



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

*Directrices para la Implementación*

Departamento de Enfermedades no Transmisibles  
Subsecretaría de Salud Pública  
2015



**El contenido del Manual está basado en:**

- Curso/taller de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad de Miami, “Evidence Based Chronic Illness Care”, 2009, bajo la dirección del Dr. Alberto Barceló, Asesor Regional Enfermedades No Transmisibles, OPS, Washington D.C.
- Taller “Implementación del Modelo de Atención de Crónicos en el Programa de Salud Cardiovascular”, organizado por el Depto. ENT, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Chile, Enero 2014.

**Licitación Modelo de atención de cuidados crónicos (MAC), N° 757-1752-SE14****Material preparado por:**

- EU Ilta Lange<sup>a</sup>, MScN
- EM Solange Campos<sup>a</sup>, MPs
- EM Claudia Bustamante<sup>a</sup>, ME
- EM Claudia Alcayaga<sup>a</sup>, MPs

<sup>a</sup> Miembro Centro Colaborador OMS/OPS “Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades Crónicas” Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Edición final:**

Departamento de Enfermedades no Transmisibles, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile

- Dra. María Cristina Escobar, Jefa del Departamento
- Dra. María Fernanda Rozas
- Dra. Melanie Paccot
- Dra. Andrea Srur

**“Conocer no es suficiente; tenemos que aplicarlo”  
“Querer no es suficiente; tenemos que hacerlo”**

Wolfgang Goethe

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>II. MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (MAC)</b>	<b>7</b>
1. Organización para la atención de salud	8
2. Rediseño de la prestación de servicios	8
3. Apoyo al automanejo	8
4. Apoyo a la toma de decisiones clínicas	9
5. Fortalecimiento de los sistemas de información clínica	9
6. Vínculos con la comunidad	9
<b>III. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO</b>	<b>10</b>
<b>IV. DEFINICIÓN DE TECNOLOGÍA EN SALUD</b>	<b>10</b>
<b>V. TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAC</b>	<b>10</b>
1. Organización de la atención de salud	10
1.1 Evaluación de la atención de enfermedades crónicas ACIC/ EVAEC	11
1.2 Evaluación de Cuidados Crónicos para Pacientes/PACIC	12
1.3 Protocolos de sistemas de referencia y contra referencia	12
1.4 Atención remota en salud	14
2. Rediseño de prestación de servicios	17
2.1 Coordinación de servicios clínicos	17
2.2 Plan de cuidado individualizado y consensuado	19
2.3 Reuniones periódicas del equipo de salud	20
2.4 Cuidado centrado en el paciente	21
3. Apoyo al Automanejo	22
3.1 Talleres grupales de educación para el automanejo para personas con EC y sus familiares cuidadores	22
3.2 Consejerías telefónicas de apoyo al automanejo	24
3.3 Pasaporte para una vida saludable	25
4. Sistema de información clínica	26
4.1 Registro clínico electrónico	27
4.2 Gestión de agenda	27
4.3 Estratificación de pacientes según nivel de riesgo	28
5. Apoyo a la toma de decisiones clínicas	29
5.1 Incorporación a la práctica clínica cotidiana de las Guías de Práctica Clínica	29
6. Recursos comunitarios	30
6.1 Apoyo entre pares	30
6.2 Vinculación formal a través de convenios con organizaciones comunitarias	32

<b>VII. REFERENCIAS</b>	<b>33</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>36</b>
ANEXO 1: Cuestionario ACIC validado para Chile	37
ANEXO 2: PACIC	56
ANEXO 3: Modelo de las 5 Aes	59
ANEXO 4: Evaluación de autoeficacia en Diabetes Mellitus tipo 2	60
ANEXO 5: Pirámide de Kaiser	62

## I. INTRODUCCIÓN

El cuidado de personas con enfermedades crónicas (EC), constituye un gran desafío para el sistema de salud ya que es necesario satisfacer las necesidades de los afectados por estas patologías que son variadas y complejas. Desde el punto de vista de la atención de salud, las EC, principalmente la diabetes (DM), la hipertensión arterial (HTA), las cardiopatías, el ataque cerebrovascular, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, se consideran afecciones crónicas por cuanto persisten en el tiempo y que las personas afectadas requieren cierto grado de atención de salud en forma permanente para prevenir su progresión, controlar la sintomatología y apoyar el automanejo<sup>1</sup>.

No obstante, las causas biológicas de las EC son diversas y los desafíos que enfrentan las personas que deben convivir con ellas son similares. Éstas afectan su salud física, social y emocional, lo que hace imperativo que ellas aprendan a identificar y responder a los efectos de la enfermedad y a resolver, día a día, los problemas que se presenten en cualquiera de estos ámbitos. Con frecuencia, los síntomas agudos y las preocupaciones de los pacientes dejan en segundo término la necesidad menos urgente de lograr manejar de forma óptima la enfermedad crónica. Edward Wagner ha denominado a este fenómeno “la tiranía de lo urgente”<sup>2</sup>.

Los cambios en la modalidad de atención habitual deben ser facilitados por nuevas estructuras, procesos y herramientas con el potencial de prevenir hospitalizaciones innecesarias, reducir costos y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Es responsabilidad de los profesionales apoyar este proceso, para lo cual se requiere que el modelo de atención ofrezca servicios coordinados, oportunos, continuos, proactivos, interdisciplinarios, con visión sistémica y centrados en las necesidades de los pacientes y sus cuidadores<sup>3</sup>.

Las transformaciones propuestas pretenden avanzar hacia un sistema proactivo y más centrado en los pacientes, quienes deben recibir todo el apoyo necesario para el mejor manejo de su enfermedad y prevenir complicaciones. A su vez, el mayor empoderamiento de los pacientes reducirá la demanda de atención lo que contribuirá a la sustentabilidad del sistema<sup>4</sup>.

Por ello, se propone transicionar:

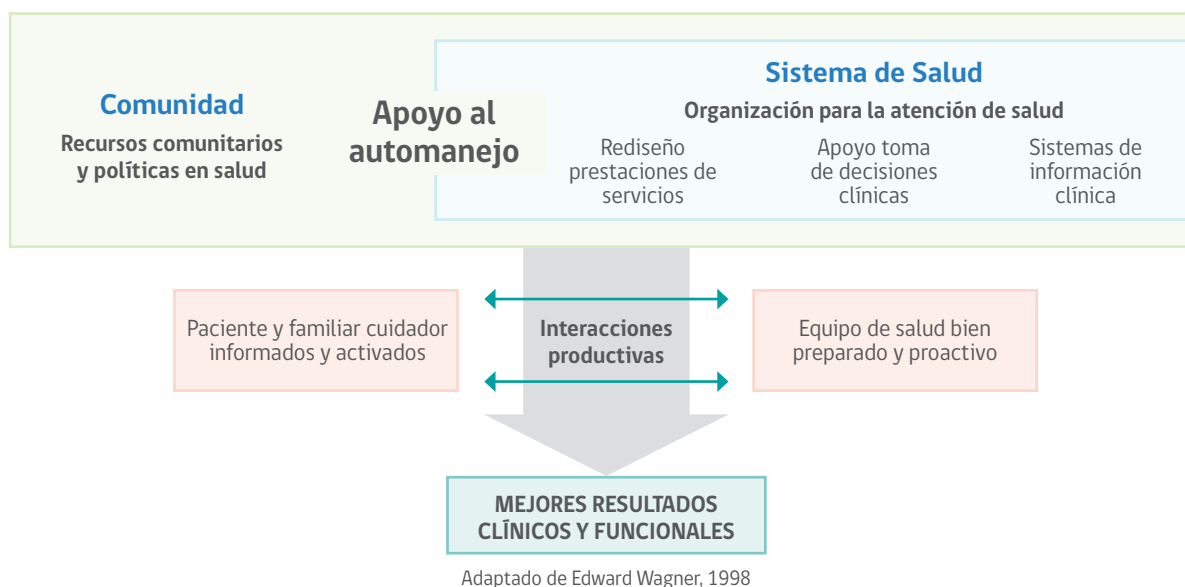
- Desde un modelo centrado en la resolución de problemas de salud agudos a uno adaptado a las **NECESIDADES** de las personas con patología crónica.
- De un modelo de carácter reactivo, que se centra en la curación de enfermedades, a uno **PROACTIVO** que cura, cuida y previene factores de riesgo.
- De un modelo en que se atienden personas pasivas (pacientes), a uno en que se trabaja colaborativamente con **PERSONAS ACTIVAS**, que participan en la gestión de su enfermedad.
- De un modelo fragmentado, con ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales, a uno que permita la **CONTINUIDAD DE CUIDADOS**, mediante la articulación asistencial y de recursos sociales<sup>6</sup>.

**NOTA:**

En el presente documento se utilizará el término “paciente” para hacer alusión a la persona que tiene una condición crónica de salud, sin embargo, esto sólo tiene la intención de manejar la terminología que los equipos de salud utilizan habitualmente. El término paciente, en este documento, no pretende transmitir, en absoluto, que la pasividad o la patología sean los ejes a partir de los cuales se articule la atención de salud. Por el contrario, se espera que el “paciente” sea una persona activamente involucrada en el manejo de su condición y que el equipo de salud por su parte, tenga la firme convicción que el paciente tiene el potencial de lograr el automanejo de su enfermedad.

## II. MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (MAC)

El Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas –MAC– (The Chronic Care Model/ Modelo de Cuidados Crónicos) desarrollado por Edward Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU (1998)<sup>7</sup>, alerta sobre la necesidad de modificar el sistema de atención en salud con el fin de mejorar los resultados en las personas con condiciones crónicas. No todas las personas con patologías crónicas son iguales ni tienen las mismas necesidades. La correcta identificación de los pacientes más complejos resulta fundamental para lograr también satisfacer sus necesidades socio sanitarias.



**Figura 1: Esquema del Modelo de Cuidados Crónicos**

Como se aprecia en la Figura 1, el MAC se implementa en tres planos que se superponen:

- 1) El **Sistema de Salud** con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
- 2) La interacción con el **paciente** en la práctica clínica.
- 3) La **comunidad** con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.

Los cambios propuestos por Wagner están dirigidos, en última instancia, a contar con pacientes activados e informados y con equipos de salud proactivos y bien preparados. Esto, porque las interacciones productivas entre pacientes activados y equipos de salud bien preparados, aumenta la probabilidad de mejorar los resultados clínicos y funcionales.

Distintas versiones basadas en el MAC de Wagner, están siendo utilizadas a nivel mundial para mejorar la atención de personas con diabetes, asma, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, depresión y en la atención geriátrica. La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>8</sup> lo promueve, y más recientemente lo ha hecho la OPS<sup>9</sup>, en América Latina y el Caribe; el Ministerio de Salud de Chile lo ha incorporado como una intervención transversal del Objetivo N°2, en la Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011–2020<sup>10</sup>.

El MAC identifica seis componentes o áreas esenciales que interactúan entre sí y que son claves para otorgar atención de calidad a pacientes crónicos. Estos son:

1. Organización para la atención de salud
2. Rediseño de las prestaciones de servicios
3. Apoyo al automanejo
4. Apoyo a la toma de decisiones clínicas
5. Fortalecimiento de los sistemas de información clínica
6. Vinculación con la comunidad

### **1. Organización para la atención de salud**

Las organizaciones que otorgan atención de salud pueden crear un entorno favorable que produzca un impacto positivo sobre la calidad de la atención. Entre los elementos críticos destacan: contar con un enfoque coherente para mejorar el sistema de salud y un liderazgo visible, comprometido y responsable, orientado hacia el mejoramiento de los resultados. El manejo sistemático y abierto de problemas y errores en la atención de salud y la utilización de incentivos para que los equipos de salud, junto con los pacientes, mejoren los cuidados en salud adhiriéndose a planes y guías, son estrategias que contribuyen a mejorar los resultados. Si los objetivos de una organización y sus directivos no contemplan los cuidados crónicos como una prioridad, no se producirá innovación. Si los gobiernos y las compañías aseguradoras no recompensan económicamente la calidad de los cuidados crónicos, las mejoras son difíciles de mantener.

### **2. Rediseño de la prestación de servicios**

Para lograr que la atención a los pacientes con EC sea efectiva, es necesario producir cambios profundos en el diseño de la prestación de servicios, más que simplemente agregar intervenciones a un sistema existente que ha sido estructurado para resolver problemas de salud agudos.

Se requiere contar con profesionales de salud que estén convencidos que para otorgar cuidados crónicos de calidad e implementar planes de cuidado consensuados con el paciente, es indispensable trabajar en forma interdisciplinaria. Para lograrlo, el modelaje del médico es fundamental. Su reconocimiento y valoración de las experticias particulares de los profesionales de salud no médicos (enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos y asistentes sociales, entre otros) y su respeto por la experiencia de los propios pacientes y familiares cuidadores serán un factor facilitador para lograr que las personas con EC tengan acceso a cuidados continuos, oportunos, seguros, integrales, integrados y acorde a sus necesidades particulares.

### **3. Apoyo al automanejo**

Se entiende como la implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas de salud. El éxito de estas intervenciones requiere la colaboración entre pacientes y equipo de salud para definir y resolver problemas, establecer metas y prioridades, crear planes de cuidado y saber actuar frente a imprevistos. La disponibilidad de programas de capacitación basados en evidencia es un componente clave dirigido al desarrollo de conocimientos, habilidades, apoyo psicosocial, y fortalecimiento de la autoeficacia para pacientes y familiares.



#### **4. Apoyo a la toma de decisiones clínicas**

Este componente se refiere al apoyo que se otorga a los profesionales de salud para la toma de decisiones clínicas. El apoyo a la toma de decisiones que se entrega a los pacientes se considera parte del apoyo al automanejo.

Los programas efectivos de atención de personas con EC, operan con guías clínicas y protocolos basados en evidencia, integrados a la práctica clínica cotidiana. Su aplicación puede ser apoyada por recordatorios, programas educativos para los equipos de salud, y colaboración de las especialidades médicas relevantes.

#### **5. Fortalecimiento de los sistemas de información clínica**

La implementación del MAC requiere un sistema de información que permita organizar los datos clínicos de los pacientes. Esto facilita la planificación, identificación de sub poblaciones con necesidades especiales y la coordinación de la atención clínica integral.

El sistema de información clínica puede generar recordatorios oportunos a pacientes y personal de salud, lo que contribuye a una atención eficiente y efectiva.

#### **6. Vínculos con la comunidad**

Los vínculos con organizaciones u otros recursos comunitarios fortalecen la efectividad de la atención de salud para personas con EC. Estos vínculos se consolidan a través de iniciativas conjuntas entre el sistema de salud y la comunidad. Sin embargo, el desconocimiento y la falta de reconocimiento por parte de los servicios de salud hacia los recursos comunitarios impiden que el paciente obtenga los beneficios de estas alianzas.

### III. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Generar directrices para apoyar la implementación del Modelo de Atención de Pacientes Crónicos en los servicios de salud del país.

### IV. DEFINICIÓN DE TECNOLOGÍA EN SALUD

Conjunto de conocimientos técnicos científicamente organizados, que una vez aplicados en la atención de salud, en forma de cuidados a las personas, reestructuración de los sistemas organizacionales, o materiales y procedimientos de procesos diagnósticos y terapéuticos, permiten diseñar bienes y servicios para satisfacer las necesidades de las personas con enfermedades crónicas<sup>11</sup>.

### V. TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAC

El documento propone una selección de tecnologías para cada uno de los 6 componentes del MAC, que de acuerdo a la evidencia científica disponible y según la experiencia de los autores, contribuyen a la implementación del modelo, y son factibles de ser aplicadas en el contexto nacional.

Está dirigido a los profesionales de la salud que participan en la organización y la atención directa de las personas con EC. La mayoría de las tecnologías que se presentan se refieren a personas con diabetes o hipertensión arterial, sin embargo, son extrapolables a otras EC.

Está basado en el documento de OPS<sup>12</sup>, y los productos de un taller organizado por el Depto. de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud, en enero 2014. Se describen dieciocho tecnologías utilizando el esquema que incluye: concepto/descripción de la tecnología; efectos esperados; pasos para su implementación; herramientas o instrumentos para facilitar este proceso y persona responsable y consejos.

Aun cuando en la teoría el MAC diferencia seis componentes con sus respectivas tecnologías, en la práctica varias de estas, aunque adscritas a un solo componente, en muchos casos se superponen y contribuyen a la implementación de más de uno de ellos.

#### 1. Organización de la atención de salud

Este componente del MAC busca asignar una mayor prioridad para la atención de los pacientes con enfermedades crónicas: mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, responder a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias, disminuir gastos innecesarios y lograr continuidad en los cuidados para obtener los resultados deseados.

A continuación se presentan 5 tecnologías que contribuyen a implementar este componente.

## 1.1 Evaluación de la atención de enfermedades crónicas ACIC/ EVAEC

<b>Tecnología:</b> Evaluación de la atención de enfermedades crónicas ACIC/EVAEC			
<b>Concepto/Descripción</b>		<b>Efectos esperados</b>	
<p>Para evaluar la atención de enfermedades crónicas, Wagner et al desarrollaron el cuestionario <i>Assessment of Chronic Illness Care</i> el cual es mundialmente conocido como ACIC, por sus siglas en inglés. Este instrumento fue validado para Chile por Arteaga et al. (no publicado) quien lo tradujo como “Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas” (EVAEC)<sup>13</sup>. Considerando que ACIC es la sigla conocida internacionalmente, denominaremos como ACIC/ EVAEC el instrumento validado para Chile, <b>ANEXO 1</b>.</p> <p>ACIC/EVAEC es una herramienta práctica para el mejoramiento continuo del MAC, basado en la percepción del equipo de salud.</p> <p>A través de este instrumento el equipo de salud evalúa las fortalezas y debilidades del cuidado que están otorgando a personas con una enfermedad en particular, según la presencia de cada uno de los seis componentes del MAC.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al equipo de salud a decidir dónde focalizar sus esfuerzos para mejorar la calidad de atención a personas con enfermedades crónicas.</li> <li>• Hacer un seguimiento de los logros alcanzados a través del tiempo.</li> </ul>	
<b>Pasos</b>	<b>Herramientas</b>	<b>Responsables</b>	<b>Consejos</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leer el instructivo del instrumento</li> <li>2. Responder individualmente las preguntas del ACIC/EVAEC.</li> <li>3. Analizar las respuestas en equipo y llegar a consenso frente a cada ítem y componente del cuestionario.</li> <li>4. Determinar el puntaje alcanzado, por componente y global.</li> <li>5. Proponer posibles estrategias para mejorar los aspectos deficitarios, priorizarlas considerando factibilidad de intervenir y recursos disponibles.</li> <li>6. Acordar frecuencia de aplicación de ACIC/EVAEC para evaluar avances.</li> </ol>	ACIC/ EVAEC	Equipo de salud encargado del manejo de la patología seleccionada.	El cuestionario debe ser respondido por al menos 2, idealmente 4 integrantes del equipo de salud. Se sugiere que el equipo evaluador llegue a un consenso a través de la discusión y no de un promedio matemático para asignar el puntaje a cada ítem.

## 1.2 Evaluación de Cuidados Crónicos para Pacientes/PACIC (The Patient Assessment of Care for Chronic Conditions)

<b>Tecnología:</b> Evaluación de Cuidados Crónicos para Pacientes/PACIC	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>El cuestionario para pacientes con enfermedad crónica, conocido como PACIC por las siglas en inglés, <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i><sup>14</sup>, mide acciones específicas relacionadas con la calidad de los cuidados según la percepción de estos, <b>ANEXO 2</b>.</p> <p>Los resultados del PACIC complementan y enriquecen el ACIC/EVAEC si son aplicados en un mismo servicio o programa.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complementar los resultados del ACIC/ EVAEC con la perspectiva de los usuarios, para guiar al equipo de salud a focalizar o priorizar sus esfuerzos para mejorar la calidad de la atención.</li> <li>Contar con un seguimiento de los logros alcanzados a través del tiempo.</li> </ul>
<p><b>Pasos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La aplicación del PACIC debe ser realizada por encuestadores que no estén vinculados directamente a la atención de estos pacientes.</li> <li>Aplicar el cuestionario en una muestra representativa de pacientes con una determinada patología crónica.</li> <li>Analizar los resultados.</li> <li>En base a los resultados proponer estrategias de mejoría.</li> </ol>	<p><b>Herramientas</b></p> <p>PACIC traducido al español<sup>14</sup> (<b>ANEXO 2</b>).</p>

## 1.3 Protocolos de sistemas de referencia y contra referencia

<b>Tecnología:</b> Protocolos de sistemas de referencia y contra referencia <sup>15</sup> .	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>El proceso de referencia y contra referencia (RCR) se refiere a la correcta comunicación entre los establecimientos de la red asistencial, para dar respuesta eficiente y eficaz a las necesidades de salud de los usuarios.</p> <p>La referencia es el proceso de enviar a un paciente por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador, para recibir atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a sus necesidades de salud.</p> <p>La contra referencia es la respuesta que el profesional receptor de la referencia envía al profesional que la generó.</p> <p>La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la información sobre la atención prestada<sup>16</sup>. Para este proceso, en Chile se utiliza generalmente una hoja de interconsulta.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer al usuario la atención adecuada a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficacia y eficiencia.</li> <li>Contribuir a un uso eficiente y seguro de los recursos humanos, de equipamiento e infraestructura disponibles en la red de servicios de salud.</li> <li>Ofrecer una herramienta para facilitar auditorías que permitan el mejoramiento continuo.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<p><b>a) Para los profesionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Establecer un responsable en cada Servicio de Salud responsable de planificar y programar el trabajo. Funciona como canal de comunicación entre los especialistas y el equipo de atención primaria a cargo de la RCR; además es el encargado de la confección final de orientadores de RCR y de su difusión a los equipos.</li> <li>▸ Conformar un equipo de profesionales de atención primaria, con experiencia de al menos un año, con competencias para desarrollar protocolos en red.</li> <li>▸ Convocar a especialistas del nivel secundario con competencias para desarrollar protocolos en red, para trabajar en forma conjunta con el equipo de APS.</li> <li>▸ Definir un formato único para el servicio de salud que responda a los requerimientos de la red, que ha sido adaptado de las orientaciones técnicas del compromiso de gestión y consensuado entre los distintos actores involucrados.</li> <li>▸ Validar el formato en el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA).</li> <li>▸ Difundir protocolos elaborados: resolución aprobatoria de protocolos, difusión por medios electrónicos (página web, correos electrónicos, carpetas digitales, entre otros).</li> <li>▸ Evaluar y realizar mejora continua del proceso de RCR vinculado a dicho protocolo.</li> </ul> <p>Los pasos señalados fueron extraídos del documento “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” del MINSAL (2012)<sup>17</sup>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Documento MINSAL/OPS 2012</li> <li>▸ Formulario de interconsulta</li> <li>▸ Protocolos locales de referencia y contra referencia existentes.</li> <li>▸ Compromiso de gestión del servicio de salud en relación a la RCR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ El encargado del sistema de RCR de cada servicio de salud.</li> <li>▸ Profesional de atención primaria que genera la referencia.</li> <li>▸ Especialista que resuelve la referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Establecer relaciones interpersonales y buenos canales de comunicación para favorecer el trabajo en red.</li> <li>▸ Considerar tiempos protegidos para reuniones periódicas dirigidas específicamente a revisar el proceso de RCR.</li> </ul>
<p><b>b) Preparación del paciente para la interconsulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Entregarle información en cuanto a razones de la interconsulta, preparación para la atención, posibles futuros pasos y lugar a dónde dirigirse.</li> </ul>	<p>Para los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Instrucciones escritas en relación a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que ayuden a cumplir el objetivo de la referencia al especialista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Profesional de atención primaria que genera la referencia o a quien este delegue la función.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Considerar la literacidad en salud con que cuenta el paciente para el proceso de preparación y elaboración de instrucciones escritas.</li> </ul>

## 1.4 Atención remota en salud

<b>Tecnología:</b> Atención remota en salud (m-salud)			
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>La m-Salud corresponde al cuidado de la salud apoyado por el uso de tecnologías móviles como teléfonos u otros dispositivos inalámbricos. Es una herramienta práctica, útil y disponible para la comunicación unidireccional o bidireccional entre profesionales de la salud y pacientes<sup>18</sup>.</p> <p>Para mejorar la continuidad y calidad de la atención de personas con condiciones crónicas es necesario incorporar en la provisión de servicios la m-salud. El objetivo de la atención remota es proveer apoyo, fortalecer la percepción de autoeficacia y hacer seguimiento del cumplimiento del plan de cuidado y ajustes al mismo si fuera necesario y se considera una acción complementaria a la atención presencial.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Mejor utilización de los servicios.</li> <li>▸ Mejor oportunidad de la atención.</li> <li>▸ Mayor continuidad de la atención.</li> <li>▸ Mayor satisfacción con la atención.</li> <li>▸ Reducción de costos innecesarios.</li> <li>▸ Mejor utilización del tiempo de pacientes y profesionales.</li> </ul>		
<p><b>Pasos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Determinar objetivos de la m-salud.</li> <li>▸ Consensuar con el director del centro de salud cuál es la población prioritaria para recibir este servicio.</li> <li>▸ Informar al equipo de salud sobre los objetivos de la m-salud y su complementariedad con la atención presencial.</li> <li>▸ Capacitar al equipo de salud en la m-salud.</li> <li>▸ Elaborar protocolos (frecuencia, oportunidad y contenidos de mensajes o llamados).</li> <li>▸ Adecuar la ficha clínica para incorporar información de la m-salud.</li> <li>▸ Ubicar un espacio físico para instalar la tecnología que se utilizará para la m-salud (computador con un software gratuito que permita comunicarse con el paciente).</li> <li>▸ Reorganizar agenda de profesionales para determinar horarios de atención presencial y m-salud.</li> <li>▸ Elaborar indicadores de proceso y resultados que evalúen la intervención.</li> <li>▸ Crear y mantener actualizada base de datos del grupo a intervenir.</li> </ul>	<p><b>Herramientas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Sistema de comunicaciones (internet y telefonía).</li> <li>▸ Equipos computacionales y de telefonía.</li> <li>▸ Software de comunicación.</li> <li>▸ Programa de capacitación en m-salud.</li> </ul>	<p><b>Responsables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Director del centro de salud o profesionales delegados por dicha autoridad.</li> </ul>	<p><b>Consejos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Dar prioridad a personas con enfermedad crónica descompensada o con pluripatología y factores de riesgo biopsico-sociales.</li> <li>▸ Mantener actualizada información sobre usuarios.</li> <li>▸ Resguardar horas del equipo de salud, vinculadas con m-Salud.</li> <li>▸ Difundir y socializar protocolos al interior del centro.</li> <li>▸ Considerar tiempos requeridos similares al de una atención presencial.</li> </ul>

## 1.5 Programa de educación continua para equipos de salud interdisciplinarios

<b>Tecnología:</b> Programa de educación continua para equipos de salud interdisciplinarios	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>Para la implementación del MAC, es fundamental que los profesionales reciban capacitación sistemática y continua sobre este modelo en general y cada uno de sus componentes en particular. El énfasis estará centrado en que ellos logren interacciones productivas con sus pacientes para generar mejores resultados clínicos y funcionales. Esto requiere profesionales proactivos y bien preparados, que puedan contribuir a que los pacientes estén bien informados y asuman un rol activo en las decisiones de salud.</p> <p>El programa de educación continua para cuidados crónicos debe estar orientado al fortalecimiento del trabajo interdisciplinario.</p> <p>Es importante aclarar en relación a los roles y a la interdisciplina lo siguiente:</p> <p>Por una parte, cada uno de los miembros del equipo está capacitado y es responsable del desarrollo de actividades específicas relacionadas con su disciplina; por ejemplo, el médico establece el diagnóstico de la patología, la nutricionista realiza la intervención nutricional, la enfermera evalúa el riesgo de ulceración y realiza la consejería según corresponda, y el kinesiólogo implementa la rehabilitación cardiovascular, entre otros. Por otra parte, hay una serie de roles en el cuidado que deben ser transversales, es decir, no están necesariamente asociados a una profesión en particular sino que deben ser asignados y asumidos por quienes estén mejor preparados para ello en un momento determinado. Entre estos roles o funciones destacan: gestión de casos complejos, apoyo al automanejo, desarrollo de planes consensuados con los pacientes y consejería telefónica, entre otros.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Ampliar las habilidades de la fuerza laboral para proveer atención de salud efectiva a personas con condiciones crónicas.</li> <li>▸ Mejorar la seguridad y los resultados de salud.</li> <li>▸ Reducir los costos de la atención, debido al uso más eficiente de los recursos<sup>12</sup>.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los roles y responsabilidades de los integrantes del equipo de salud.</li> <li>2. Determinar participantes claves en el programa de educación continua.</li> <li>3. Evaluar competencias del equipo a capacitar.</li> <li>4. Planificar mensualmente las actividades de educación continua.</li> <li>5. Definir contenidos a considerar en el programa.</li> <li>6. Definir modalidades de capacitación: cursos presenciales o e-learning, reuniones clínicas, disseminación de guías de práctica clínica. Estas actividades deben ser planificadas con los miembros del equipo de salud.</li> <li>7. Reuniones de discusión de casos clínicos con enfoque interdisciplinario, haciendo contraste con las mejores prácticas.</li> <li>8. Comprometer a expertos para temas definidos.</li> <li>9. Ofrecer inducción inicial a profesionales que empiezan a trabajar en el establecimiento con responsabilidad en la atención de pacientes con patología crónica.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Un documento con la composición y roles de cada miembro del equipo.</li> <li>▸ Cursos cortos y diplomados presenciales o a distancia ofrecidos por las universidades, sociedades científicas u OPS.</li> <li>▸ Cursos en-línea disponibles permanentemente (gratuitos) para el equipo de salud.</li> <li>▸ Evaluaciones periódicas de conocimientos mínimos, obligatorias, no punitivas ni competitivas, e idealmente online.</li> <li>▸ Consultorías con especialista o referentes técnicos vía telemedicina por tema.</li> <li>▸ Manual virtual para inducción general.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MINSAL</li> <li>2. Jefe de Programa de Salud Cardiovascular o coordinador de cuidados crónicos del servicio de salud (si el cargo existe).</li> <li>3. Jefe del equipo de salud.</li> <li>4. Un profesional clínico con autoridad para tomar decisiones.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Los participantes en el programa de educación continua deben ser de diversas profesiones, por ende el enfoque debe ser interdisciplinario.</li> <li>▸ Fomentar la incorporación de los equipos de APS en investigación operacional.</li> <li>▸ El programa de capacitación continua para técnicos paramédicos y auxiliares paramédicos puede incluir una visión general del MAC y una profundización en el módulo de automanejo y vinculación con la comunidad. Debe ser presencial.</li> <li>▸ Capacitación a líderes comunitarios podría realizarse en conjunto con los técnicos paramédicos o bien incluirse en educación a pacientes y familiares cuidadores o apoyo de pares.</li> <li>▸ Consulta pública de necesidad de capacitación.</li> </ul>



## 2. Rediseño de prestación de servicios

Para otorgar atención efectiva a personas con EC se requieren equipos interdisciplinarios altamente capacitados en el MAC y que trabajen en forma articulada. En este sentido, el equipo debe ampliar su mirada desde la forma tradicional de organizar las prestaciones a otras alternativas; por ejemplo, los médicos pueden delegar funciones y responsabilidades en otros profesionales del equipo de salud, los que a su vez, deben contar con conocimientos, experiencia y tiempo para desarrollar las diversas actividades que son necesarias para gestionar o manejar condiciones crónicas complejas.

Para otorgar cuidados crónicos de calidad, son indispensables los controles de salud planificados y planes de cuidado que sean consensuados entre el paciente y su equipo de salud. Así se logrará mejorar la continuidad de la atención y garantizar el seguimiento periódico que las personas con enfermedades de larga duración requieren.

### 2.1 Coordinación de servicios clínicos

<b>Tecnología:</b> Coordinación de servicios clínicos	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>En una atención presencial coordinada, cada vez que el paciente asiste al centro de salud es atendido de forma secuencial por profesionales del equipo de salud y por los servicios de apoyo clínico que requiere (laboratorio, vacunatorio, farmacia, talleres educativos, kinesiología, entre otros).</p> <p>La coordinación de servicios clínicos es fundamental para la atención de pacientes complejos o con comorbilidades, que habitualmente requieren la participación de múltiples profesionales y de servicios. El sistema debe procurar no desperdiciar recursos ni el tiempo del paciente. Debe haber una persona a cargo, alguien a quien el paciente pueda acudir, que lo conoce y le ayudará a navegar por el sistema.</p>	<p><b>Efecto esperado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorgar una atención centrada en las necesidades del paciente.</li> <li>• Favorecer la unificación de criterios clínicos del equipo de salud.</li> <li>• Favorecer la implementación de actividades multidisciplinarias individuales y grupales.</li> <li>• Facilitar la creación de un plan de cuidado consensuado con el paciente.</li> <li>• Optimizar el uso de recursos del paciente y del servicio.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<p>La coordinación de servicios clínicos debería incluir alguna de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Control por médico, enfermera, nutricionista u otro profesional según necesidad. Los controles clínicos pueden ser realizados en duplas de profesionales (ej. médico y enfermera, enfermera y nutricionista, etc), o en forma secuencial el mismo día de la visita.</li> <li>▸ Realizar procedimientos diagnósticos indicados o que surjan del control presencial y que no requieran preparación previa.</li> <li>▸ Realizar procedimientos terapéuticos que requiera el paciente (curación de herida, podología, etc.).</li> <li>▸ Entrega de medicamentos.</li> <li>▸ Inicio de sistema de referencia y contra referencia, según corresponda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Sistema de entrega de horas automatizado.</li> <li>▸ Recordatorios de citas vía teléfono, o mensajes de texto.</li> <li>▸ Sistema de referencia y contra referencia.</li> <li>▸ Programa de apoyo al automanejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Gestor de cuidados o profesional responsable del equipo de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Planificar en un espacio aproximado de 3 horas e informar al paciente que deberá tener ese tiempo disponible para su atención.</li> <li>▸ Informar al paciente el nombre y cómo contactarse con su gestor de cuidado.</li> <li>▸ Esta atención solo puede ser exitosa si se cuenta con la proactividad del paciente para avisar posibles inasistencias a sus controles.</li> <li>▸ Considerar actividades para apoyar a los familiares cuidadores.</li> </ul>

## 2.2 Plan de cuidado individualizado y consensuado

<b>Tecnología:</b> Plan de cuidado individualizado y consensuado <sup>20</sup> .			
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>Es un plan individualizado diseñado por el equipo de salud en conjunto con el paciente y el familiar cuidador, según corresponda, para mejorar la estabilización de la condición crónica y calidad de vida. Incluye estrategias para adherir al tratamiento medicamentoso y lograr cambios en el estilo de vida.</p>	<p><b>Efecto esperado</b></p> <p>Lograr que el paciente cumpla los acuerdos consensuados con su equipo de salud en cuanto a asistencia a controles, actividades educativas, tratamiento farmacológico y no farmacológico y cambios en el estilo de vida.</p>		
<p><b>Pasos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ El médico determina la meta terapéutica, la que se informa y explica al paciente. Luego acuerda con éste un plan de tratamiento para lograrlo.</li> <li>▸ La enfermera o nutricionista transforma el plan de tratamiento en un plan de cuidados consensuado con el paciente y familiar cuidador, si corresponde.</li> <li>▸ Este plan será revisado periódicamente y se harán los ajustes necesarios en conjunto con el paciente o su familiar cuidador.</li> </ul>	<p><b>Herramientas</b></p> <p>Modelo de las "5 Aes"<sup>21,22</sup> <b>(ANEXO 3).</b></p>	<p><b>Responsables</b></p> <p>Un miembro del equipo de salud, según corresponda.</p>	<p><b>Consejos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Un plan de cuidado individualizado exige la participación de equipos interdisciplinarios.</li> <li>▸ Los profesionales deben contar con habilidades motivacionales para apoyar al paciente y su familia para consensuar un plan de cuidados.</li> <li>▸ La transformación de plan de tratamiento en plan de cuidados, incluye acordar objetivos, acciones, fechas de implementación por parte del paciente, y de seguimiento.</li> </ul>

### 2.3 Reuniones periódicas del equipo de salud

<b>Tecnología:</b> Reuniones periódicas del equipo de salud			
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>Reuniones interdisciplinarias secuenciales y programadas, con espacio protegido para análisis, consensos, definición de acuerdos, proyectos, planes y protocolos relacionados con la implementación del MAC. Dada la complejidad del modelo, es necesaria la participación y el compromiso de los miembros del equipo de salud y tomadores de decisiones involucrados.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mayor compromiso del equipo de salud con sus tareas y metas asociadas a la prevención y control de personas con ENT.</li> <li>▫ Mejorar la coordinación de los integrantes del equipo de salud.</li> <li>▫ Facilitar la comunicación relacionada con los procesos de cambios.</li> <li>▫ Conformar equipos interdisciplinarios.</li> <li>▫ Realizar seguimiento de los procesos y resultados.</li> <li>▫ Avanzar en el proceso de implementación del MAC.</li> </ul>		
<p><b>Pasos<sup>17</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Determinar la persona a cargo de esta tecnología.</li> <li>▫ Determinar los objetivos de las reuniones periódicas interdisciplinarias.</li> <li>▫ Determinar participantes en la reunión.</li> <li>▫ Definir productos de las reuniones (acuerdos, proyectos, planes, protocolos).</li> <li>▫ Definir quienes toman acta de los acuerdos de la reunión.</li> <li>▫ Definir qué otras personas deben ser informadas del producto de la reunión.</li> <li>▫ Distribuir tareas y responsables de su ejecución.</li> <li>▫ Contar con correos electrónicos de los participantes estables de las reuniones MAC (para enviar recordatorios e informes) y de quienes deben recibir información periódica de los acuerdos alcanzados.</li> <li>▫ Determinar horario semanal para reuniones MAC, con bloqueo de agenda.</li> <li>▫ Determinar el lugar de reunión.</li> </ul>	<p><b>Herramientas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Registros ad hoc</li> </ul>	<p><b>Responsables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Director del centro de salud o profesional delegado por dicha autoridad.</li> </ul>	<p><b>Consejos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Se sugiere realizar reuniones semanales, con tabla de contenidos a tratar, difundida con anticipación para permitir la preparación de los participantes.</li> <li>▫ Enriquecer las reuniones con invitados ocasionales que aporten a la implementación del MAC.</li> <li>▫ Difundir las conclusiones de cada reunión al resto del equipo de salud.</li> <li>▫ Hacer una jornada anual con asistencia de todos los involucrados en la atención de personas con enfermedades crónicas.</li> <li>▫ Elaborar un informe anual con el estado de avance en la implementación del MAC y los desafíos pendientes; enviar a autoridades pertinentes del nivel central (Municipios, Servicio de Salud, SEREMIS, MINSAL, entre otros)</li> </ul>

## 2.4 Cuidado centrado en el paciente

<b>Tecnología:</b> Cuidado centrado en el paciente			
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>Significa que en vez de centrar la atención en la enfermedad o en el funcionamiento de los servicios de salud, el cuidado se centra en las necesidades biopsicosociales del paciente y su familiar cuidador<sup>23</sup>.</p> <p>Implica comprender y respetar creencias, preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida. Apoyar a los pacientes en la toma de decisiones de su salud y en la resolución de problemas relacionados con su automanejo.</p> <p>Garantizar cuidados respetuosos, efectivos, continuos, oportunos, integrales y coordinados<sup>24</sup>.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Cuidados centrados en las preferencias y valores de los pacientes.</li> <li>▸ Cuidado continuo y oportuno.</li> <li>▸ Alivio del dolor y sufrimiento.</li> <li>▸ Mejor comunicación paciente-profesional.</li> </ul>		
<p><b>Pasos</b></p> <p>Considerar la incorporación de prácticas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Adecuar los horarios de atención a la disponibilidad de tiempo de los pacientes.</li> <li>▸ Flexibilizar la agenda de atención.</li> <li>▸ Diversificar la oferta de prestaciones.</li> <li>▸ Planificar acciones de rescate de pacientes inasistentes.</li> </ul>	<p><b>Herramientas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Programa de capacitación con expertos.</li> <li>▸ Modelo "5 Aes"<sup>22</sup>, <b>ANEXO 3</b>.</li> <li>▸ Telecuidado</li> </ul>	<p><b>Responsables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Todos los miembros del equipo de salud.</li> </ul>	<p><b>Consejos</b></p> <p>Capacitación del equipo de salud en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Comunicación efectiva</li> <li>▸ Apoyo a los cambios de conductas en salud (estrategias motivacionales).</li> <li>▸ Apoyo al automanejo.</li> <li>▸ Diseño de planes de cuidado.</li> <li>▸ Apoyo a la autoeficacia.</li> <li>▸ Monitoreo de la aplicación de las competencias adquiridas, actividad que puede ser realizada entre pares.</li> <li>▸ Promover que los profesionales evalúen en qué medida su propia práctica está "centrada en el paciente".</li> </ul>

### 3. Apoyo al Automanejo

Se entiende por automanejo, la capacidad que tiene una persona para manejar síntomas, tratamientos, consecuencias físicas, emocionales y sociales inherentes a la vida con una condición crónica<sup>26</sup>.

Se define como apoyo al automanejo, la implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo, por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas de salud crónicos<sup>27</sup>.

El apoyo efectivo al automanejo ayuda al paciente y su familia a responder frente a los desafíos de vivir con una enfermedad crónica y minimizar las complicaciones, síntomas y discapacidades.

Los programas exitosos de apoyo al automanejo se basan en un proceso colaborativo entre pacientes y equipo de salud para definir problemas, establecer prioridades, determinar metas, crear planes de cuidado y resolver problemas en la medida que van apareciendo. La disponibilidad de programas de capacitación basados en evidencia y las intervenciones de apoyo psicosocial, son elementos claves.

#### 3.1 Talleres grupales de educación para el automanejo para personas con EC y sus familiares cuidadores

**Tecnología:** Talleres grupales de educación para el automanejo para personas con EC y sus familiares cuidadores<sup>28</sup>

##### Concepto/Descripción

Muchos pacientes tienen dificultad para seguir los planes de tratamiento. Esto puede deberse a varias razones: falta de motivación; conocimiento insuficiente sobre su condición o tratamiento; baja percepción de autoeficacia; baja literacidad en salud que impide una adecuada comunicación con el equipo de salud; falta de habilidades para manejar su condición; falta de apoyo social; dificultades físicas como mala visión y audición.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, uno de los factores que dificulta el logro del automanejo es la poca variedad en la oferta de actividades. En los talleres grupales se trabaja participativamente con los pacientes y sus familiares cuidadores para mejorar las limitaciones arriba mencionadas y mejorar la capacidad de decisión sobre su salud y gestionarla. Por otra parte, estos talleres ofrecen la oportunidad a los equipos de salud para establecer un vínculo y estilo relacional diferente con los usuarios, lo que favorece el logro de la meta.

Hay diversas formas de estructurar estos talleres. Dependiendo del objetivo, se pueden organizar talleres para personas con una misma EC (ej.: personas con diabetes que deben aprender sobre los cuidados de pie); o bien hacer grupos de personas con diferentes patologías, para abordar aquellas características propias de vivir con una condición crónica como la frustración, insomnio y rabia, entre otros.

Los pacientes, junto a los integrantes del equipo de salud (al menos dos de diferentes profesiones) identifican los temas a discutir. Los profesionales pueden además reunirse de manera individual con cada paciente durante el taller<sup>29</sup>.

##### Efectos esperados

- El paciente comparte información; mejora la seguridad en sí mismo (autoeficacia); mejora su comprensión del automanejo y de estilos de vida (alimentación, actividad física).
- Mayor comprensión por parte del paciente del rol de los integrantes del equipo de salud.
- Participación activa del paciente con el equipo de salud para aclarar dudas en relación a su plan de cuidados para mejorar la implementación del mismo.
- La interacción entre pares, en un clima de confianza, favorece el surgimiento de dudas y ofrece un espacio para aclararlas.

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Los profesionales que actuarán como facilitadores de los talleres, cuentan con formación en: educación para el automanejo, metodología de educación participativa de adultos, estrategias motivacionales que promueven o facilitan el cambio de conducta, literacidad en salud.</li> <li>▸ Seleccionar el grupo de pacientes para ser invitados.</li> <li>▸ Invitar a los pacientes: aprovechar un control de salud o consulta de seguimiento para hacer invitación presencial.</li> <li>▸ Entregar una invitación escrita que incluya: nombre de la actividad, fecha, hora, duración y lugar. Corroborar número de teléfono.</li> <li>▸ Confirmar la asistencia al taller 48 horas antes de su realización, por vía telefónica o mensaje de texto.</li> <li>▸ Realizar el taller con dupla de profesionales. Ej. médico/enfermera; médico/nutricionista según el tema a tratar.</li> <li>▸ Evaluar la satisfacción con la actividad al final de cada sesión y citar a la sesión siguiente, acordando el tema a tratar con los asistentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ “Tomando control de su salud”, versión en español del Chronic Disease Self-management Program<sup>28</sup></li> <li>▸ Pasaporte para una vida saludable<sup>30</sup></li> <li>▸ Instrumentos de evaluación de la autoeficacia para el manejo de diabetes tipo 2 (<b>ANEXO 3</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Profesionales encargados Programas de pacientes con EC.</li> <li>▸ Profesional que asumirá el rol de coordinador de la actividad educativa.</li> <li>▸ Personal técnico o administrativo que apoya las sesiones de talleres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Se recomienda trabajar con grupos de no más de 20 personas.</li> <li>▸ Para lograr el número de participantes deseado, se debe invitar por lo menos al doble de ese número. (Si planifican trabajar con 15, invitar al menos a 30 pacientes).</li> <li>▸ Se recomienda informarles que la duración de cada taller es de 1 hora y 30 minutos y que será un espacio para compartir, aprender y conocer a personas que viven experiencias similares.</li> <li>▸ Informar que pueden venir con un familiar.</li> <li>▸ Recomendar traer sus lentes ópticos.</li> </ul>

### 3.2 Consejerías telefónicas de apoyo al automanejo

<b>Tecnología:</b> Consejerías telefónicas de apoyo al automanejo	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>La consejería telefónica/telecuidado<sup>31</sup>, se refiere a la comunicación telefónica entre un profesional de la salud capacitado y un paciente. Consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de información y comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud<sup>32</sup>.</p> <p>Tiene como objetivos específicos el apoyar al paciente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ adoptar hábitos de vida saludables</li> <li>▸ facilitar la adaptación a su condición crónica</li> </ul> <p>Para su desarrollo, es crucial la capacitación y formación continua de habilidades blandas en los profesionales.</p> <p>Las consejerías telefónicas/telecuidado se pueden articular con eventos presenciales de los pacientes, como por ejemplo, exámenes, controles de salud y derivaciones. Algunas posibilidades son<sup>33</sup>:</p> <p><b>Consejería pre-visita</b></p> <p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Preparar al usuario para el control presencial en el centro de salud</li> <li>▸ Ajuste de expectativas del control</li> <li>▸ Refuerzo de conductas básicas de automanejo</li> </ul> <p><b>Consejería post-visita</b></p> <p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Apoyar la implementación del plan consensuado de cuidados acordado durante el control presencial</li> <li>▸ Refuerzo de conductas básicas de automanejo</li> <li>▸ Determinación de necesidad de llamados de refuerzo activo</li> </ul> <p><b>Consejería refuerzo activo</b></p> <p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Apoyar la implementación del plan consensuado de cuidados</li> <li>▸ Identificar y contactar a los pacientes de alto riesgo que han sido dados de alta hospitalaria o del servicio de urgencia y coordinar cuidados de seguimiento (ambulatorio o domiciliario ya sea presencial o telefónico).</li> </ul>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <p>A través de las consejerías telefónicas se espera que los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Presenten menores inasistencias a los controles de salud.</li> <li>▸ Mejoren la utilización de los servicios de urgencia.</li> <li>▸ Aumenten la satisfacción con la atención y cuidado recibido.</li> <li>▸ Mejoren sus parámetros clínicos.</li> </ul> <p>Desde la perspectiva del sistema, se espera que el telecuidado aporte a la continuidad de los cuidados, al mejoramiento del uso del registro clínico, a la comunicación entre el centro de salud y los diversos puntos de la red, especialmente con el servicio de urgencia.</p>



Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar población objetivo según la estratificación de riesgo.</li> <li>• Actualización de la base de datos de los pacientes con todos los posibles números telefónicos de contacto.</li> <li>• Diseñar protocolos de atención telefónica para grupos específicos de pacientes.</li> <li>• Capacitación del recurso humano que realizará las consejerías.</li> <li>• Incluir la consejería telefónica en la programación de la atención profesional.</li> <li>• Registrar la actividad en la ficha clínica.</li> <li>• Monitorizar y evaluar el desempeño de la estrategia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de capacitación de profesionales de centros de salud para la implementación de Consejería Telefónica de Apoyo a la atención de personas con prediabetes, Proyecto FONIS/SA10I10017</li> <li>• Disponibilidad de computador para operar a través de Skype u otro software.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un profesional del equipo de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con integración de los registros clínicos electrónicos hace más efectivo la consejería telefónica/telecuidado</li> <li>• Priorizar incorporar las consejerías telefónicas en pacientes recién diagnosticado, ya que en este período de la enfermedad se tiene una disposición más favorable.</li> <li>• Coordinar con el servicio de urgencia u otros puntos de la red, para conocer prontamente eventos relevantes de la situación del paciente, para generar el llamado de refuerzo activo.</li> </ul>

### 3.3 Pasaporte para una vida saludable

<b>Tecnología:</b> Pasaporte para una vida saludable (Guía clínica adaptada para el paciente)	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>El Pasaporte para una Vida Saludable desarrollado por la OPS, es un material escrito para ser portado por los pacientes que tienen una o más EC (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, u obesidad)<sup>30</sup>.</p> <p>Incluye consejos para la adopción de un estilo de vida saludable y las metas asociadas al plan de cuidado.</p> <p>Contiene una lista de estándares basados en evidencias científicas procedentes de guías y protocolos internacionales lo que es de utilidad tanto para el paciente como para el equipo de salud.</p> <p>Incluye espacios destinados a establecer metas con el paciente y anotaciones de los resultados obtenidos en diferentes consultas, y contiene un rubro para que el paciente pueda registrar fecha y causa de atención de urgencia y hospitalizaciones.</p> <p>El pasaporte fue diseñado para el primer nivel de atención, pero puede ser adaptado a otros entornos.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el paciente pueda seguir su propia evaluación en cuanto a parámetros clínicos y el grado de éxito en el cumplimiento de su plan de cuidado.</li> <li>• Permite que el paciente se prepare de mejor manera para sus controles de salud.</li> <li>• Puede contribuir a mejorar su literacidad en salud.</li> <li>• El Pasaporte para una Vida Saludable requiere adaptaciones locales, particularmente en cuanto a la alimentación.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Acordar, en reunión de equipo, la utilidad e indicaciones de uso del pasaporte.</li> <li>▸ Contar con pasaportes en las consultas de los profesionales de salud (enfermera y nutricionista).</li> <li>▸ Completar el pasaporte en conjunto con el paciente.</li> <li>▸ Explicar al paciente y familiar que el pasaporte es su plan de cuidado que tiene partes para ser llenada por los profesionales de salud y otras por el propio paciente.</li> <li>▸ Revisar la información incluida en el pasaporte para aclarar dudas o realizar modificaciones según necesidad.</li> <li>▸ Solicitar al paciente que lleve su pasaporte a todos los controles en centros de salud, al servicio de urgencia o cuando deba ser hospitalizado. Que también lo tenga a mano para las consejerías telefónicas.</li> <li>▸ Solicitar al paciente su pasaporte en cada control. En caso de no haberlo recibido aún, entregar y completar uno y seguir el proceso.</li> </ul>	<p>Pasaporte para una Vida Saludable<sup>30</sup>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ El paciente</li> <li>▸ Cada miembro del equipo de salud que controla al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Si el centro de salud no cuenta con el Pasaporte, puede desarrollar su propio sistema de registro y realizar adaptaciones en el carné de control.</li> </ul>

#### 4. Sistema de información clínica

Los sistemas de información clínica permiten organizar la información de los pacientes tanto para el seguimiento individual como para conocer la población general.

Contar con esta información:

- ayuda a identificar las necesidades de los pacientes
- facilita la planificación del cuidado a lo largo del tiempo
- permite monitorear las respuestas a tratamientos y evaluar los resultados en salud del paciente como individuo y de grupos de pacientes.

Por ello, el sistema de información clínica es fundamental para el manejo efectivo de los pacientes con EC.

El sistema puede utilizar registro clínico electrónico o sistemas basados en papel.

Un buen sistema de registro debe ser integrado entre los distintos establecimientos y niveles de atención de los servicios de salud. Éste permite que los equipos de salud tengan acceso a información actualizada respecto a pacientes con necesidades específicas y a planificar una atención personalizada. También permite autoevaluar y retroalimentar su desempeño.

#### 4.1 Registro clínico electrónico

<b>Tecnología:</b> Registro clínico electrónico (RCE)			
<b>Concepto/Descripción</b>		<b>Efecto esperado</b>	
<p>Aun cuando no existe una base empírica suficiente que confirme totalmente los beneficios de usar un soporte electrónico, en vez de papel para el registro clínico de los pacientes, se reconoce que las principales ventajas de su uso son: ampliar la posibilidad de apoyo a las decisiones clínicas a través de la tecnología y contribuir a la precisión y la oportunidad de los diagnósticos clínicos<sup>34</sup>.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Que los equipos tengan acceso expedito a sus datos y puedan tomar decisiones clínicas y de gestión en base al perfil de los usuarios.</li> </ul>	
<b>Pasos</b>	<b>Herramientas</b>	<b>Responsables</b>	<b>Consejos</b>
<p>El establecimiento que implementará un RCE debe tener presente que este cumple con los siguientes principios<sup>35</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El acceso a la información pertinente a la historia clínica del paciente debe estar limitado al equipo de salud, al paciente y a otros, siempre que cuenten con la autorización correspondiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Software de registro clínico electrónico instalado en el centro de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Director del establecimiento</li> <li>Encargado de la unidad de gestión de la información (o cargo similar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La implementación del RCE requiere capacitación del personal y considera un periodo de adaptación.</li> <li>Determinar un plazo final para la mantención de soporte de papel y evitar la prolongación indefinida de utilización de sistemas paralelos de registro.</li> </ul>

#### 4.2 Gestión de agenda

<b>Tecnología:</b> Gestión de agenda	
<b>Concepto/Descripción</b>	<b>Efectos esperados</b>
<p>La gestión de agenda, se refiere al proceso de coordinación entre los distintos integrantes del equipo de salud, con el objetivo de mejorar y optimizar las horas disponibles.</p> <p>Entre las estrategias para la gestión de agendas, se encuentra el uso de una Central de Llamados e Información<sup>36</sup>, que gestiona los horarios de los profesionales del centro de salud.</p> <p>Entre sus funciones destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar telefónicamente a los pacientes en caso que sus horas sean re-agendadas por cambios en la disponibilidad del personal de salud.</li> <li>Recibir solicitudes de horas vía telefónica de pacientes crónicos u otros grupos específicos como personas mayores de 65 años.</li> <li>Contactar a pacientes con exámenes de laboratorio alterados para agendar una consulta.</li> <li>Confirmar las horas de pacientes con enfermedad crónica.</li> </ul>	<p>Desde la perspectiva del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la continuidad en el cuidado.</li> <li>Favorecer la asistencia a las horas solicitadas (reducir las inasistencias).</li> <li>Favorecer el contacto con el centro de salud.</li> </ul> <p>Desde la perspectiva de los centros de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar el acceso de los usuarios, a través de incrementar la oferta disponible y adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes.</li> <li>Evitar la pérdida de las horas agendadas por los usuarios.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<p>Se inicia con la programación, que implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir prioridades de salud de la población a cargo.</li> <li>Delimitar oferta de servicios acordes a las prioridades definidas.</li> <li>Distribuir tiempos del equipo de salud.</li> </ul> <p>Esta programación queda representada en la distribución de las horas en las agendas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro clínico electrónico.</li> <li>Agendas de los profesionales.</li> <li>Central de call-center con opción de llamadas de entrada y de salida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional informático del centro de salud.</li> <li>Personal administrativo de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe contar con la información de los horarios de atención que tendrán los profesionales de la salud para varios meses venideros</li> <li>Como actividad de soporte, la Central permanentemente debe realizar un esfuerzo por tener la información de contacto actualizada de los pacientes.</li> <li>Se recomienda establecer como protocolo la actualización de los datos del paciente en cada contacto con el sistema, especialmente los números telefónicos.</li> <li>Se aconseja que esta base de datos incluya números de terceros (vecinos o familiares) que puedan informar del cambio en la hora y fecha de atención del paciente.</li> </ul>

### 4.3 Estratificación de pacientes según nivel de riesgo

Tecnología: Estratificación de pacientes según nivel de riesgo	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p>Sistema de estratificación de la población a cargo según nivel de riesgo, lo que permite gestionar las intervenciones según la necesidad del paciente, priorizando aquellos de mayor riesgo.</p> <p>Se estima que de la mayoría de los pacientes con EC, entre un 70-80% solo requiere de apoyo para el automanejo; 15% serían de mayor riesgo y requieren de más recursos, y una minoría, alrededor del 5%, son de alta complejidad y requieren de un manejo individualizado y la coordinación de múltiples recursos, <b>ANEXO 5</b><sup>37</sup>.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <p>Población a cargo identificada y estratificada según nivel de riesgo (ej. riesgo cardiovascular), lo que permite una atención diferenciada según las necesidades del paciente.</p> <p>El equipo de salud organiza la atención de su centro acorde al conocimiento de su población a cargo.</p> <p>Las intervenciones implementadas son costo eficientes dado que se focalizan donde la evidencia demuestra mayor efectividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoque de cuidado basado en necesidades o riesgo para personas con enfermedad crónica.</li> <li>Utilización más eficiente de los escasos recursos.</li> <li>Mayor apoyo al automanejo para pacientes mal controlados o descompensados.</li> <li>Utilización de cuidados individualizados para anticipar, coordinar y vincular la atención entre los distintos profesionales y niveles de atención de salud para pacientes con condiciones crónicas complejas.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el tipo de estratificación de riesgo que se utilizará en el establecimiento.</li> <li>• Capacitar al equipo de salud.</li> <li>• Organizar la atención según el riesgo y recursos disponibles.</li> </ul> <p>Priorizar y dar flexibilidad de acceso a los pacientes de mayor riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Estrategia de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Chile'<sup>38</sup></li> <li>• División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL 2013.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director del centro de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar el nivel de riesgo en programación de actividades.</li> <li>• Definir la frecuencia de controles individuales y grupales para pacientes según nivel en la estratificación de riesgo.</li> </ul>

## 5. Apoyo a la toma de decisiones clínicas

El apoyo a la toma de decisiones incluye (aunque no se limita a) la difusión de guías de práctica clínica y promoción de un cuidado clínico consistente con la mejor evidencia científica disponible.

### 5.1 Incorporación a la práctica clínica cotidiana de las Guías de Práctica Clínica (GPC)

<b>Tecnología:</b> Incorporación a la práctica clínica cotidiana de las GPC			
<b>Concepto/Descripción</b>		<b>Efectos esperados</b>	
<p>Las GPC son recomendaciones de práctica clínica basadas en la mejor evidencia.</p> <p>Proporciona herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y aplicar las recomendaciones clave de las guías clínicas</li> <li>• Realizar intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible</li> <li>• Mejorar los resultados clínicos (por ejemplo: reducción de amputaciones)</li> <li>• Incrementar la estandarización de la atención o reducir la variabilidad de las intervenciones.</li> </ul>	
Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el acceso expedito a las guías clínicas según corresponda.</li> <li>• Revisar y discutir las recomendaciones de las guías clínicas y sus fundamentos con el equipo de salud.</li> <li>• Realizar reuniones periódicas del equipo de salud para evaluar la adherencia a las recomendaciones.</li> <li>• Proponer estrategias concretas de mejoría según resultados de la evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guías clínicas nacionales (<a href="http://www.minsal.cl">www.minsal.cl</a>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director(a) del establecimiento y de los equipos de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformar las recomendaciones en consejos prácticos para los pacientes.</li> </ul>

## 6. Recursos comunitarios

Los recursos y las políticas comunitarias son el componente más amplio del Modelo de Atención de Personas con EC. Incluye el sistema de salud descrito anteriormente, así como las familias y los hogares, los empleadores, las organizaciones religiosas, el entorno físico y social, los distintos tipos de organizaciones comunitarias, los servicios sociales y educativos, entre otros actores.

Debido a la naturaleza inherente de las EC, los individuos afectados pasan la mayor parte de su tiempo fuera de los centros de atención viviendo y trabajando en sus comunidades. Los sistemas de salud que establecen vínculos formales con las comunidades aprovechan recursos sin explotar y ayudan a asegurar un ambiente sano y propicio para las personas que viven con EC. Tales vínculos pueden ir desde una colaboración poco definida o esporádica hasta la plena integración entre las organizaciones de atención de salud y los servicios comunitarios, donde estos últimos pueden ser aprovechados como aliados en la provisión de servicios<sup>39</sup>.

### 6.1 Apoyo entre pares

Tecnología: Apoyo entre pares <sup>40</sup>	
<p><b>Concepto/Descripción</b></p> <p><b>¿Qué es el Apoyo Entre Pares?</b></p> <p>El apoyo continuo es un factor clave para la implementación de comportamientos saludables, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. El apoyo entre pares se refiere al soporte entre personas que comparten experiencias similares – por ejemplo, la misma condición médica- y características que les permiten establecer una relación entre iguales, por ejemplo el barrio en el que se vive o la comunidad religiosa a la que se pertenece.</p> <p>Las personas involucradas en estos programas pueden recibir apoyo al tiempo que lo proporcionan a otras personas. El apoyo necesario para adoptar y mantener hábitos saludables puede dividirse en apoyo práctico, apoyo social y apoyo emocional.</p> <p>Intervenciones que movilizan y se construyen sobre apoyo entre pares han demostrado ser efectivas y relativamente de bajo costo. Combinan el apoyo entre personas con características similares junto a un programa estructurado de educación para el automanejo.</p> <p>El objetivo de las sesiones entre pares es lograr fortalecer la autoeficacia y otras habilidades que le ayudarán a los participantes a manejar mejor su enfermedad crónica y vivir una vida más activa y con mayor bienestar, más que proveer contenidos relacionados con la enfermedad.</p>	<p><b>Efectos esperados</b></p> <p>Intervenciones de apoyo entre pares bien diseñadas e implementadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empoderar a los pacientes para mejorar su automanejo.</li> <li>• Proveer oportunidades para ayudar a otros a enfrentar desafíos similares.</li> <li>• Combinar los beneficios tanto para el que recibe como para quien provee el apoyo social.</li> </ul> <p>Aun cuando los programas de apoyo entre pares pudieran parecer diferentes dependiendo del país y/o la cultura, aquéllos que han sido evaluados como exitosos comparten una serie de funciones que Peers for Progress<sup>41</sup> considera claves para programas de este tipo. Estas 4 funciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveer ayuda para implementar planes personales diarios para la prevención y el manejo de la enfermedad. Esto puede incluir ayuda para realizar actividades cotidianas tales como actividad física, dieta saludable, manejo del estrés y adherencia a medicamentos.</li> <li>• Brindar apoyo social y emocional.</li> <li>• Promover y alentar las visitas médicas de rutina, así como la búsqueda oportuna de servicios de atención, antes de que pequeños síntomas se transformen en problemas de salud serios.</li> <li>• Ofrecer apoyo continuo, ya que el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones son para toda la vida.</li> </ul>

Pasos	Herramientas	Responsables	Consejos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Identificar personas con condiciones crónicas que han asistido y participado activamente en talleres organizados por los centros de salud.</li> <li>▸ Reclutar entre ellas, a interesadas en capacitarse para liderar grupos de pares.</li> <li>▸ Capacitar a líderes de grupos de pares.</li> <li>▸ Designar a un profesional de salud para organizar las sesiones.</li> <li>▸ Apoyar a líderes para diseñar un programa para pares.</li> <li>▸ Ofrecer el programa en 6 semanas. Aceptar 10-15 personas por grupo. Pueden participar familiares y amigos también. Pueden ser personas de una misma patología o diferentes patologías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Utilizar para la capacitación el <i>"Programa Tomando control de su salud"</i><sup>42</sup>.</li> <li>▸ Esta herramienta está planificada en 6 semanas de sesiones de 2 horas y media. Los temas a tratar son: haciendo un plan de cuidados; utilizando la meta para manejar síntomas; solución de problemas; emociones difíciles; actividad física; respirando mejor; dolor; cansancio; nutrición; futuros planes de atención de salud; comunicación; medicamentos; toma de decisiones respecto a tratamientos; depresión; trabajando con tu equipo de salud, navegando por el sistema de salud; planes futuros (comunicación personal de Kate Lorig. Seminario de apoyo al automanejo. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Un profesional por centro de salud.</li> <li>▸ Dos líderes comunitarios capacitados por cada grupo de 10-15 pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Establecer un vínculo sólido entre profesional responsable de apoyo entre pares y los líderes, por ejemplo, proveer de un número telefónico para contacto en horario hábil que les permita aclarar dudas.</li> <li>▸ También organizar reuniones entre líderes de diferentes centros.</li> <li>▸ Hacer actividades de reconocimiento de los líderes de grupo de pares.</li> <li>▸ Hacerlo sentirse parte del equipo de salud<sup>42</sup>.</li> <li>▸ Recordar que las intervenciones de apoyo entre pares han demostrado (en EEUU) ser efectivas y de bajo costo porque se focalizan en capacitar y movilizar a voluntarios, pacientes o funcionarios que no son profesionales de salud.</li> </ul>

## 6.2 Vinculación formal a través de convenios con organizaciones comunitarias

<b>Tecnología:</b> Vinculación formal a través de convenios con organizaciones comunitarias			
<b>Concepto/Descripción</b>		<b>Efecto esperado</b>	
La vinculación formal consiste en una estrecha coordinación y trabajo conjunto entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.		Usuarios aprovechan los recursos que existen en la comunidad para aprender más sobre su patología crónica, obtener medicamentos a menor costo y facilitar el automanejo de su enfermedad.	
<b>Pasos</b>	<b>Herramientas</b>	<b>Responsables</b>	<b>Consejos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear un listado de recursos disponibles en la comunidad que puedan ser útiles para personas con enfermedades crónicas.</li> <li>▪ Realizar entrevista con organizaciones comunitarias seleccionadas.</li> <li>▪ Establecer convenios/ alianzas con instituciones de interés para los usuarios para apoyar y desarrollar intervenciones que llenen las brechas de servicios necesarios.</li> <li>▪ Compartir con usuarios listado de recursos disponibles.</li> <li>▪ Promover en cada contacto con el establecimiento de salud la utilización de estos recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Listado de recursos comunitarios disponibles.</li> <li>▪ Convenios existentes.</li> <li>▪ <i>The Guide to Preventive Prevention Services</i><sup>43</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encargado de promoción y trabajo comunitario del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar existencia de asociaciones de pacientes (ej. diabetes), grupos de adultos mayores en los municipios, organizaciones ligadas a grupos religiosos, entre otros.</li> <li>▪ Mantener una comunicación periódica con aquellas organizaciones que están apoyando a los pacientes con EC con el fin de potenciar la efectividad de las intervenciones.</li> </ul>



## VII. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ University of Miami, 2009. "Summer Course: Evidence Based Chronic Illness Care"
2. Thorne SE, Paterson BL. Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annu Rev Nurs Res.* 18:3-25, 2000
3. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74 (4): 511-544
4. Organización Panamericana de la Salud, 2012. Mejora de los cuidados crónicos a través de redes integradas de servicios de salud. Página 8. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21400&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid=). Consultada el 8.9.2014.
5. País Vasco: Transformando el Sistema de Salud 2009 - 2012 disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcron01/es/contenidos/informacion/estrategia\\_cronicidad/es\\_cronicos/adjuntos/transformando\\_sistema\\_salud.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcron01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf)
6. Vargas I. Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Una propuesta de intervención en Atención Primaria. MINSAL, 2014
7. The Chronic Care Model. Improving Chronic Illness Care. Disponible en [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2) Consultada 24.11.2014
8. World Health Organization (WHO) 2002. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Disponible en <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/> Consultada 10.11.2014
9. Organización Panamericana de la Salud, 2013. Cuidados Innovadores para las Condiciones Crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es) Consultada 10.11.2014
10. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el Logro de los Objetivos de la Década 2011-2020. 2011-2020 Disponible en [web.minsal.cl/portal/url/.../c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf](http://web.minsal.cl/portal/url/.../c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf) Consultada el 28.11.2014
11. [http://cedit.aphp.fr/index\\_present.html](http://cedit.aphp.fr/index_present.html) citado en Ministerio de la protección social. República de Colombia (s/f). evaluación de tecnologías en salud: aplicaciones y recomendaciones en el sistema de seguridad SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Evaluaci%C3%B3n%20de%20Tecnologias%20en%20Salud.pdf> Consultada 8.02.2005
12. PAHO 2013. Technology manual for chronic conditions: a regional working group. University of Miami. 2013.
13. Arteaga O, Vera A, Rebolledo C, Muñoz MT, Martorell B, Martínez S. Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas-EVAEC. Cuestionario ACIC validado para Chile. Proyecto FONIS 2007 N° SA07I20014
14. Improving Chronic Illness Care. Evaluación de Cuidados Crónicos por el Cliente Externo. <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Translations&s=360> Consultado el 10.11.2014

15. MacColl Institute for Healthcare Innovation. Group Health Research Institute. s/f
16. Gobernación del Huila Secretaría de Salud Departamental Red de Emergencias y Desastres. (s/f). Manual de Referencia y Contra Referencia de la Secretaría de Salud Departamental del Departamento de Huila.
17. MINSAL/OPS 2012. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
18. Alcayaga C, Pérez JC, Bustamante C, Campos S, Lange I, Zuñiga F. Plan piloto del sistema de comunicación y seguimiento móvil en salud para personas con diabetes Rev Panam Salud Publica. 2014;35(5-6):458-64
19. Enfermería Comunitaria. Organización funcional y modalidades de atención. Cartera de servicios [http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPN/Tema\\_20\\_OPE\\_NAVARRA.pdf](http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPN/Tema_20_OPE_NAVARRA.pdf)
20. Improving Chronic Illness Care. Reducing Care Fragmentation [http://www.improvingchronic-care.org/index.php?p=Care\\_Coordination&s=326](http://www.improvingchronic-care.org/index.php?p=Care_Coordination&s=326) Consultado 20 agosto 2014). <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Enhanced+Primary+Care+Program>
21. Adaptado de: Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. AM J Prev Med. 2002; 22 (4) 267-284
22. Glasgow et al. Ann Behav Med. 2002 24(2): 8087. En PAHO Innovative Care for Chronic Conditions, 2013.
23. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pract. 2000;49(9):796-804. <https://www.google.cl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=the%20impact%20of%20patient%20centered%20care%20on%20outcomes%20pd>
24. Memorial Health Care System. <http://es.mhs.net/patients/patient-care/>
25. Institute of Medicine, 2003. Health profession education: A bridge to quality. Washington DC; The National Academies Press.
26. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J, TurnerA, Hainsworth J. . Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. Patient Education and Counseling. 2002;48, 177-187
27. Wilkinson A., Whitehead I. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review, intern. J. Nurs. Studies..2009, 46: 1143-1147
28. Chronic Disease Self-management Program <http://patienteducation.stanford.edu>
29. Heisler, M. Building peer support programs to manage chronic disease: Seven models of success. California Healthcare Foundation, 2006. <http://www.chcf.org/-/media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/B/PDF%20BuildingPeerSupportPrograms.pdf>
30. Organización Panamericana de la Salud. Pasaporte para una vida saludable 2014. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=25665&tmpl=component&Itemid=2518&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=25665&tmpl=component&Itemid=2518&lang=pt) Consultada 15.12.2014
31. Urrutia, M. Orientaciones para la realización de las consejerías telefónicas. Área de capacitación, proyecto BID/Mobile Citizen RG-T1648: La telefonía móvil: una herramienta para el diagnóstico oportuno y apoyo al autocuidado de personas con diabetes tipo 2

32. OPS-OMS. Estrategia y plan de acción sobre eSalud. 2011. Disponible en [http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54%3Aestrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=44&lang=es](http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54%3Aestrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=44&lang=es)
33. Basado en protocolos de apoyo telefónico Lange, et al. Desarrollo de un Modelo de Atención Telefónica (MATS) para personas con Diabetes Tipo 2 en Programas de Salud Cardiovascular (PSCV): un aporte al Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Fondef D04i1174.
34. Fernando B, Kalra D., Morrison Z., Byrne E, & Sheikh A. Benefits and risks of structuring and/or coding the presenting patient history in the electronic health record: systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21: 337-346 doi:10.1136/bmjqs-2011-000450. Disponible en <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/4/337>
35. Safran & Morales. La evolución del Registro Médico Electrónico como herramienta de colaboración y su vínculo con la relación médico-paciente. *Informedica Journal (s/f) l.* Disponible en: [http://www.informedicajournal.org/a2n3/tc\\_1/safran.pdf](http://www.informedicajournal.org/a2n3/tc_1/safran.pdf)
36. Basado en Buena Práctica: central de comunicaciones cesfam · Centro de Salud Familiar Quinta Bella Municipio · Recoleta "Lema" "Gracias al consultorio, no pierdo mis horas de control con mi médico de cabecera". Disponible en: [http://www.slideshare.net/colaboracionpublica/central-de-comunicaciones-cesfam-quinta-bella?next\\_slideshow=1](http://www.slideshare.net/colaboracionpublica/central-de-comunicaciones-cesfam-quinta-bella?next_slideshow=1)
37. Estratificación del riesgo, la pirámide de Kaiser <http://ilarraya.com/gestion-de-cronicos-piramide-de-kaiser-y-el-rol-del-farmaceutico/>
38. MINSAL 2013. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estrategia de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Chile.
39. Organización Panamericana de la Salud, 2014. Curso Cuidados Crónicos Basados en Evidencia: Un Desafío Clínico Administrativo.
40. California Health Care Foundation. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success. December 2006. Disponible en: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.chcf.org%2Fresources%2Fdownload.aspx%3Fid%3D%257B9147AB3B-E44F-4001-BD80-68D030FBB4B7%257D&ei=BU2QVIj7CK\\_gsATU7ICABA&usg=AFQjCNG5ulez-KElj0h-AXe3dlf7\\_cRMTg&bvm=bv.81828268,d.cWc](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.chcf.org%2Fresources%2Fdownload.aspx%3Fid%3D%257B9147AB3B-E44F-4001-BD80-68D030FBB4B7%257D&ei=BU2QVIj7CK_gsATU7ICABA&usg=AFQjCNG5ulez-KElj0h-AXe3dlf7_cRMTg&bvm=bv.81828268,d.cWc) Consultada 1.12.2014
41. American Academy of Family Physicians Foundation. Peers for Progress. Peer Support from Around the World. Disponible en: <http://peersforprogress.org/learn-about-peer-support/what-is-peer-support/>
42. González V, Hernández-Marin M, Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Minor M. Tomando control de su salud, 4th Edition. Bull Publishing Company. Disponible en: <https://www.bullpub.com/catalog/categories/chronic-diseases-conditions>. También disponible en papel en: Programa Adulto Mayor, Deptos. Ciclo Vital y Enfs. no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Guide to Community Preventive Services. Disponible en: <http://www.thecommunityguide.org/about/guide.html> Consultada 15.12.2014

## III. ANEXOS

## ANEXO 1: Cuestionario ACIC validado para Chile

### CUESTIONARIO ACIC VALIDADO PARA CHILE

La presente versión en Español del cuestionario *Assesment of Chronic Illness Care* (ACIC) fue validada a través de un proyecto financiado por el Fondo de Investigación en Salud (FONIS). El equipo de investigación estuvo constituido por las siguientes personas: Oscar Arteaga (1) (Investigador Responsable), Aldo Vera (1), Cristián Rebolledo (2), María Teresa Muñoz (3), Bernardo Martorell (1) y Soledad Martínez (1)

- (1) Académico de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- (2) Estudiante Magister en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- (3) Estudiante Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

<b>Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (EVAEC)                      Cuestionario ACIC (Assesment of Chronic Illness Care)                      Versión 3.5</b>	
Por favor, indique los nombres de las personas (Ej. miembros de su equipo) que completarán la encuesta con usted. Más adelante en el cuestionario se le solicitará que describa el proceso mediante el cual se contestó el cuestionario.	
<b>Su nombre:</b>	Fecha: _____ / _____ / _____ Día Mes Año
<b>Institución y dirección:</b>	<b>Nombre de las personas que contestaron el cuestionario con usted:</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
<b>Su número de teléfono: ( ) _____</b>	<b>Su correo electrónico:</b> _____
<b>Instrucciones para contestar el cuestionario</b>	

Esta encuesta fue diseñada para ayudar a que los equipos de salud se orienten hacia las mejores prácticas en el manejo de enfermedades crónicas. Los resultados pueden ser usados para ayudar a su equipo a identificar áreas de mejoramiento. Las instrucciones son las siguientes:

1. **Conteste cada pregunta** desde la perspectiva de un establecimiento de salud o unidad de dicho establecimiento (Ej. centro de salud, hospital, consulta médica) en el que se realice atención de personas con enfermedades crónicas.

Por favor escriba el tipo y nombre del establecimiento (Ej. Centro de Salud Familiar El Roble)

2. **Conteste cada pregunta** sobre cómo su institución se desempeña con respecto a una enfermedad específica.

3. Por favor especifique la enfermedad \_\_\_\_\_

4. Para cada fila, **encierre con un círculo** el número que mejor describa el actual nivel de atención en su establecimiento para la enfermedad seleccionada. Cada fila en esta encuesta representa un aspecto clave acerca de la atención de enfermedades crónicas. Cada uno de estos aspectos se divide en niveles que muestran distintas etapas en el mejoramiento de la atención de enfermedades crónicas. Las etapas están representadas por un puntaje que va de 0 a 11. Los valores más altos significan que las acciones descritas en el cuadro se implementan de modo más completo.

5. **Sume los puntos en cada sección** (Ej. Puntaje total sección 1); luego calcule el puntaje promedio (Ej. Puntaje total sección 1/número de preguntas sección 1) y registre estos puntajes en el espacio provisto al final de cada sección. Al final, sume los puntajes de todas las secciones y obtenga el puntaje total promedio de su institución dividiendo este puntaje por 7.





Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Los Directivos que toman las decisiones	...desincentivan la inscripción de enfermos crónicos. 0 1 2	...no le dan prioridad al mejoramiento de la atención de crónicos. 3 4 5	...promueven esfuerzos de mejoramiento de la atención de crónicos. 6 7 8	...participan de manera visible en los esfuerzos de mejoramiento de la atención de crónicos 9 10 11
Las beneficios (de los planes de salud de FONASA o ISAPRE)	...desincentivan el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud 0 1 2	...no desincentivan ni promueven el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud. 3 4 5	... promueven el auto-cuidado de los pacientes y/o cambios en el sistema de salud. 6 7 8	...están diseñados específicamente para promover una mejor atención de los pacientes crónicos. 9 10 11
Puntaje	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

*Puntaje Total Organización del Sistema de Atención de Salud* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio (Puntaje Total Org. Sistema Atención Salud / 6)* \_\_\_\_\_

**Sección 2: Vínculos con la Comunidad.** Los vínculos entre el sistema de atención de salud y los recursos comunitarios juegan un importante rol en el manejo de las enfermedades crónicas.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<b>La Vinculación de los Pacientes con los Recursos Comunitarios</b>	...no se realiza de modo sistemático.	...se restringe a un listado de recursos comunitarios identificados en una forma que es accesible.	...se logra a través de un funcionario designado o entidad responsable que se asegura que los prestadores y los pacientes hagan el máximo uso de los recursos comunitarios disponibles.	... se logra a través de una coordinación activa entre el sistema de salud, los servicios comunitarios y los pacientes.
<b>Puntaje</b>	0	3	6	9
<b>Las Alianzas y/o Convenios con Organizaciones Comunitarias</b>	...no existen.	...se están considerando pero aun no se han implementado.	...se establecen para desarrollar políticas y programas de apoyo.	...se buscan activamente para desarrollar programas y políticas de apoyo formal para todo el sistema de salud.
<b>Puntaje</b>	0	3	6	9
<b>Los Planes de Salud Regional</b>	...no coordinan el uso de guías clínicas para enfermedades crónicas, mediciones, ni recursos a nivel de la práctica clínica.	...considerarían algún grado de coordinación en el uso de guías clínicas para enfermedades crónicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica, pero aún no se han implementado cambios.	...actualmente coordinan el uso de las guías clínicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica para una o dos enfermedades crónicas.	...actualmente coordinan el uso de las guías clínicas, mediciones o recursos a nivel de la práctica clínica para la mayoría de las enfermedades crónicas.
<b>Puntaje</b>	0	3	6	9
<b>Puntaje</b>	1	4	7	10
<b>Puntaje</b>	2	5	8	11

*Puntaje Total de Vínculos con la Comunidad* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio (Puntaje Vínculos Comunidad / 3)* \_\_\_\_\_

**Sección 3: Nivel de Atención de Pacientes.** Muchos de los componentes que se manifiestan en el nivel del prestador individual (ej. Consulta individual) han demostrado capacidad para mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Estas características pueden clasificarse en las siguientes áreas: Apoyo al auto-cuidado, aspectos del diseño del sistema de atención que afectan directamente la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información clínica.

**Sección 3a: Apoyo al auto-cuidado.** El apoyo efectivo al auto-cuidado puede ayudar a los pacientes y sus familias a enfrentar los desafíos de vivir y recibir tratamiento por una enfermedad crónica, así como a reducir sus complicaciones y síntomas.

Componentes	Nivel D					Nivel C					Nivel B					Nivel A								
	...no se hace.					...se espera que se haga.					...se realiza de forma estandarizada.					...se realiza regularmente de forma estandarizada vinculada a un plan de tratamiento disponible para el equipo de salud y el paciente.								
<b>La Evaluación y Registro tanto de Necesidades como de Actividades de Auto-cuidado</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Apoyo al Auto-cuidado</b>	...se limita a la distribución de información (folletos, trípticos).					...está disponible a través de la derivación a talleres o monitores en auto-cuidado.					...es provisto por monitores entrenados que son designados para el apoyo al auto-cuidado, vinculados a un equipo de salud y que atienden pacientes referidos.					...es provisto por monitores vinculados al equipo de salud, entrenados en metodologías de empoderamiento al paciente y resolución de problemas. Estos atienden a la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas.								
<b>Puntaje</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>El apoyo a la resolución de las Inquietudes de los Pacientes y sus Familias</b>	...no se hace consistentemente.					...es provisto para pacientes y familias específicas a través de derivación					...se incentiva. Además se dispone de apoyo de pares, grupos de auto-ayuda y consejería.					...es una parte integral del manejo de enfermedades crónicas e incluye evaluaciones sistemáticas y participación de rutina en el apoyo de pares, grupos de auto-ayuda y consejería.								
<b>Puntaje</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Intervenciones para el Cambio de conducta y el Apoyo de Pares	...no están disponibles.	...están limitadas a la distribución de folletos, trípticos u otro material escrito.	...están disponibles sólo a través de la derivación a centros especializados en los que existe personal entrenado al respecto.	...están disponibles fácilmente y son una parte integral del manejo de rutina de las enfermedades crónicas.
Puntaje	0	1	2	3
			4	5
			6	7
			8	9
				10
				11

*Puntaje Total Apoyo al auto-cuidado* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio (Puntaje Auto-cuidado / 4)* \_\_\_\_\_



Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Información a los Pacientes acerca de las Guías Clínicas	...no existe.	...se realiza a pedido o a través de alguna publicación del centro de salud o municipalidad.	...se realiza a través de materiales de educación específica para cada enfermedad, la que se entrega a los pacientes.	...incluye materiales desarrollados especialmente para pacientes, los cuales describen la importancia de su participación en el logro de la adherencia a las indicaciones de las guías clínicas.
<b>Puntaje</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11

*Puntaje Total Apoyo a la Toma de Decisiones* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio Apoyo a la Toma de Decisiones (Puntaje Total Apoyo / 4)* \_\_\_\_\_

**Sección 3c: Diseño del Sistema de Atención.** La evidencia sugiere que el manejo efectivo de las enfermedades crónicas significa más que simplemente agregar intervenciones adicionales a un sistema enfocado al manejo de patologías agudas. Es posible que se necesiten cambios organizacionales que impacten en la atención de estos pacientes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<b>El Buen Funcionamiento del Equipo de Salud</b>	...no es un tema a tratar.	...se mantiene asegurando la disponibilidad de individuos entrenados apropiadamente en aspectos clave de la atención de pacientes crónicos.	...se asegura a través de reuniones de equipo para tratar temas como guías clínicas, roles y rendición de cuentas, y problemas en la atención de pacientes crónicos.	...se asegura a través de equipos que se reúnen regularmente y que tienen roles claramente definidos incluyendo la educación para pacientes sobre auto-cuidado, seguimiento activo y coordinación de recursos, así como otras habilidades en la atención de enfermedades crónicas.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>El Liderazgo del Equipo de Salud</b>	...no es reconocido a nivel local o por el sistema de atención de salud	...la organización asume que éste reside en cargos específicos de la organización.	...se asegura por el nombramiento de un líder del equipo de salud, pero su rol en la atención de enfermedades crónicas no está definido	...se garantiza a través del nombramiento de un líder del equipo, el cual se asegura de que los roles y responsabilidades para la atención de enfermedades crónicas estén claramente definidas.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>El Sistema de Citación de pacientes</b>	...puede ser usado para agendar consultas de patologías agudas y controles de seguimiento y preventivos.	...asegura que se agenden los controles de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.	...es flexible y puede incorporar innovaciones como permitir fijar la duración de las consulta según lo que el paciente necesite o consultas grupales.	...permite la organización de la atención de manera de facilitar que el paciente vea a múltiples miembros del equipo en una sola visita.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<b>El Seguimiento de los Pacientes</b>	...se agenda a pedido del paciente o de un miembro del equipo.	...es agendado de acuerdo a guías clínicas.	...es asegurado por el equipo de salud a través de la monitorización de las atenciones realizadas al paciente	...está "hecho a la medida" según las necesidades del paciente, varían en intensidad y en los métodos con los que se realiza (por teléfono, mail, en persona) y cumple con lo recomendado en las guías clínicas.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Las Visitas Domiciliarias para la Atención de personas con Enfermedades Crónicas</b>	...no se usan.	...se usan ocasionalmente para pacientes complicados.	...son una opción para los pacientes interesados en ello.	...se usan para todos los pacientes e incluyen evaluaciones regulares, intervenciones preventivas y apoyo al auto-cuidado.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>La Continuidad de la atención de las personas con Enfermedades crónicas entre niveles de atención</b>	...no es una prioridad.	...depende de comunicaciones escritas entre el equipo de atención primaria y los especialistas.	...entre el equipo de atención primaria y los especialistas u otros prestadores relevantes es una prioridad pero no está implementada sistemáticamente.	...tiene alta prioridad y todas las intervenciones relacionadas con enfermedades crónicas incluyen la coordinación entre atención primaria, especialistas y otros grupos relevantes.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

*Puntaje Total Diseño del Sistema de Atención* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio (Puntaje Diseño Sist. Atención / 6)* \_\_\_\_\_





Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
La Información de Subgrupos de Pacientes que Necesitan Atención	...no está disponible	...puede obtenerse mediante un esfuerzo especial o con un análisis informático adicional.	...puede obtenerse ante solicitudes específicas pero no está disponible en cualquier momento.	...es provista sistemáticamente al equipo de salud para ayudarlo a entregar una atención planificada.
Puntaje de	0	2	6	9
Puntaje por	1	4	7	10
Planes de Tratamiento Paciente	...no se espera que existan.	...se realizan a través de un proceso estandarizado.	...se establecen colaborativamente e incluyen metas de auto-cuidado y metas clínicas.	... se establecen colaborativamente e incluyen el auto-cuidado y el manejo clínico. Se realiza seguimiento y éste guía la atención en cada encuentro con el equipo de salud.
Puntaje	0	3	6	9
Puntaje	1	4	7	10
Puntaje	2	5	8	11

Puntaje Total Sistema de Información \_\_\_\_\_

Puntaje Promedio (Puntaje Sist. Inf. / 5) \_\_\_\_\_



Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
<b>Los Grupos Organizados de la Comunidad</b>	...no retroalimentan al Centro de salud / Dpto. de salud acerca del progreso de los pacientes que participan en sus programas.	...retroalimentan esporádicamente, en reuniones entre la comunidad y el Centro de salud / Dpto. de salud, acerca del progreso de los pacientes en sus programas.	...retroalimentan regularmente al Centro de salud / Dpto. de salud usando mecanismos formales (Ej. Reporte de Progresos) acerca del progreso de los pacientes en sus programas.	... retroalimentan regularmente al Centro de salud / Dpto. de salud acerca del progreso de los pacientes, lo que incluye aportes desde los pacientes. Lo anterior se utiliza para modificar los programas con el fin de responder mejor a las necesidades de los pacientes.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>La Planificación Institucional para el Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	...no contempla un enfoque de población a cargo.	...usa datos de los sistemas de información para planificar la atención de salud.	... usa datos de los sistemas de información para planificar proactivamente la atención de las poblaciones a cargo, incluyendo el desarrollo de programas de auto-cuidado y la asociación con instancias comunitarias.	... usa datos sistemáticos y los aportes de los equipos de salud para planificar proactivamente la atención de las poblaciones a cargo, incluyendo el desarrollo de programas de auto-cuidado y la asociación con instancias comunitarias, además de un plan de evaluación para determinar su éxito en el tiempo.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Seguimiento rutinario de las Citaciones, Evaluaciones y Metas de los Pacientes</b>	...no está asegurado.	...se realiza esporádicamente, generalmente sólo para las citaciones.	... tiene asegurada su realización a través de la asignación de responsabilidades a personas específicas del equipo (Ej. Una enfermera administradora de casos).	... tiene asegurada su realización a través de la asignación de responsabilidades a personas específicas del equipo (Ej. una enfermera administradora de casos), quién usa el registro y otros recordatorios para coordinarse con el paciente y con el equipo de salud completo.
<b>Puntaje</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A								
Las Guías Clínicas para la Atención de Enfermedades Crónicas	...no se comparten con los pacientes.	...se entregan a los pacientes que expresan interés específico por el auto-cuidado de su patología.	...son entregadas a todos los pacientes para ayudarlos a seguir programas de auto-cuidado o de modificación de conductas que sean efectivos, e identificar cuando deberían consultar en un establecimiento de salud.	...son revisadas por el equipo de salud junto al paciente para diseñar un programa de auto-cuidado o de modificación de conducta concordante con las guías clínicas tomando en cuenta las metas de los pacientes y su disposición al cambio.								
Puntaje	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Puntaje Total Integración de los Componentes:* \_\_\_\_\_

*Puntaje Promedio Integración (Puntaje Integración/6) =* \_\_\_\_\_

Describa brevemente el proceso utilizado para completar esta encuesta (Ej. Se llegó a consenso en reuniones presenciales; fue llenado por uno de los líderes del equipo de salud quién consultó a otros miembros del equipo según necesidad; cada miembro del equipo llenó por separado la encuesta y luego se sacó un promedio de las respuestas).

**Descripción:**

---



---

#### Puntaje Resumen

(Anote los puntajes del final de cada sección en esta página)

Puntaje Total Organización del Sistema de Atención de Salud \_\_\_\_\_

Puntaje Total de Vínculos con la Comunidad \_\_\_\_\_

Puntaje Total Apoyo al auto-cuidado \_\_\_\_\_

Puntaje Total Apoyo a la Toma de Decisiones \_\_\_\_\_

Puntaje Total Diseño del Sistema de Atención \_\_\_\_\_

Puntaje Total Sistema de Información Clínica \_\_\_\_\_

Puntaje Total Integración de los Componentes del Modelo \_\_\_\_\_

**Puntaje Global de los Puntajes Totales (Suma de todos los puntajes totales)** \_\_\_\_\_

**Puntaje Promedio del Centro de Salud (Puntaje Global /7)** \_\_\_\_\_

## ¿Qué significa?

El ACIC está organizado de manera tal que el puntaje más alto (un “11”) en cualquier ítem individual, sección o en el puntaje global (el promedio de las 7 secciones) indica un apoyo óptimo a la atención de enfermedades crónicas.

El puntaje más bajo posible en cualquier ítem o sección es un “0” lo que corresponde a un apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas. La interpretación de todos los puntajes es la siguiente:

Entre “0” y “2” = apoyo limitado a la atención de enfermedades crónicas

Entre “3” y “5” = apoyo básico a la atención de enfermedades crónicas

Entre “6” y “8” = apoyo razonablemente bueno a la atención de enfermedades crónicas

Entre “9” y “11” = atención de enfermedades crónicas totalmente desarrollada

Es relativamente común que los equipos de salud que comienzan a trabajar con el Modelo de Atención de Enfermedades crónicas (MAEC) obtengan un puntaje bajo 5 en algunas (o todas) las áreas del ACIC. Después de todo, si todo el mundo estuviera entregando una atención óptima para las enfermedades crónicas, no se necesitaría trabajar con el MAEC o implementar programas de mejoramiento de la calidad de la atención. También es común que los equipos crean inicialmente que están dando una mejor atención a los pacientes crónicos de lo que están entregando en la realidad. A medida que usted y su equipo vaya progresando en la implementación del MAEC, los elementos de un sistema de atención efectivo le serán más familiares. Incluso puede notar que algunos puntajes del ACIC disminuyen, aunque usted haya hecho mejoras en su atención; esto se debe probablemente a que usted entiende mejor como “se ve” un buen sistema de atención. Con el tiempo y a medida que conozca mejor el MAEC y vaya implementado cambios para lograr una atención efectiva, usted debería ver un mejoramiento en el puntaje del ACIC.

## ANEXO 2: PACIC

### Evaluación de Cuidados Crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud

Encontrarse bien puede ser difícil cuando usted tiene una enfermedad crónica. Nos gustaría tener información sobre cómo es la atención que usted recibe para su enfermedad crónica por parte del equipo de salud en el consultorio o centro de salud donde está inscrito (médico, enfermera, nutricionista).

Sus respuestas son confidenciales y no se facilitarán a ninguna persona.

#### En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
1. Preguntado por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Se me dieron varias opciones de tratamiento para que pensara	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Se me preguntó si tenía algún problema con los efectos de mis medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### En los últimos seis meses, al recibir asistencia sanitaria por mi enfermedad:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
8. Me ayudaron a tener metas específicas para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Me dieron una copia de mi tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



10. Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad  1  2  3  4  5

11. Me preguntaron sobre mis hábitos de salud  1  2  3  4  5

12. Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenían en cuenta mis valores y costumbres cuando me recomendaban algún tratamiento  1  2  3  4  5

13. Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria  1  2  3  4  5

14. Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad  1  2  3  4  5

15. Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba a mi vida  1  2  3  4  5

16. Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado  1  2  3  4  5

### En los últimos seis meses, al recibir asistencia sanitaria por mi enfermedad:

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
17. Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc) que pudieran ayudarme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

18. Me enviaron a un(a) nutricionista, educador de la salud o consejería	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

19. Me explicaron cómo el consultar a otros médicos (ej. oftalmólogo o cirujano), me ayudaría en mi tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

20. Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

21. Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

22. Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia ó mi situación social al cuidado de mi enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

23. Me animaron a conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad  1  2  3  4  5
24. Me explicaron la importancia de las cosas que hago (por ej. ejercicio) para mi salud  1  2  3  4  5
25. Nos pusimos una meta juntos respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad  1  2  3  4  5
26. Me dieron una libreta o cuaderno en el que yo pudiera escribir el progreso que iba haciendo  1  2  3  4  5

### ANEXO 3: Modelo de las 5 Aes

Es un marco conceptual unificador, que puede ser utilizado con un paciente en particular o en grupos. Las “5 Aes”, corresponden a averiguar, aconsejar, apreciar, apoyar y acordar. Permite el desarrollo de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar las barreras y alcanzar los objetivos planteados.

Las 5 Aes, son elementos interrelacionados que no están diseñados para utilizarse por separado, como se aprecia en la siguiente figura. El proceso se inicia con la acción “averiguar” y luego avanza en el orden de las manecillas del reloj<sup>19,20</sup>.



## ANEXO 4: Evaluación de autoeficacia en Diabetes Mellitus tipo 2



### Evaluación de autoeficacia en Diabetes tipo 2

En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder comer sus alimentos cada 4 ó 5 horas todos los días. Esto incluye tomar desayuno todos los días?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de continuar su dieta cuando tiene que preparar o compartir alimentos con personas que no tienen diabetes?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder escoger los alimentos apropiados para comer cuando tiene hambre (por ejemplo, bocadillos)?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer ejercicios de 15 a 30 minutos, unas 4 o 5 veces por semana?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

5. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer algo para prevenir que su nivel de azúcar en la sangre disminuya cuando hace ejercicios?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

6. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder saber qué hacer cuando su nivel de azúcar en la sangre sube o baja más de lo normal para usted?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

7. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evaluar cuando los cambios en su enfermedad significan que usted debe visitar a su médico?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

8. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder controlar su diabetes para que no interfiera con las cosas que quiere hacer?

muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)

## Puntaje

El puntaje para cada ítem es el número marcado por el encuestado. Si en un mismo ítem se han marcado dos números consecutivos, considere el de menor valor (menos autoeficacia). Si hubiesen dos números NO consecutivos marcados por el encuestado, no considere esta respuesta para el cálculo del puntaje. Si 3 o más ítems se encuentran sin respuesta la encuesta no tiene validez y no debe considerar su puntaje.

## Comentarios

Este test de 8 preguntas fue desarrollado y probado en Español para el Programa de Manejo Personal de la Diabetes y fue traducido al inglés. Existen 2 maneras de dar formato a esta prueba. Generalmente se usa el previamente presentado ya que usa un menor espacio. El segundo puede accederse en nuestra página web.

### Centro de Investigación de Stanford para la Educación del Paciente

1000 Welch Road, Suite 204  
 Palo Alto CA 94304  
 (650) 723-7935  
 (650) 725-9422 Fax  
 self-management@stanford.edu  
<http://patienteducation.stanford.edu>

## ANEXO 5: Pirámide de Kaiser

Pirámide de Kaiser<sup>37</sup>: Estratificación del riesgo de pacientes con enfermedad crónica







Ministerio de  
Salud



Gobierno de Chile

