con los usuarios inscritos a su cargo.

Integralidad

Los participantes percibieron que, al eliminar la aproximación clínica fragmentada del usuario según patología e implementando una programación integral centrada en la persona, se reforzó el enfoque biopsicosocial, permitiendo que el usuario acuda a controles evaluándose su salud de manera más integral.

Continuidad de la Atención

Los participantes manifestaron que la continuidad de la atención se reforzó en sus distintas aristas. El MACEP organizó los cuidados de manera coordinada, dando claridad respecto a *roles y funciones*, potenciando la articulación de la atención y el cuidado del usuario de mayor complejidad de manera horizontal y vertical en la red. Favoreció la *integración profesional* para dar continuidad a los cuidados clínicos. Además, modificó *sistema de registro clínico* para resguardar la información sobre la coordinación de éstos.

En general, se percibió como una mejora contundente en la calidad del proceso asistencial.

Discusión

Este artículo da cuenta de la sinergia percibida entre el MACEP y el MAIS. Se identificó un aporte sustancial del MACEP para reducir brechas asociadas al cuidado de personas con multimorbilidad en la red asistencial. Particularmente, se eviden-

ciaron avances en los tres principios irrenunciables de MAIS. Desde una mirada integral, el MACEP facilitó que el usuario acceda a controles clínicos con un equipo de cabecera que da seguimiento a sus múltiples patologías en un solo momento de consulta⁹.

Se avanzó en la continuidad de la atención en la red, gracias al fortalecimiento de roles específicos, como la gestión del cuidado y el profesional de enlace, quienes potencian el trabajo en red¹⁰. Dichos roles han demostrado internacionalmente su impacto en la calidad y eficiencia del cuidado en Atención Primaria. Este progreso coincide con lo que se persigue con la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud, favoreciendo la continuidad del cuidado¹¹. Finalmente, se enfatiza la centralidad en la persona, atendiendo necesidades específicas de los usuarios con una mirada biopsicosocial y colaborativa, incorporando herramientas de automanejo y responsabilidad compartida para prevenir complicaciones de salud, activando a las personas y sus familias en el cuidado, respondiendo a sus requerimientos de manera dinámica y asertiva.

Este estudio refleja la implementación de una intervención compleja en un contexto real, que incorpora los tres niveles de atención en salud, experiencia que ha orientado y contribuido al diseño de una estrategia a nivel nacional (ECICEP*). La información recogida representa a una amplia diversidad de personas pertenecientes a diferentes instituciones que implementaron el MACEP, lográndose saturación de las principales categorías de análisis⁹.

Una limitación de este estudio es que participaron mayoritariamente funcionarios de CESFAMs, incorporándose menos la visión de otras instancias de la red y no participando usuarios externos. No obstante, se indagó indirectamente sobre sus perspectivas.

Innovaciones complejas, como el MACEP, representan una oportunidad para avanzar con mayor celeridad en el desarrollo del MAIS. Incorporar la visión de implementadores y usuarios que son parte de estos cambios es fundamental. Se

*ECICEP = Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad”. Ministerio de Salud de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf

requiere continuar evaluando las implementaciones de este cambio en la estrategia de atención, de modo de identificar y potenciar los aprendizajes a nivel de los Servicios de Salud en todo el país e ir adecuando la estrategia según las dinámicas necesidades.

Agradecimientos: Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Florida, La Florida; CESFAM Villa O'Higgins, La Florida; CESFAM Santiago Nueva Extremadura, La Pintana; CESFAM El Roble, La Pintana; ANCORA UC Madre Teresa de Calcuta; ANCORA UC San Alberto Hurtado; ANCORA UC Juan Pablo II. Hospital La Florida, Hospital Dr. Sótero del Río y Hospital Padre Hurtado. Escuela de Enfermería y Departamentos de Salud Pública y Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) y Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Referencias

1. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de Atención Integral en Salud. 2005;30. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
2. Turra C, Fernandes F. La transición demográfica: Oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 14]. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46805/4/S2000433_es.pdf
3. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018; 42: e160.
4. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile* 2016; 144 (5).
5. Jara E. JV, Paccot M. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2017;87. Disponible en: http://www.repositorio-digital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf
6. Tellez A, Sapag J, Barros J, Poblete F, Zamorano P y Celhay P, 2020. Propuesta para la Escalabilidad de un Nuevo Modelo de Atención Centrado en las Personas y Estratificado por Riesgo para las Personas con Enfermedades Crónicas en Chile. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.), *Propuestas para Chile*. Concurso de Políticas Públicas 2019. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, pp. 83-114.
7. Stokes J, Man MS, Guthrie B, Mercer SW, Salisbury C, Bower P. The foundations framework for developing and reporting new models of care for multimorbidity. *Annals of Family Medicine*. 2017; 15(6): 570-7.
8. Cornejo M, Salas N. Methodological rigor and quality: A challenge to qualitative social research. *Psicoperspectivas*. 2011; 10(2): 12-34.
9. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria*. 2017; 49(5): 300-7.
10. Duarte Clíments G, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez J, Aguirre Jaime S, Sánchez Gómez M. Evaluación del Modelo de Gestión de Casos en Atención Primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/908>.
11. Bórquez P. Redes Integradas de Servicios de Salud: Propuesta de Indicadores Para Integrar la Red Asistencial del Servicio de Salud de Talcahuano. Gobierno y Administración Pública. 2021; 1: 58-78.