ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA

Servicio de Salud Aconcagua
Región de Valparaíso
Ministerio de Salud

Universidad de Valparaíso
CHILE
Escuela de Medicina
Campus San Felipe

CIISTe
ACONCAGUA

Iturrieta Henríquez, Daisy Del Rosario
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria, Universidad de Valparaíso. Socióloga, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Profesora Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CIDI-CIISTe), Universidad de Valparaíso.Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO. daisy.iturrieta@uv.cl

ISBN:978-956-420-180-1

Año de edición 2025

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

INFORME EJECUTIVO

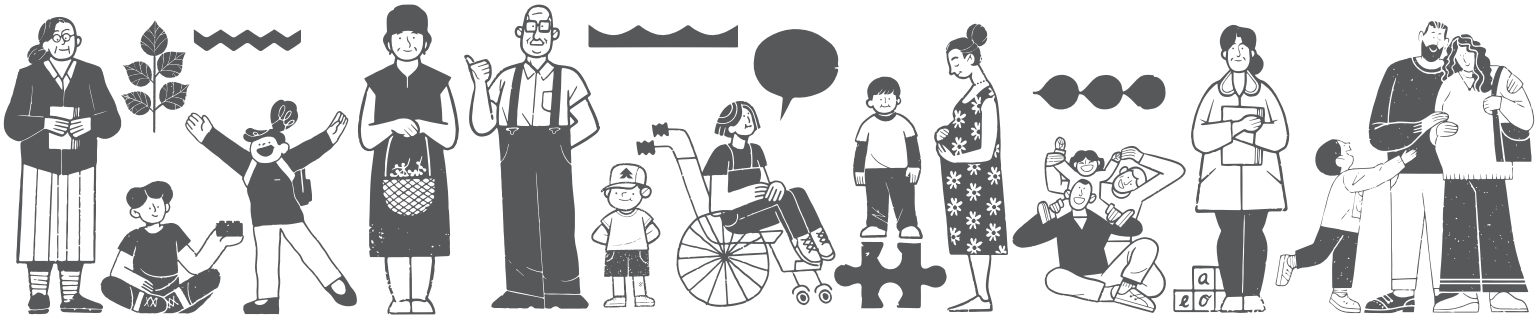
Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en el Valle del Aconcagua

Investigadora Responsable
Daisy Iturrieta Henríquez.

Coinvestigadores
María José Cárdenas Acevedo.
Mario Parada Lezcano.
Ignacio Herrera Soto.
Daniel Herrera Atton.

Internas e Internos del Internado de Atención Primaria.

Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso - Campus San Felipe.



Índice

Contextualización del estudio	7
Pregunta de investigación	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Metodología	10
Diseño	10
Contexto y sujetos participantes	10
Técnicas e instrumentos de recolección de información	12
Plan de análisis	14
Consideraciones éticas.	15
Parte I: hallazgos cuantitativos	**17**
Estadísticas de los REM	18
Resultados de encuestas a profesionales o integrantes de los equipos	20
Resultados de encuestas a usuarios/as de la ECICEP.	40
Parte II: hallazgos cualitativos	63
Fase de diseño de la estrategia y principios orientadores	64
Puesta en marcha de la Estrategia	69
Estado de avance de la instalación	76
Facilitadores y barreras en el proceso de instalación	93
Desafíos a futuro	96
Parte III: Categorías emergentes	**102**
Conclusiones y recomendaciones	**109**
Recomendaciones	**110**
Agradecimientos	**111**
Bibliografía	**112**
Anexos	**114**
Carta de aprobación CEC- SSA	**114**
Consentimiento informado	**115**
Preguntas	**117**
Declaración de consentimiento	**118**

Contextualización del estudio

En Chile se ha visto un cambio en la pirámide poblacional debido a descensos en la tasa de natalidad y aumento de esperanza de vida, lo que condiciona que para el año 2025 se esperen 3,55 millones de chilenos/as mayores de 65 años. Estos cambios demográficos van de la mano del aumento de prevalencia de enfermedades no transmisibles, trayendo consigo alta carga de morbimortalidad (1).

Es sabido que las condiciones crónicas representan un grave problema de salud pública, ya que impactan tanto en el pronóstico de vida como en la calidad de vida de estas poblaciones (2). En esta línea se observa que, en Chile, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2017, 11 millones de personas de 15 años y más viven con 2 o más condiciones crónicas simultáneamente (70,6%). Dentro de ese grupo, 2,4 millones de personas (17,5%) tienen 5 o más condiciones crónicas, situación que ha experimentado un alza sostenida desde 2010 a 2017 (3). Si comparamos la prevalencia de estas multimorbilidades con datos de otros países de Latinoamérica y el Caribe la prevalencia de multimorbilidad es la siguiente: Colombia 12.4%, Jamaica 25.1%, México 14.4%, El Salvador 15.5%, Brasil 16.8%, Panamá 18.3% entre otros. (4)

El enfrentamiento de estas condiciones requiere ser modificado, fortalecido, ya que el actual formato fragmentado y segmentado de nuestro sistema de salud lleva a responder a las necesidades de la población muchas veces de manera tardía e inadecuada, ineficaz e ineficientemente. Los sistemas de salud en general, con enfoque biomédico, se quedan en una conceptualización de enfermedad como un diagnóstico único para el cual sólo se deben mejorar ciertos parámetros clínicos, sin considerar la complejidad del ser humano/a que padece de multi-morbilidad, las determinaciones sociales que están en el fondo y las consecuencias diferenciadas de las enfermedades, por lo que los cuidados se vuelven fragmentados, ineficientes, inefectivos, e incluso a veces contraproducentes. (5) En este sentido al existir este alto nivel de fragmentación se dificulta el reconocimiento y el manejo del impacto que genera la multimorbilidad en el curso de cada enfermedad de las personas, debido a que cada condición impacta sobre el cuidado de las demás enfermedades (6).

En este contexto, desde el modelo de atención integral vigente en el país (MAIS), surge una nueva iniciativa en 2019, la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona en contexto de multimorbilidad, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad (ECICEP), cuya idea central es “completar el enfoque actual de fragmentación por programas basados en patologías y proveer un cuidado integral centrado en las necesidades de los usuarios” (7). De esta manera, se busca brindar una mejor atención a las personas, centrándose en la integralidad y continuidad de la atención y de los cuidados con el fin de evitar la necesidad de asistir en múltiples ocasiones a los establecimientos de salud. Además, considera de gran importancia la

opinión de éstas al momento de la toma de decisiones con respecto a los tratamientos/ intervenciones y la forma de enfrentar sus propias patologías según sus prioridades, necesidades particulares y condiciones sociales. Lo anterior, promueve el automanejo, entendido como “el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de un personal de la salud, a fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluidos la evaluación regular del progreso y de los problemas, el establecimiento de metas y el apoyo a la solución de problemas” (8).

La ECICEP tiene como objetivo cambiar el paradigma paternalista de la atención, donde el/la médico/a impone tratamientos sin tomar en cuenta el contexto sociocultural de la persona a quien atiende. Se apunta a concretar la medicina social / salud colectiva, donde no solo importa la enfermedad, ya que se entiende que el fenómeno complejo a intervenir es salud-enfermedad-atención-cuidados (SEAC), el cual se encuentra socialmente determinado por lo que se aleja del marco de una atención tradicional biomedicalizada. Para la implementación de la estrategia, por lo tanto, no solo se necesita una modificación estructural, sino que también en la visión del personal de salud y la comunidad, puesto que se “requiere de cambios profundos en los equipos, ya que apunta a la transformación de paradigmas y modelos mentales, con el fin de transitar hacia nuevas conductas, prácticas y relaciones entre las personas y los equipos. Se requerirá desarrollar cambios en las estructuras y procesos de la organización, así como generar nuevas tareas, roles y funciones” (9).

La estrategia clasifica a las personas usuarias en 4 grupos según la presencia y cantidad de comorbilidades, a partir de las cuales se entregan distintas atenciones: G0: Personas sanas. Usuarios sin comorbilidades; G1: Riesgo leve. Usuarios con 1 condición crónica; G2: Riesgo moderado. Usuarios con 2 a 4 condiciones crónicas; G3: Riesgo severo. Usuarios con 5 o más condiciones crónicas.

En el Servicio de Salud Aconcagua se está aplicando la estrategia en todos los CESFAM de la red, convirtiéndose en un ejemplo a nivel nacional de cómo ECICEP puede aportar en entregar una mejor atención a los/as usuarios/as a través de una consulta integral de las diferentes patologías que aquejan a los usuarios, evitando así la poli-consulta generada por la existencia de diferentes programas, y la falta de adherencia. De esta forma se logra cumplir con la evidencia que existe a nivel mundial, en la cual se refuerza que la atención primaria en salud es la base de un buen sistema de salud (10).

Por su parte la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, a través del Internado de Atención Primaria que se cursa en el 7º año de la formación, ha promovido el desarrollo de competencias de gestión e investigación y de esta manera ha dado espacio para el diseño colaborativo (docentes - estudiantes - equipo motor del Servicio de Salud Aconcagua), ejecución y divulgación del presente estudio, el que tuvo como

propósito analizar el estado de avance local, comparar lo que se ha logrado con lo que se plantea en el marco teórico original de la estrategia y explorar los desafíos en la implementación de la ECICEP en seis CESFAM del Valle de Aconcagua.

Cabe señalar que los CESFAM seleccionados[1] para el trabajo de campo del estudio, tienen directa relación con las posibilidades de vinculación que se tenían desde la labor académica que se desarrolla en el Internado de APS.

De esta manera se configuró la siguiente

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el estado de avance de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en seis CESFAM del Valle de Aconcagua entre 2021-2022 y qué desafíos presenta?

Objetivo General

Analizar el estado de avance y los desafíos de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en 6 CESFAM del Valle de Aconcagua entre 2021-2022.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el avance local de la implementación de la estrategia.
2. Comparar la implementación en los distintos CESFAM.
3. Comparar el estado de avance de cada centro con lo propuesto en la estrategia original.
4. Explorar los facilitadores y barreras para la implementación de la estrategia en cada CESFAM.
5. Conocer la satisfacción de los distintos actores involucrados (directivos, personal de salud, y usuarios) en relación con la implementación de la estrategia.

El presente Informe de investigación incluye una descripción detallada de la metodología, hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

1 CESFAM Cordillera Andina de los Andes, CESFAM María Elena Peñaloza de Panquehue, CESFAM Segismundo Iturra de San Felipe, CESFAM Valle Los Libertadores de Putaendo, CESFAM Jorge Ahumada Lemus de Santa María y CESFAM San Felipe el Real de San Felipe

Metodología

Diseño

El diseño de la investigación corresponde a un estudio de caso, de diseño mixto cuantitativo y cualitativo, retrospectivo y transversal.

Contexto y Sujetos participantes

La investigación se llevó a cabo en seis CESFAM del Valle de Aconcagua: CESFAM Cordillera Andina de Los Andes, CESFAM María Elena Peñaloza de Panquehue, CESFAM Segismundo Iturra de San Felipe, CESFAM Valle Los Libertadores de Putaendo, CESFAM Jorge Ahumada Lemus de Santa María y CESFAM San Felipe el Real de San Felipe, los que se vinculan directamente con las rotaciones que se realizan para el Internado de Atención Primaria desarrollado por la Escuela de Medicina.

Para la selección de los/as participantes, se consideraron los siguientes perfiles:

- Directivos/as y referentes: Se consideraron aquellos/as con roles de dirección de los respectivos CESFAM. También aquellos/as referentes técnicos de la ECICEP a nivel de Servicio de Salud Aconcagua, referentes ministeriales y de cada CESFAM.
- Funcionarios/as: Se consideraron todos aquellos/as profesionales designados de manera permanente. Además, los/as TENS encargados/as de la estrategia, quienes realizan el seguimiento telefónico a los/as personas incorporados/as.
- Usuarios/as: Todos aquellos/as clasificados como G3 según lo definido en el marco teórico de la estrategia e ingresados/as a la estrategia desde 2021 al 30 de junio del 2022.

A partir de la descripción anterior, en la recolección de información cualitativa se contó con la participación de los siguientes actores:

Tabla 1 ***Actores Participantes***

Actores Participantes	Entrevistas Individuales		Entrevistas Grupales	
	Actor clave del equipo directivo	Referente ECICEP	Usuarios	Funcionarios
CESFAM Cordillera Andina	1	1	3	8
CESFAM Jorge Ahumada Lemus	1	1	4	5
CESFAM María Elena Peñaloza	1	1	8	8
CESFAM San Felipe El Real	1	1	6	7
CESFAM Segismundo Iturra	1	1	6	8
CESFAM Valle Los Libertadores	1	1	4	6
Referente Ministerial	1			
Equipo Motor del Servicio de Salud Aconcagua			8	
Total general	**86**			

En la recolección de Información Cuantitativa, participaron 205 funcionarios y 143 usuarios, la participación por cada CESFAM se describe en la siguiente tabla:

Tabla 2 ***Muestra por CESFAM***

CESFAM	FUNCIONARIOS	USUARIOS
CESFAM Cordillera Andina	22	18
CESFAM Jorge Ahumada Lemus	20	14
CESFAM María Elena Peñaloza	45	44
CESFAM San Felipe El Real	24	14
CESFAM Segismundo Iturra	50	39
CESFAM Valle Los Libertadores	44	14
Total general	**205**	**143**

Técnicas e instrumentos de recolección de Información

Desde el enfoque cualitativo, se aplicaron:

- **13 entrevistas semiestructuradas individuales a:** Referentes Ministeriales, Directores/as y referentes de ECICEP de cada CESFAM.
- **13 entrevistas semiestructuradas grupales al:** equipo motor dependiente del SSA, funcionarios/as de cada CESFAM vinculados/as a la ejecución de la estrategia y usuarios/as.

Tanto para las entrevistas individuales como grupales, se contó con una pauta de preguntas que abordaba cinco ítems, entre los cuales destacan:

I.- Fase de Diseño de la Estrategia y principios orientadores
II.- Puesta en marcha de la Estrategia
III.- Estado de avance de la instalación
IV.- Facilitadores y barreras en el proceso de instalación
V.- Desafíos a futuro.

Desde el enfoque cuantitativo, se realizó:

- **Análisis de base de datos REM:** de las cuales se extrajeron datos de forma anonimizada en función de las siguientes variables:

  - » Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP.
  - » Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP según sexo.
  - » Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP según edad.
  - » Ingresos por semestre y año.

- **Encuestas:** a usuarios/as y funcionarios/as de cada Cesfam. Estas fueron aplicadas en los funcionarios a través de un formulario de google y en los usuarios de manera guiada a través del formulario impreso. Las variables buscadas fueron:

Tabla 3

Características generales • Sexo • Edad • CESFAM donde trabaja • CESFAM donde se atiende • Profesión u oficio	**Implementación de la ECICEP** » Opinión respecto de los avances en la implementación » Opinión respecto de las resistencias de los equipos » Opinión acerca del reconocimiento del Equipo Gestor » Opinión acerca de la recepción de la implementación » Opinión acerca del apoyo al proceso de la implementación » Opinión sobre el surgimiento de dificultades técnicas u operacionales » Capacitaciones – Inducciones por el establecimiento, por SSA-MINSAL » Opinión acerca de la suficiencia de las capacitaciones » Capacitaciones y relación con el usuario » Percepción de capacitaciones y mejora de la relación con el usuario/a » Opinión respecto de la elaboración consensuada del plan de atención con el usuario/a. » Gráfico. Opinión acerca de la eficiencia de la programación de atenciones » Opinión acerca de la eficiencia en la integración de las actividades en la programación » Opinión acerca de la eficiencia de la integración de la incidencia / prevalencia de las enfermedades en la programación » Opinión acerca de si la programación considera las características de la población usuaria y sus características » Opinión acerca de la factibilidad de cumplimiento de las metas en la programación » Opinión acerca de la consideración de la cobertura en el diseño de las actividades » Opinión acerca de la correspondencia entre actividad y el rendimiento estimado. » Opinión acerca de si las horas/días requeridos son correspondientes a las actividades de la programación » Percepción de la adecuación de la concentración para evitar la sobreintervención. » Opinión acerca de la existencia de la continuidad de la atención en dupla » Opinión acerca de la suficiencia de la cantidad de atenciones en dupla » Opinión acerca de la adecuación de las actividades al perfil de cargo por profesión u oficio.
Conocimientos respecto a la estrategia • Conocimientos respecto a la estrategia • Conocimiento de los motivos de su ingreso a la ECICEP. • Conocimiento de la estrategia • Usuarios/as actuales en la ECICEP • Conocimiento del funcionamiento de la ECICEP en el establecimiento • Conocimiento del flujograma de atención de la ECICEP en el establecimiento • Conocimiento de los mecanismos de ejecución (proceso de atención) de la ECICEP de mi establecimiento	
Evaluación de la efectividad de ECICEP • Percepción de Mejora de la atención en la población G3, G2 y G1 • Opinión respecto de si la calidad de intervención está por sobre las metas. • Percepción de mejora del control de comorbilidades por la intervención en dupla. • Opinión acerca de la efectividad del seguimiento a distancia	
Satisfacción respecto a la implementación de la ECICEP • Percepción de mejora de la relación con el usuario • Percepción de mejora de la calidad de la atención • Satisfacción respecto a los avances de la ECICEP en general y por profesión u oficio	

Plan de análisis

En cuanto al plan de análisis de los datos cuantitativos obtenidos a través de los cuestionarios a integrantes de los equipos ECICEP, así como de los y las usuarias, éste se desarrolló a través de la estadística descriptiva, determinando frecuencias de las variables a evaluar, y a su vez, analizando mediante tablas de contingencia los cruces de variables de evaluación ECICEP y las variables sexo, tramo etario y profesión u oficio. Así mismo, se elaboraron gráficos asociados a las variables de la evaluación ECICEP en función de una mayor comprensión de éstos.

El plan de análisis **cualitativo** se desarrolló en cinco partes:
1. Preparación de datos:

a. Organización: Se recopiló y organizó todos los datos obtenidos de encuestas, entrevistas individuales y grupales.
b. Transcripción: Se transcribieron las entrevistas para poder trabajar con el texto de manera efectiva.
c. Codificación de datos cualitativos: Se utilizó el software ATLAS.ti 9.0, para codificar y categorizar los datos de las entrevistas. Se creó un sistema de categorías preliminares y emergentes.

Las categorías preliminares abordadas fueron:

Tabla 4 ***Categorías preliminares***

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA
Fase de Diseño de la Estrategia y principios orientadores	Conocimiento sobre los inicios de la estrategia
	Descripción de la estrategia ¿En qué consiste?
	Principios orientadores considerados en su diseño
Puesta en marcha de la Estrategia	Recuerdos de la puesta en marcha inicial de la estrategia
	Organización a nivel de equipo (Roles, funciones y principales tareas en el marco de la ejecución inicial de la estrategia)
	Recursos disponibles para la puesta en marcha inicial de la estrategia
	Acciones realizadas para la articulación de la instalación de la estrategia
Estado de avance de la instalación	Descripción de la organización actual para la implementación de la estrategia
	Actividades vinculadas a la implementación de la ECICEP que se reconocen
	Protocolos
	Recursos identificados para la ejecución de la estrategia
	Evaluación
	Avances reconocidos en la puesta en marcha de la Estrategia
	Satisfacción
Facilitadores y barreras en el proceso de instalación	Facilitadores
	Barreras
Desafíos a futuro a nivel local y nacional	Nacional
	Local

Una vez analizada la información surgieron las siguientes categorías emergentes:

- Opinión acerca de la estrategia que abandona la mirada programática y del cuidado integral centrado en la persona
- Percepción de la mejoría de la continuidad de los cuidados
- Percepción de integración de la comunidad en la estrategia acerca de la inclusión del enfoque territorial
- Percepción respecto de la importancia de la formación de pregrado de los/as profesionales

Consideraciones éticas

Para efectos de la realización del estudio, se consideró en primera instancia la presentación del proyecto al Comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua, del cual se contó con la aprobación el 01 de junio del 2022. (Ver en Anexo)

En un segundo momento, se realizó una vinculación previa a la entrada al campo, lo que significó socializar públicamente con los distintos actores a nivel de la Red de Salud de Aconcagua la futura ejecución del estudio.

Lo anterior, facilitó las coordinaciones, gestiones y aplicación de los métodos de invitación diseñados, entre los cuales destacan el envío de correos electrónicos, convocatoria abierta en las reuniones de sector de cada CESFAM, y en los Codelo con los usuarios.

Para el resguardo de los principios éticos se consideró:

1.- La aplicación de un Consentimiento informado: Antes de realizar cualquier encuesta, entrevista o grupo focal, nos aseguramos de obtener el consentimiento informado de todos los/as participantes. Se les explicó claramente los objetivos de la investigación, el propósito de su participación y cómo se utilizarán los datos. También nos aseguramos de que los participantes comprendieran que su participación es voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento sin consecuencias (se muestra formato en anexo).

2.- Confidencialidad: Se garantizó la confidencialidad de los datos recopilados, asegurando que los participantes supieran que sus respuestas y comentarios serían tratados de manera anónima y que no se revelarán detalles que puedan identificarlos directamente sin su consentimiento explícito.

3.- Protección de datos personales: Se cumplió con las regulaciones de privacidad de datos aplicables, almacenando los datos de manera segura y evitando que terceros no autorizados accedieran a ellos. Utilizamos métodos de anonimización.

4.- Evitar el daño: Se diseñaron las preguntas de las encuestas y entrevistas, considerando no causar daño físico o emocional a los/as participantes, lo que fue resguardado con la participación de un panel de expertos en la fase de diseño de los instrumentos.

5.- No discriminación y equidad: Se cauteló que la selección de participantes y el tratamiento de los datos fuese equitativo y no discriminatorio. No se discriminó por motivos de género, raza, religión, orientación sexual u otros factores similares.

6.- Transparencia: Se generó un ambiente de transparencia en la comunicación con los/as participantes, propiciando una vía de comunicación para que los/as participantes hicieran preguntas o expresaran preocupaciones en cualquier momento durante el proceso de investigación.

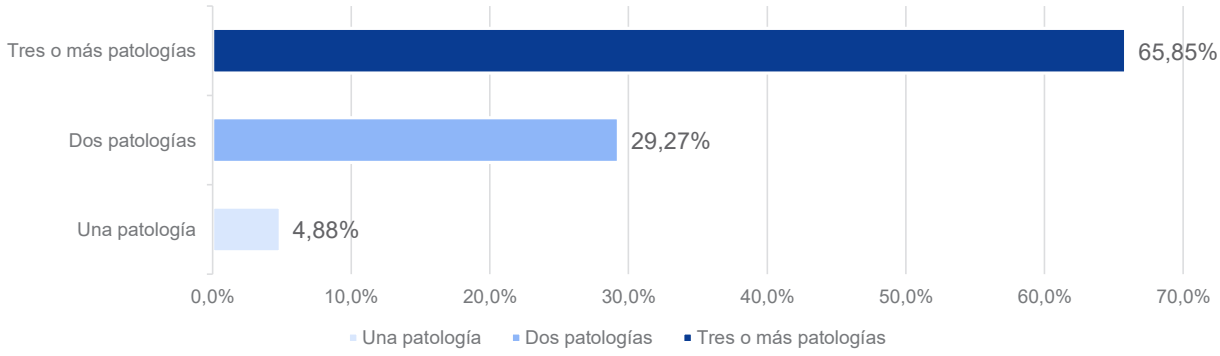
7.- Conflictos de interés: los/as investigadores declaramos que no tenemos conflicto de interés alguno.

Parte I:
Hallazgos Cuantitativos

Estadísticas de los REM

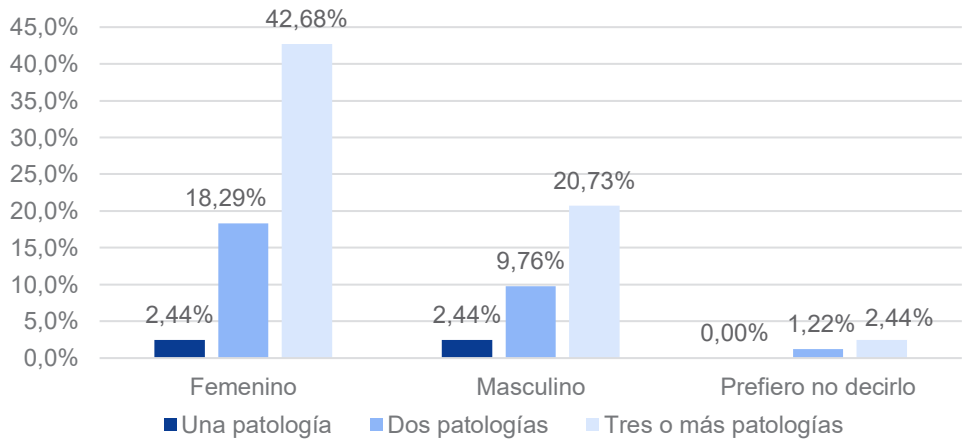
En este apartado se exponen las características de los usuarios actuales de ECICEP, los que corresponden a 82 personas.

Gráfico 1 *Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP.*



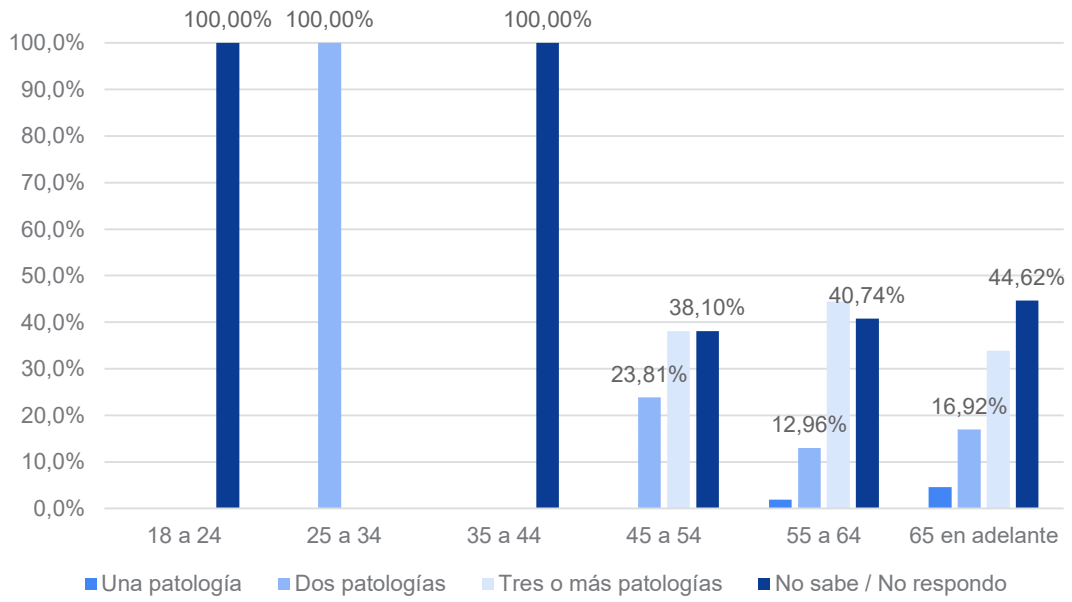
En cuanto a las patologías atendidas a través de la ECICEP, se observa que el 65,85% de la población posee más de 3 patologías, mientras que un 29,27% tiene 2 patologías y un 4,88% sólo una patología atendida en la estrategia.

Gráfico 2 *Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP según sexo.*



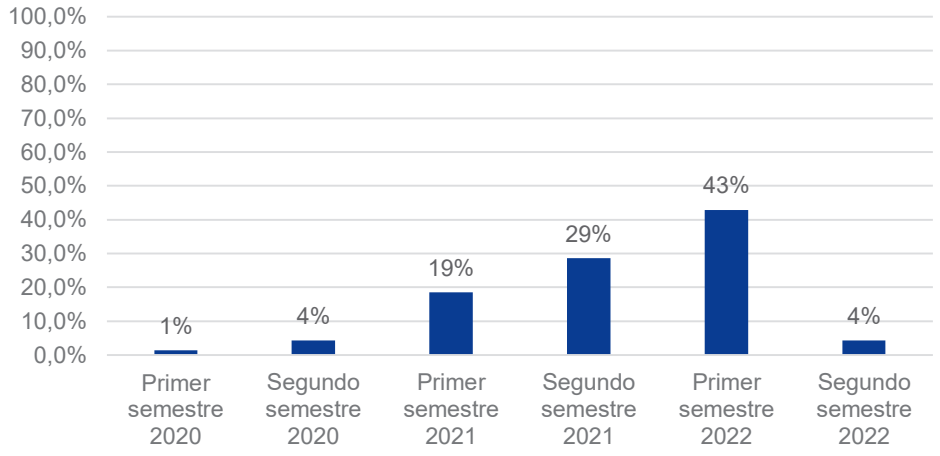
En cuanto a las características por sexo, se observa que el sexo femenino posee mayor población con 3 o más patologías que el sexo masculino (42,68% y 20,73% respectivamente), así mismo respecto a dos patologías (18,29% vs 9,76%).

Gráfico 3 *Cantidad de patologías atendidas a través de ECICEP según edad.*



En cuanto a las patologías por edad, se puede observar que existe mayor claridad respecto a éstas en los tramos de 45 años a 65 años en adelante, mientras que de 18 a 24 y 35 y 44 años desconocen la patología atendida. Por otra parte, el mayor porcentaje de más de tres patologías corresponde de 55 a 64 años con un 44,44%, y respecto a 2 patologías, corresponde al tramo de 45 a 54 años, con un 23,81%.

Gráfico 4 *Fecha de ingreso a ECICEP.*



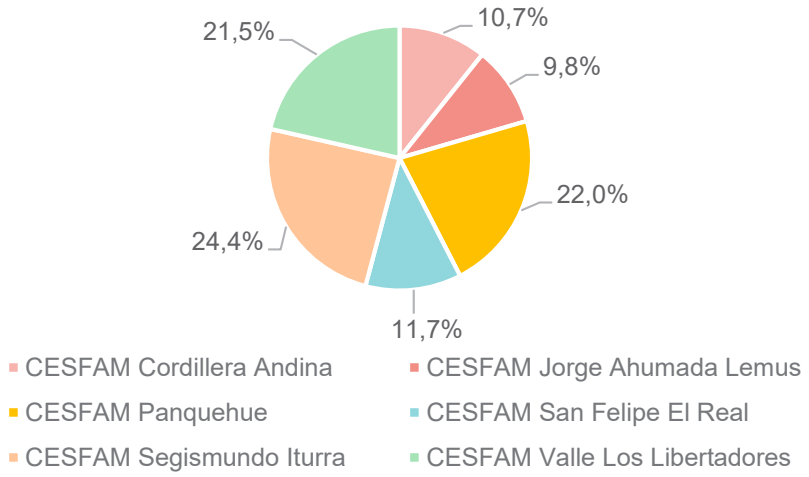
En relación a la fecha de ingreso a la ECICEP, el 43% de la población actualmente en la ECICEP ingresó al programa el primer semestre del año 2022, mientras que el 29% durante el segundo semestre del 2021. Por otra parte, sólo el 1% ingresó el primer semestre del 2020 y el 4% el segundo semestre del 2020 y 2022 respectivamente.

Resultados de encuestas a profesionales o integrantes de los equipos

Con relación al número de participantes en la aplicación de la encuesta que pertenecen a los equipos de salud, éste alcanzó un total de 205 personas, y quienes aceptaron el consentimiento informado fueron 200 integrantes, lo que corresponde al 97,6%; y quienes no aceptaron el consentimiento son 5 personas, siendo el 2,4%.

En cuanto al número de participantes y su porcentaje por CESFAM, el CESFAM Segismundo Iturra obtuvo un total de 50 integrantes, CESFAM Panquehue 45 personas, CESFAM Valle Los Libertadores 44. Por otra parte, del CESFAM San Felipe, participaron 24 personas, del CESFAM Cordillera Andina 22 personas y en el CESFAM Jorge Ahumada Lemus, 20 personas.

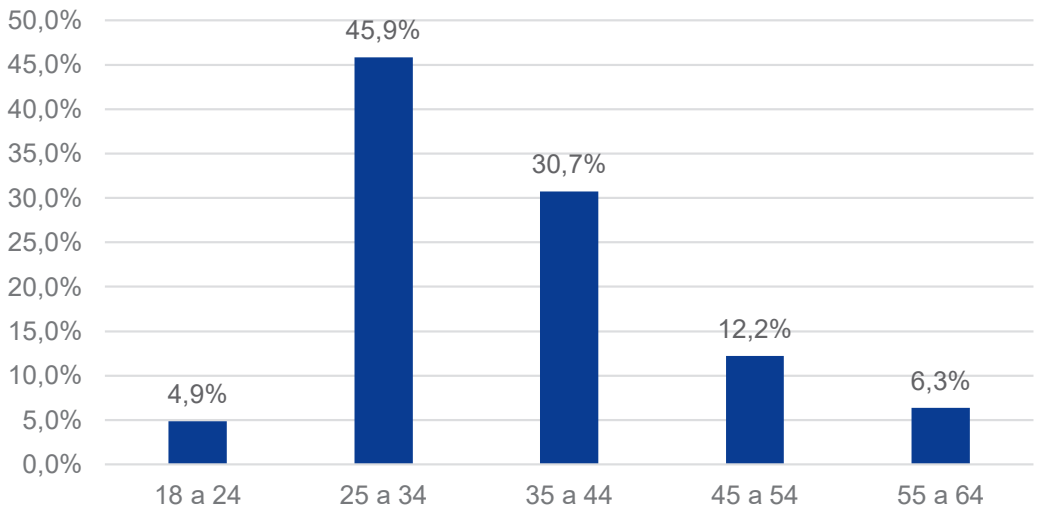
Gráfico 5 *¿A qué CESFAM Pertenece?*



El 82,93% corresponde al sexo femenino y el 16,1% al masculino, mientras que un 0,98% no lo indicó.

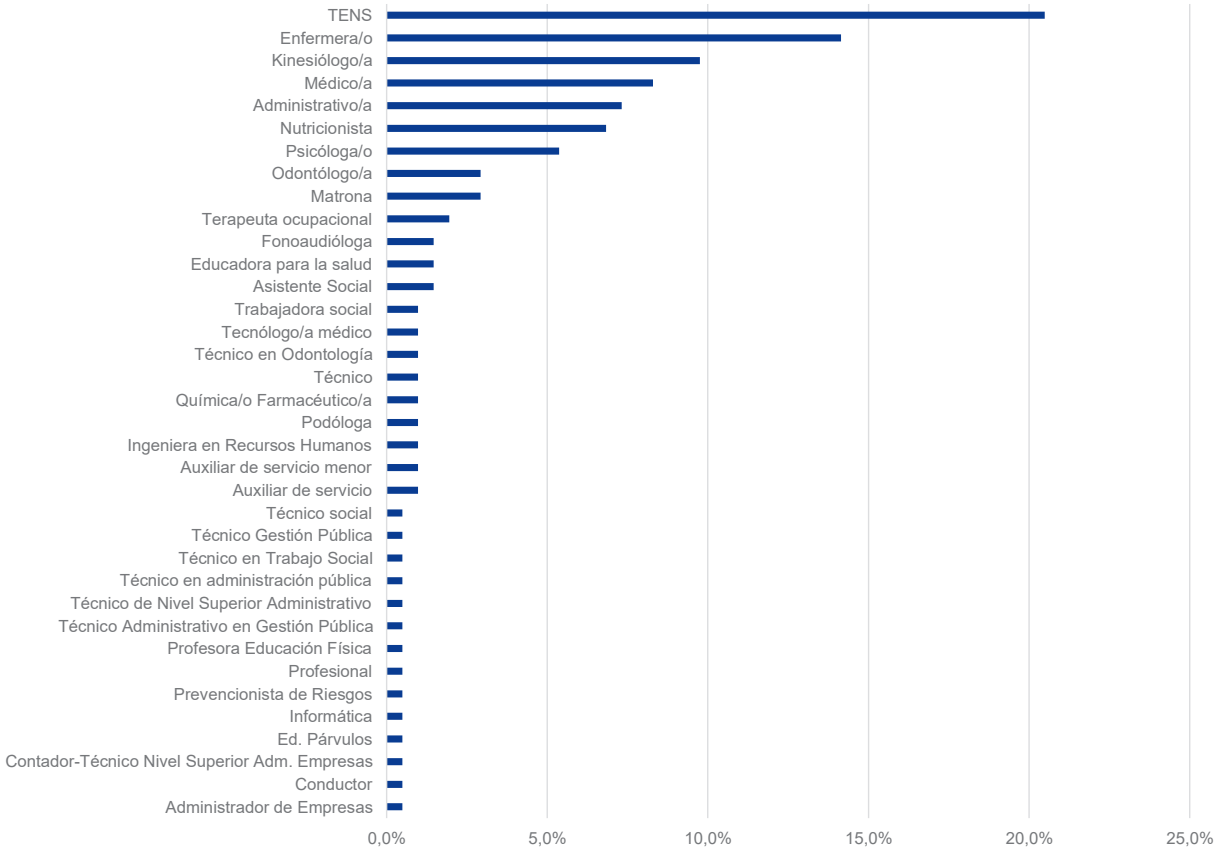
El mayor porcentaje corresponde al tramo de 25 a 34 años, con el 45,9%; y los menores porcentajes corresponden a un 6,3% de 55 a 63 años y 18 y 24% con un 4,9%.

Gráfico 6 *Edad de los/as miembros de los equipos*



Los mayores porcentajes corresponden a Técnico de Nivel Superior en Enfermería (TENS), con un 20,5%; Enfermera/o con un 14,1% y Kinesiólogo con un 9,8%.

Gráfico 7 *Profesión u oficio de los/as miembros de los equipos*

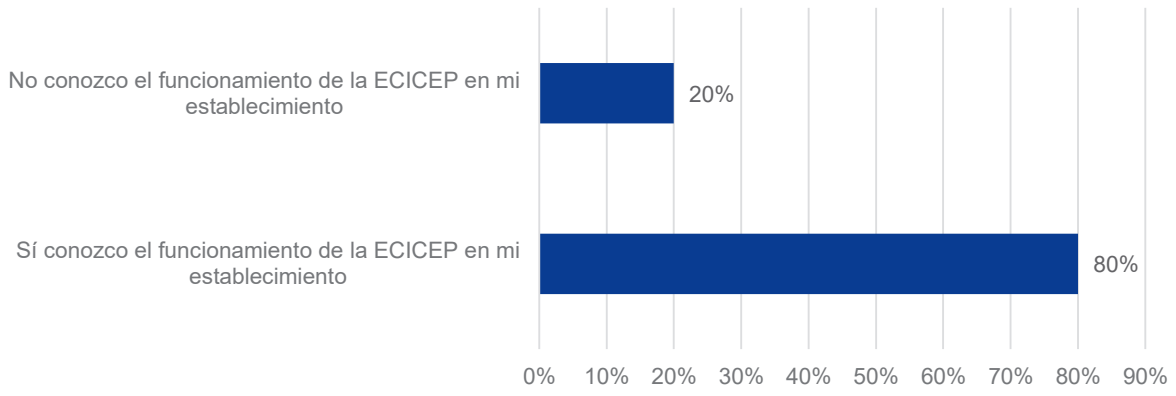


En cuanto a las variables de estudio se puede señalar:

Conocimientos respecto a la estrategia:

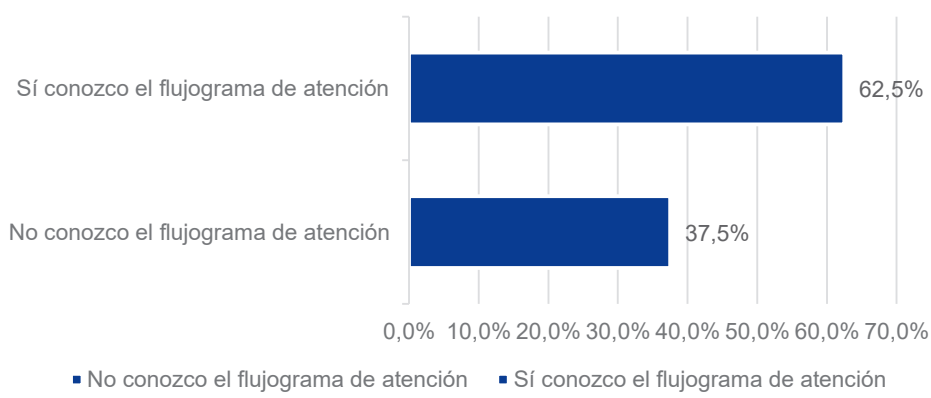
Respecto al conocimiento del funcionamiento de la ECICEP a nivel general, solo el 20% dice desconocer el funcionamiento.

Gráfico 8 *Conocimiento del funcionamiento de la ECICEP en el establecimiento.*



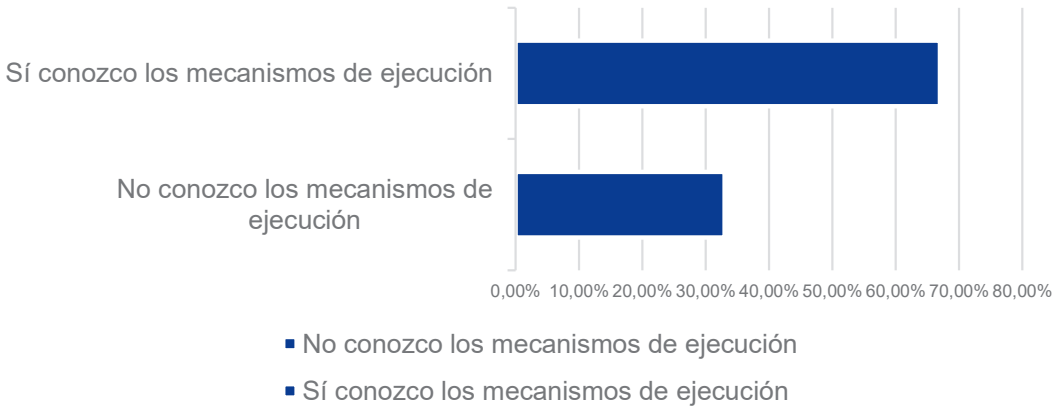
El 62,5% reconoce tener conocimientos sobre éste, mientras que el 37,5% no tiene conocimientos relacionados al flujograma de atención.

Gráfico 9 *Conocimiento del flujograma de atención de la ECICEP en el establecimiento.*



Se observa que el 67% de los y las encuestadas asegura conocer los mecanismos de ejecución de la ECICEP, mientras que el 33% afirma no tener conocimientos en esta área.

Gráfico 10 *Conocimiento de los mecanismos de ejecución (proceso de atención) de la ECICEP de mi establecimiento.*

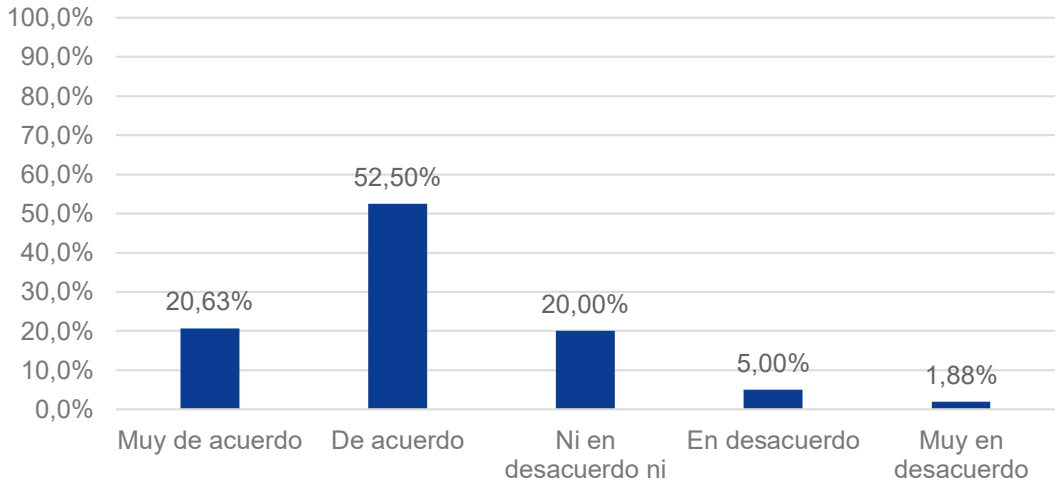


Implementación de la ECICEP.

Respecto de la evaluación de la ECICEP a nivel de los 6 CESFAM participantes del estudio, los resultados se desglosan según los avances de la ECICEP, así como también según los aspectos de desarrollo organizacional asociados a esta implementación.

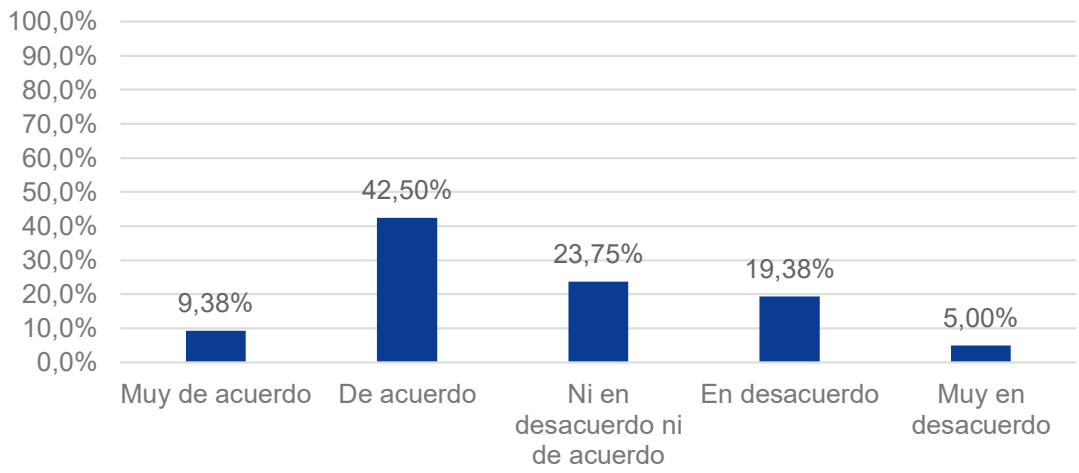
En relación con las percepciones asociadas a los avances en la implementación de la ECICEP, se observa que un 52,5% está de acuerdo con que se han presentado avances en la implementación, así como un 20,63% está muy de acuerdo con esta afirmación. Por otra parte, sólo un 5% está en desacuerdo y un 1,8% está muy en desacuerdo. Las afirmaciones neutrales sólo alcanzaron un 20%.

Gráfico 11 *Opinión respecto de los avances en la implementación.*



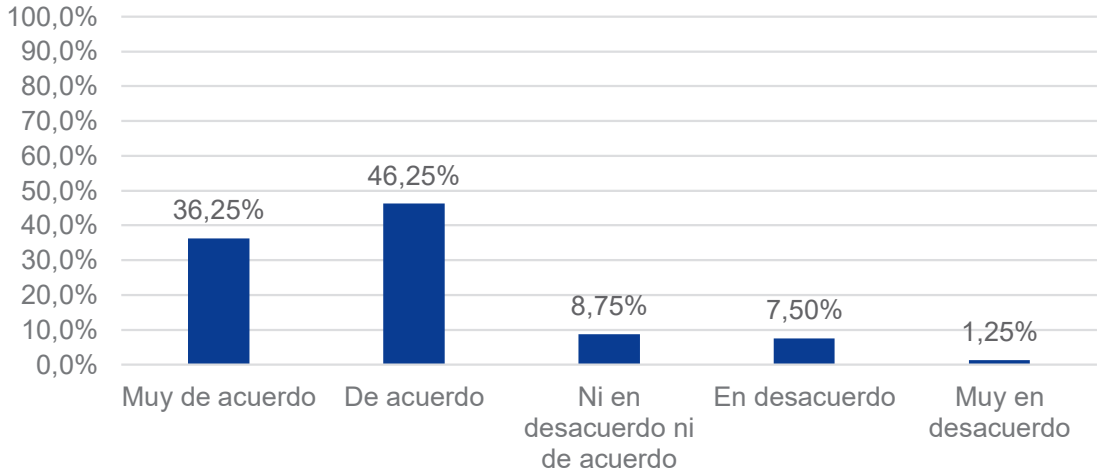
Desde el plano organizacional, se observa que la implementación ha tenido una recepción positiva, puesto que las opiniones positivas se reflejan sobre el 50% de los y las encuestadas (42,5% de acuerdo y 9,38% muy de acuerdo) con la aseveración de que la implementación ha tenido resistencias mínimas por parte de los equipos. Por otra parte, las percepciones neutrales alcanzaron el 23,75%.

Gráfico 12 *Opinión respecto de las resistencias de los equipos.*



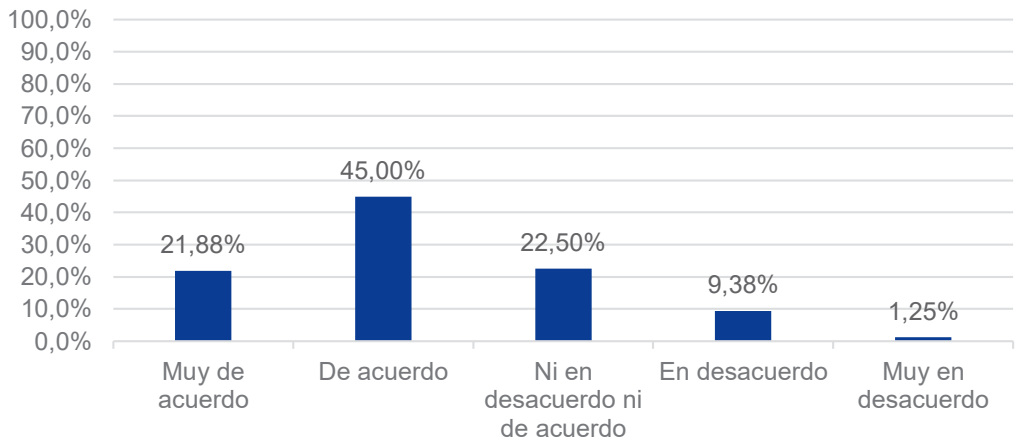
Respecto al reconocimiento del Equipo Gestor, éste es reconocido por los y las integrantes en un porcentaje mayor al 80%, mientras que las percepciones negativas o no reconocimiento alcanzó un 8,75% (en desacuerdo en un 7,5% y el 1,25% en el muy en desacuerdo). En el caso de las percepciones neutrales, ésta alcanzó un 8,75%.

Gráfico 13 *Opinión acerca del reconocimiento del Equipo Gestor por integrantes del establecimiento.*



En términos generales, la implementación de la ECICEP ha sido bien recibida en el 65% de los y las encuestadas, mientras que las percepciones negativas son inferiores al 11%, y las opiniones neutrales alcanzaron el 22,5% de los y las encuestadas.

Gráfico 14 *Opinión acerca de la recepción de la implementación del Equipo Gestor por integrantes del establecimiento.*



En términos generales, se observa apoyo a la implementación de la ECICEP, específicamente el 75% de los y las encuestadas exponen que los y las funcionarias/os han apoyado el proceso (58,13% de acuerdo y 16,88% muy de acuerdo), mientras que las opiniones negativas no superan el 5%. En relación con las percepciones neutrales, éstas alcanzaron el 20,63%.

Gráfico 15 *Opinión acerca del apoyo al proceso de la implementación.*

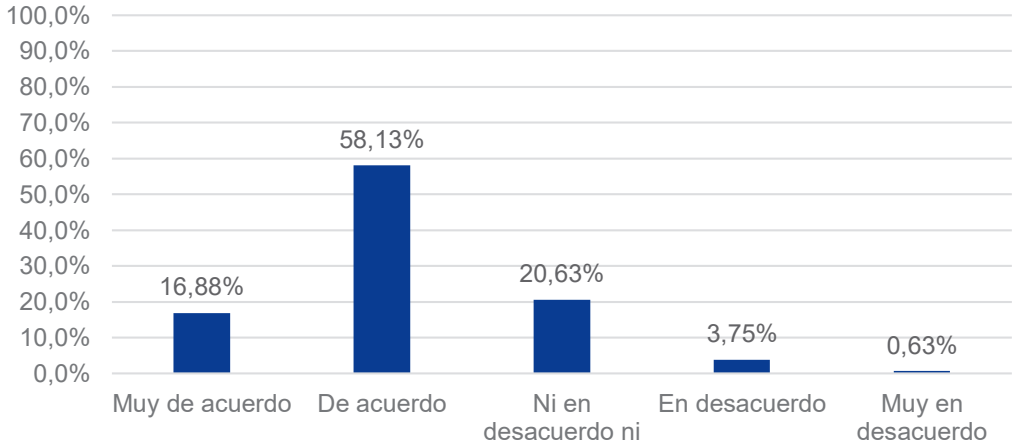
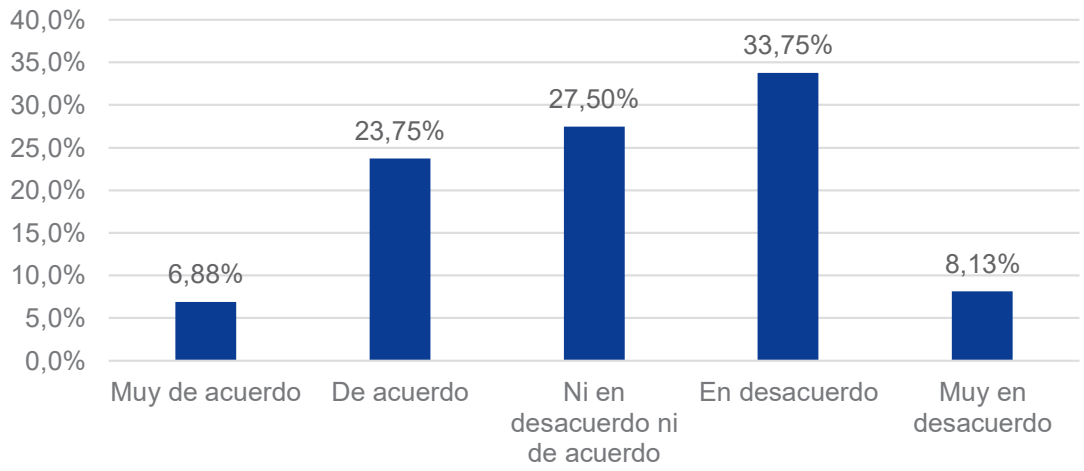


Gráfico 16

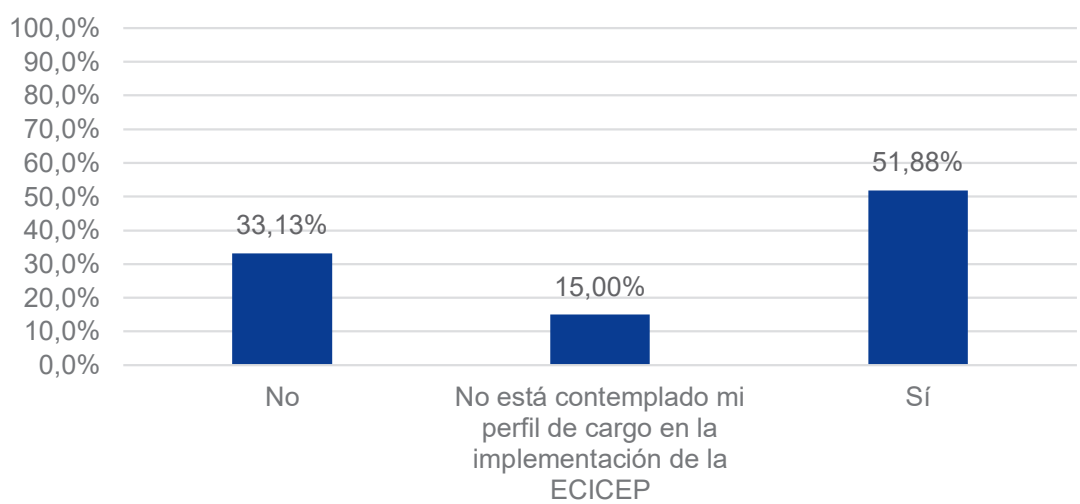
La implementación ha estado exenta de dificultades técnicas u operacionales



Con relación a las capacitaciones e inducciones realizadas por el establecimiento, se observa que el 51,9% han tenido éstas, mientras que el 33,1% señala que no han tenido capacitaciones o inducciones. Por otra parte, el 15% afirma que las capacitaciones e inducciones no corresponden al perfil de cargo asociado a la implementación de la ECICEP.

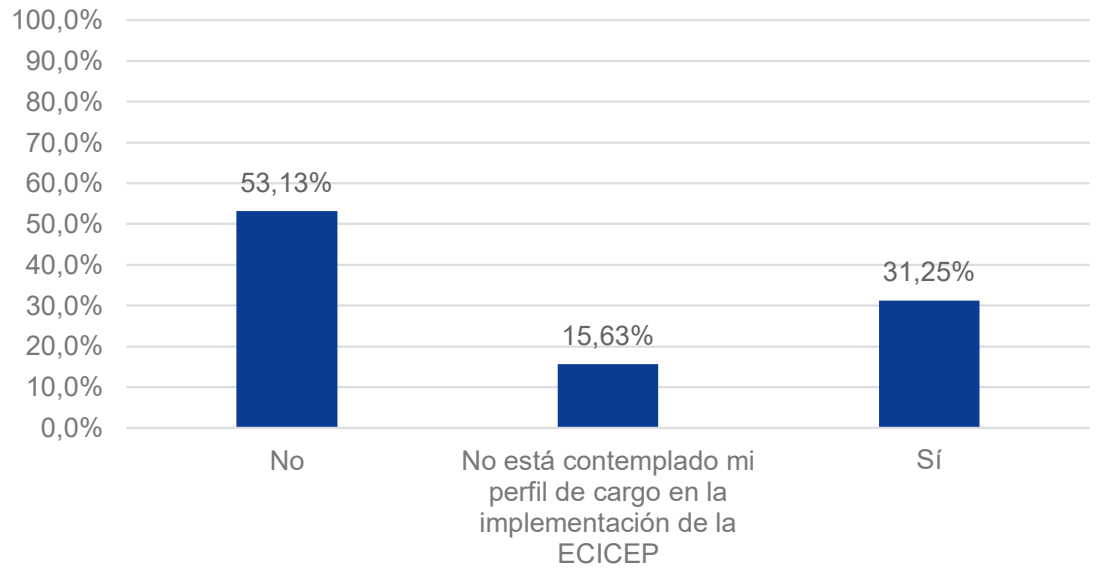
Gráfico 17

He tenido capacitaciones - inducciones respecto a la ECICEP realizadas por el establecimiento al cual pertenezco



Por otra parte, en cuanto a las capacitaciones e inducciones realizadas por el Servicio de Salud Aconcagua (SSA) y el Ministerio, el 31,25% de los y las encuestadas afirma haber tenido capacitaciones, mientras que el 53,13% afirma no haber tenido capacitaciones. El 15,31% señala que no están contempladas capacitaciones o inducciones en su perfil de cargo asociado a la ECICEP.

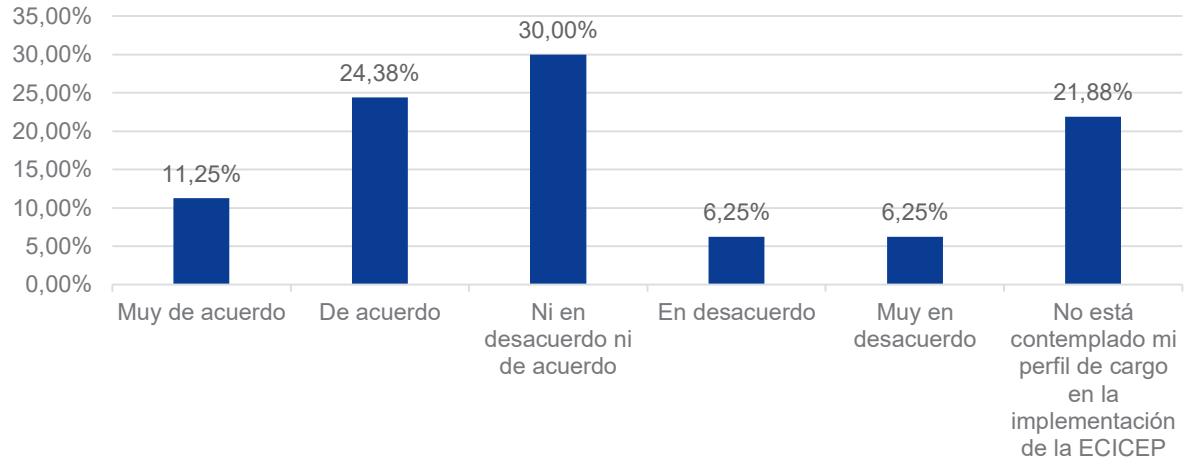
Gráfico 18 *He tenido capacitaciones - inducciones respecto a la ECICEP realizadas por parte del Servicio de Salud - Ministerio de Salud*



En el ámbito de las capacitaciones, el número de las capacitaciones no ha sido suficiente de acuerdo con el 45% de los y las encuestadas (31,88% en desacuerdo, 13,13% muy en desacuerdo). Por otra parte, sólo un 17% considera que han sido suficientes, y un 19,38% señala no estar ni en desacuerdo ni de acuerdo con el número de capacitaciones realizadas. El 18,75% afirma que las capacitaciones no están contempladas en su perfil de cargo asociada a la ECICEP.

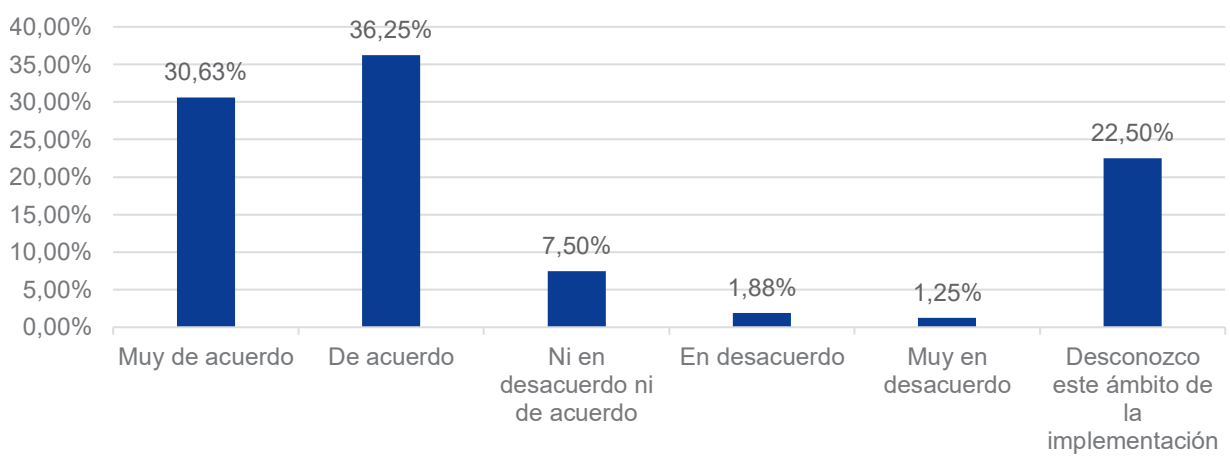
Dentro de los resultados de la investigación, se observa que si bien hay percepciones positivas respecto a la mejora de la relación con los usuarios(as) producto de las capacitaciones (11,25% muy de acuerdo y 24,38% de acuerdo), hay un 30% que considera no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con que hay una mejora en esta relación. Por el contrario, se observa que no se ha mejorado la relación con el usuario en un 12,5%.

Gráfico 19 *Las capacitaciones han permitido mejorar mi relación con el usuario (a)*



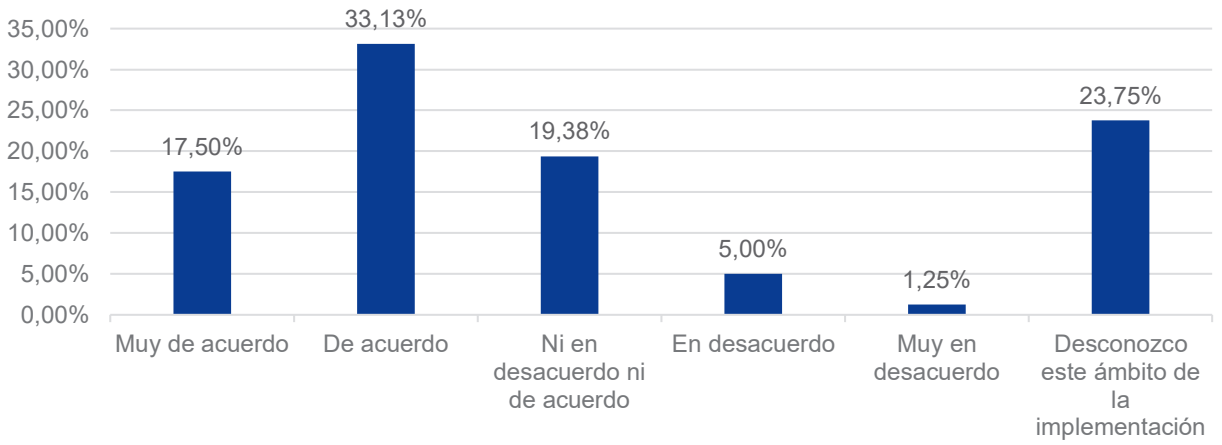
En relación con la elaboración del plan de atención con el usuario, sobre el 66% de los y las encuestadas considera que ésta es elaborada de forma consensuada con el/la usuario/a, mientras que un 3% considera que no lo es. Sólo un 7,5% está ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que un 22,5% desconoce este ámbito de la implementación de la ECICEP.

Gráfico 20 *El plan de atención es elaborado de forma consensuada con el/la usuario (a)*



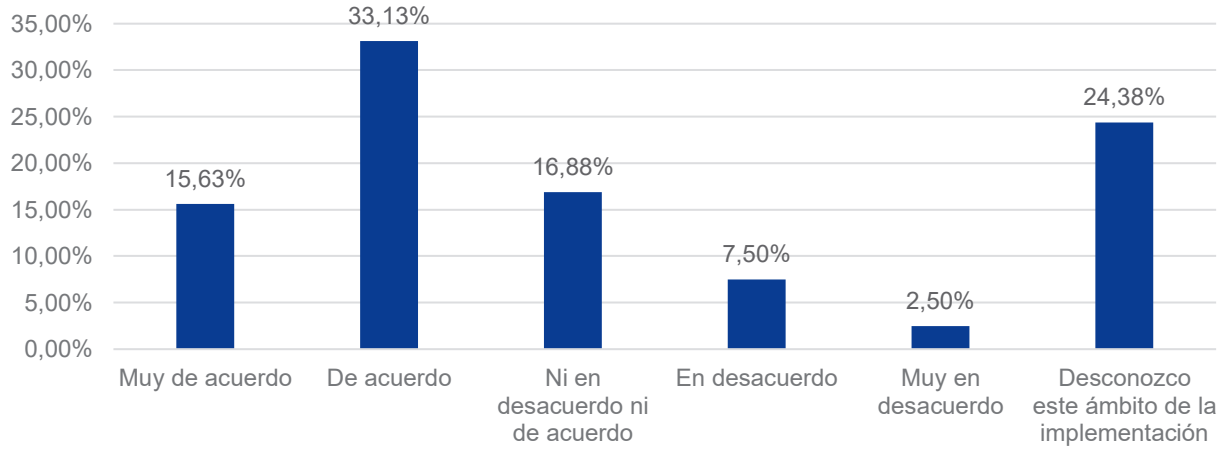
La programación de las atenciones se observa como eficiente para aproximadamente el 50% de los y las encuestadas, mientras que sólo el 6,25% considera que no han sido eficientes. Es importante destacar que el 19,38% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación y el 23,75% desconocen este ámbito de la implementación, lo que implica al 44% de la población encuestada.

Gráfico 21 *En general, la programación de las atenciones ha sido eficiente en su desarrollo*



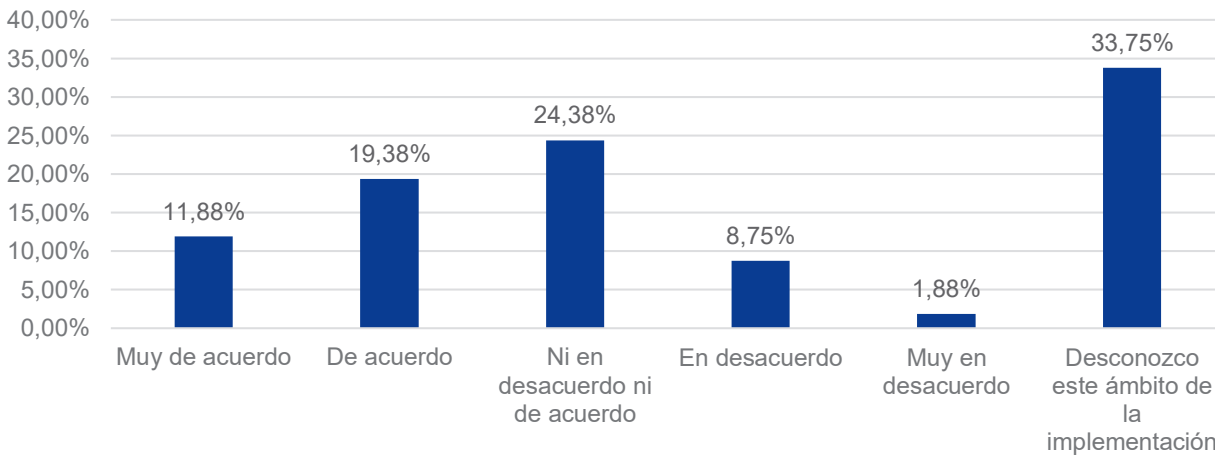
Con relación a la integración eficiente de las actividades de la ECICEP en la programación, sobre el 48% de los y las encuestadas (15,63% muy de acuerdo y 33,13% de acuerdo) está de acuerdo con la afirmación, mientras que los y las encuestadas que consideran que no están integradas de forma eficiente alcanzaron el 10%. Por otra parte, el 16,88% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 24,38% desconoce este ámbito de la implementación.

Gráfico 22 *Las actividades son integradas de forma eficiente en la programación*



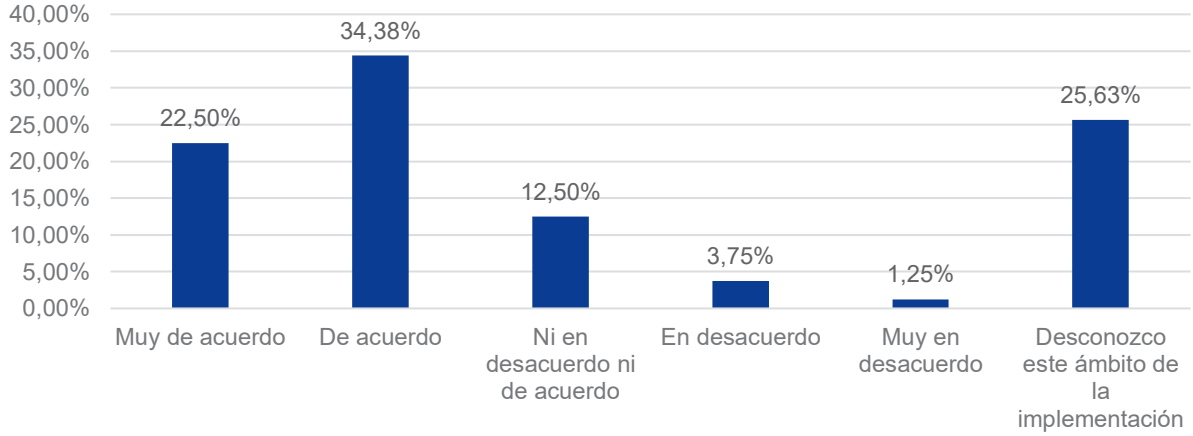
En cuanto a la integración de la incidencia y prevalencia de las enfermedades en la programación, los resultados exponen que el 33,75% de los y las encuestadas desconocen este ámbito de la implementación, siendo el mayor porcentaje de las respuestas, así como, en segundo lugar, la opción ni en desacuerdo ni de acuerdo alcanzó un 24,38%. Las percepciones positivas respecto a la eficiencia en la integración alcanzaron solo un 40% aproximadamente, mientas que las posiciones negativas superan el 10%.

Gráfico 23 *La incidencia / prevalencia / tasa es integrada de forma eficiente en la programación*



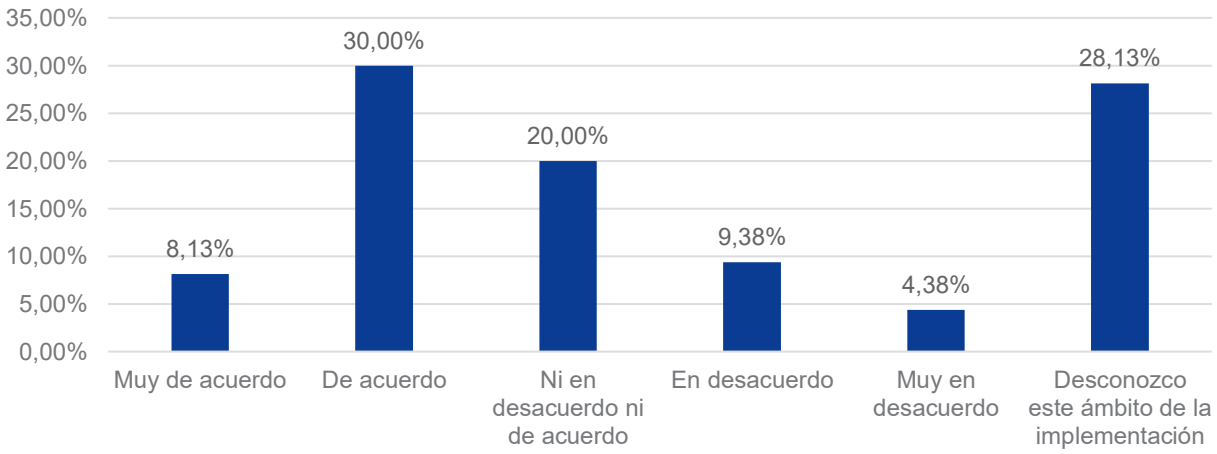
Se observa que un porcentaje mayor al 57% está de acuerdo con que se consideran las características de la población usuaria en la programación, y sólo un 5% respondió que no se consideraban (3,75% en desacuerdo y 1,25% muy en desacuerdo). Es importante destacar que el 25,63% de los y las encuestadas desconocen este ámbito de la implementación de la ECICEP.

Gráfico 24 *La población usuaria y sus características son consideradas en la programación*



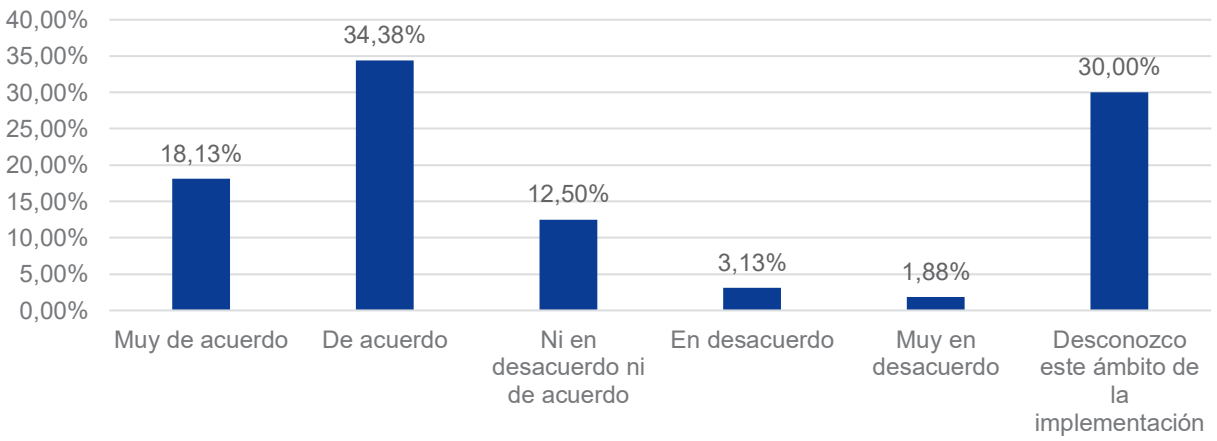
En el ámbito de factibilidad del cumplimiento de las metas, se observa en los resultados que el 30% está de acuerdo con que son factibles, mientras que un 8,13% está muy de acuerdo con la afirmación. Desde el plano de lo neutral, el 20% está ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 28,13% desconoce este ámbito de la implementación. Por otra parte, las percepciones negativas respecto a la factibilidad de cumplimiento de las metas corresponden a 9,38% en desacuerdo y el 4,38% muy en desacuerdo.

Gráfico 25 *Las metas son factibles de cumplir en la programación*



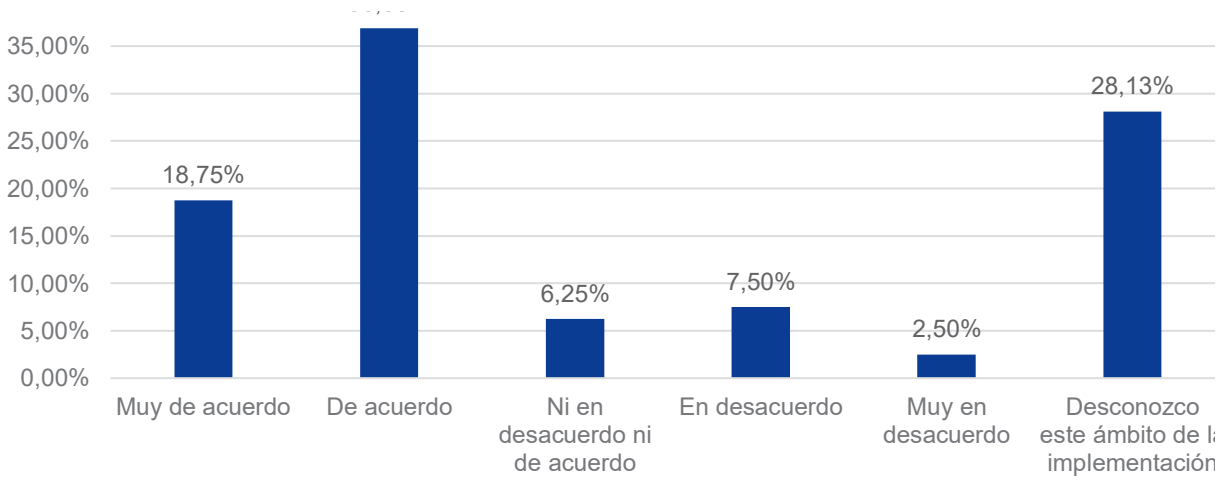
En relación con el diseño de las actividades, un porcentaje mayor al 52% está de acuerdo con la afirmación de que la cobertura es considerada, mientras que el 5% considera que no lo es. Por otra parte, el 30% desconoce este ámbito de la implementación y el 12,5% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con lo planteado.

Gráfico 26 *La cobertura es considerada en el diseño de las actividades*



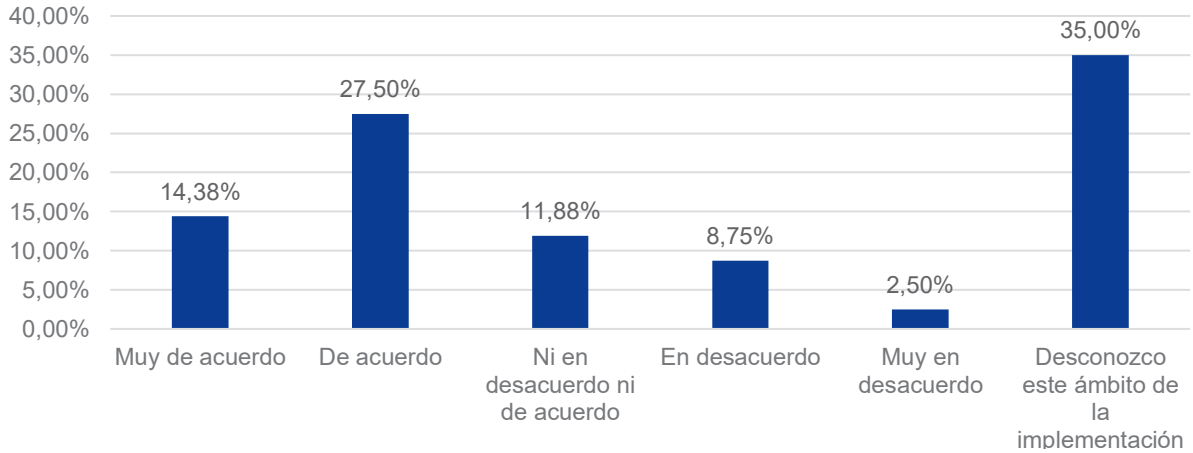
El rendimiento estimado de las actividades es correspondiente a la actividad para el 55%, mientras que, por otra parte, las posiciones negativas frente a la afirmación sólo alcanzaron un 10%. Las percepciones neutrales frente a esta afirmación sólo alcanzaron un 6,25% de los y las encuestadas, mientras que el 28,13% desconoce este ámbito de la ECICEP.

Gráfico 27 *El rendimiento estimado es correspondiente a la actividad*



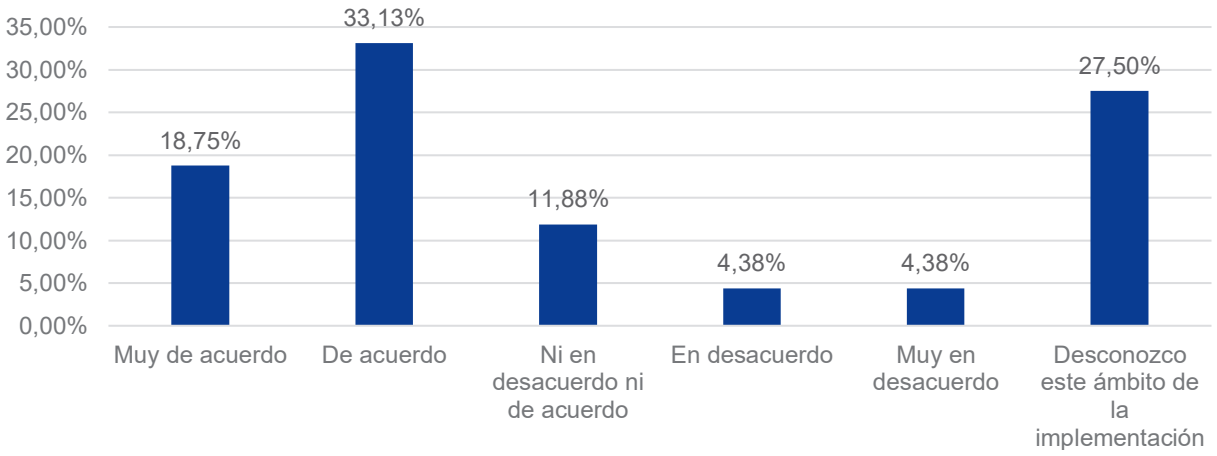
Es importante destacar que el 35% de los y las encuestadas desconocen si las horas/días requeridos son correspondientes a las actividades de la programación, siendo este porcentaje el más alto. Por otra parte, sobre el 41% de los y las encuestados/as afirma que existe una correspondencia de las horas/días en la programación de las actividades, mientas que el 11,25% afirma que no la hay.

Gráfico 28 *Las horas día requerido son correspondientes a las actividades de la programación*



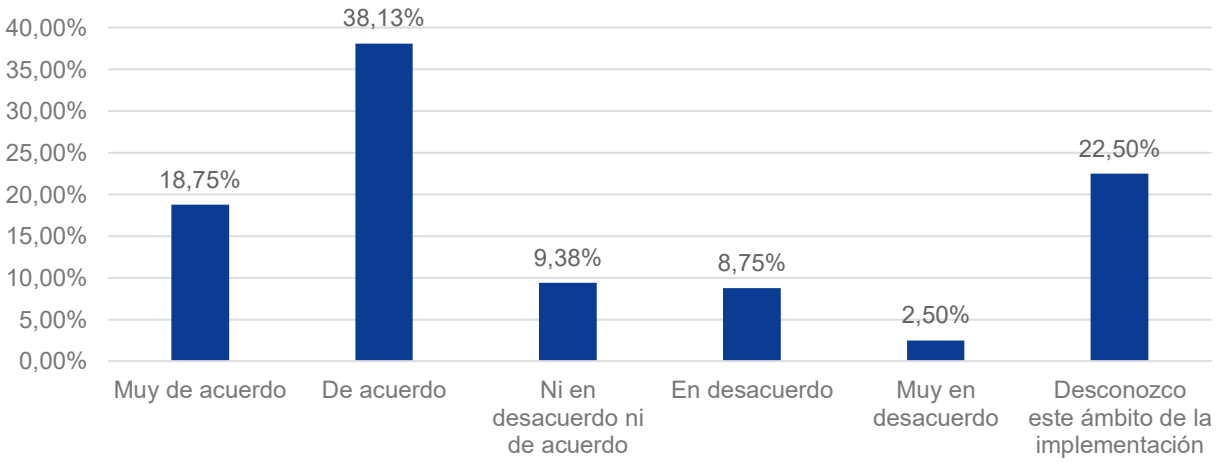
Se observa que sobre el 41% de los y las encuestadas consideran que la concentración de las actividades es adecuada para evitar la sobreintervención. Por otra parte, un porcentaje menor al 12% señala lo contrario. Sin embargo, es el 35% de los y las encuestadas desconocen este ámbito de la implementación de la ECICEP.

Gráfico 29 *La concentración es adecuada para evitar la sobreintervención*



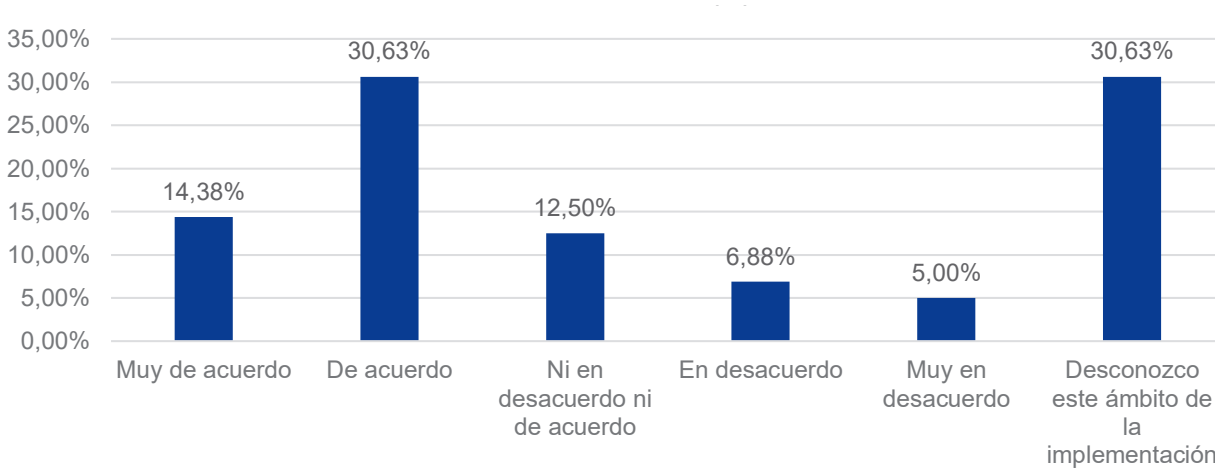
En el ámbito de la continuidad de la atención en dupla, las percepciones positivas sobre esta continuidad alcanzaron un 18,75% muy de acuerdo y de acuerdo en un 38,13% (siendo éstas combinadas sobre el 56%); mientras que por otra parte, sólo el 11,25% declaró que no hay una continuidad de la atención en dupla. Nuevamente, es importante destacar que el 22,5% de los y las encuestadas desconocen este ámbito de la implementación.

Gráfico 30 *Existe una continuidad de la atención en dupla*



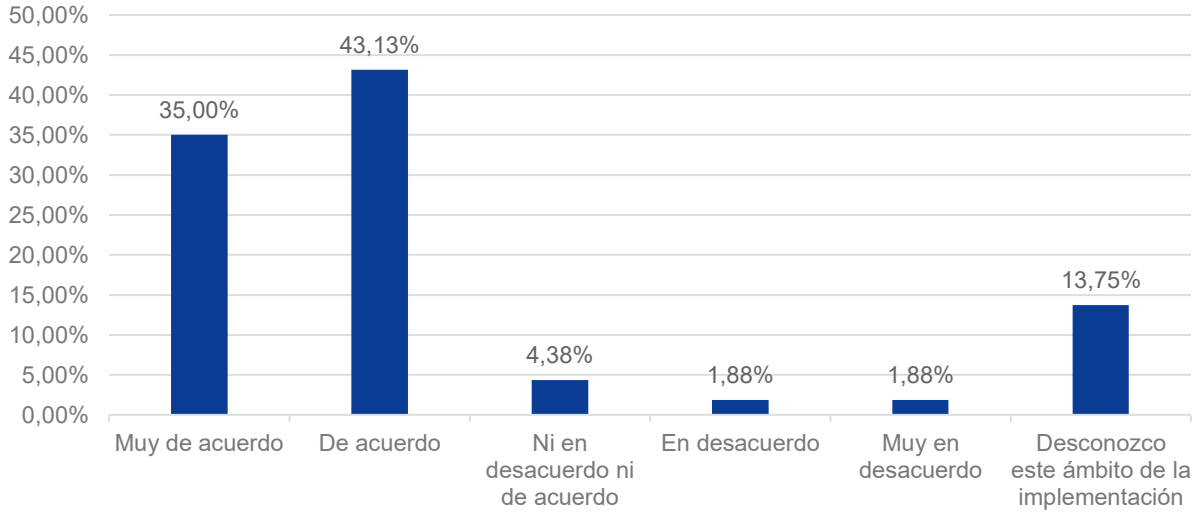
Respecto de si la cantidad de atenciones son suficientes para cada usuario/a, el 30,63% de los y las encuestadas están de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 14,38% señala estar muy de acuerdo. En cambio, las posiciones negativas en desacuerdo y muy en desacuerdo alcanzaron un 6,88% y un 5,00% respectivamente. Por otra parte, el 30,63% señala desconocer este ámbito de la implementación.

Gráfico 31 *La cantidad de atenciones en dupla son suficientes para cada usuario(a)*



Hay un alto porcentaje (sobre el 78%) de los y las encuestadas que afirman que las actividades son realizadas por los integrantes del CESFAM de acuerdo con su perfil de cargo, siendo las posiciones negativas inferiores al 4%, así como el desconocimiento de este ámbito fue menor al 14% de los y las encuestadas.

Gráfico 32 *Las horas día requerido son correspondientes a las actividades de la programación*

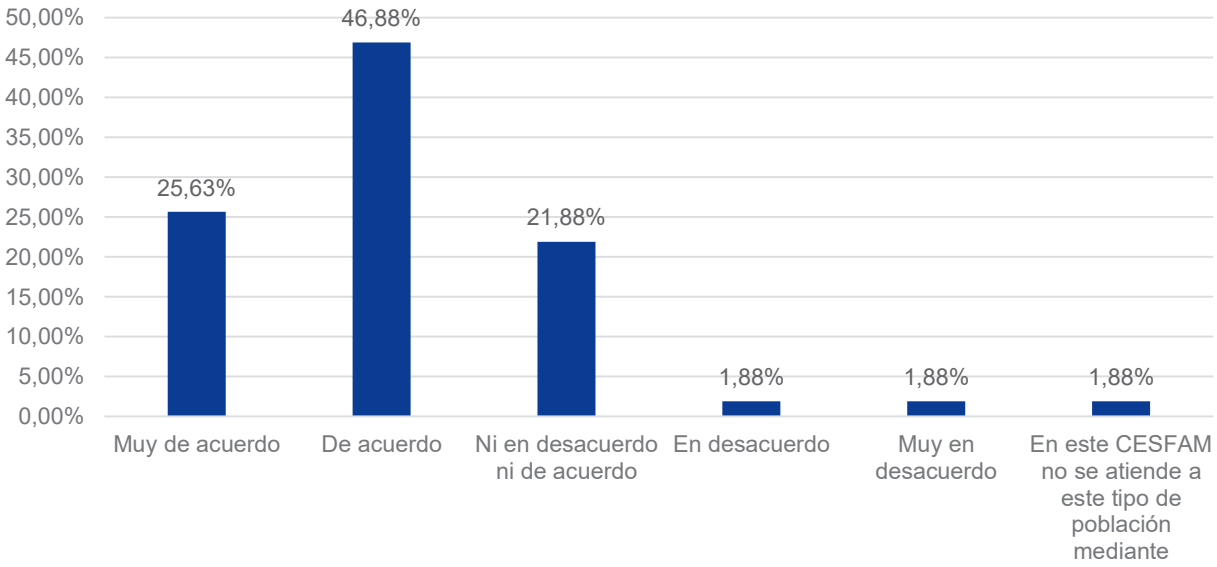


Efectividad de ECICEP.

En este punto de la evaluación, se destacan los resultados respecto a la mejora de la atención, así como calidad, control y efectividad de la ECICEP a nivel general. En este ámbito la muestra se redujo de 160 a 157 personas en la atención de la población G3, de 160 a 150 personas en la G2 y de 160 personas a 136. Esta diferencia se debió a que en los CESFAM no se atendía mediante ECICEP a una determinada categoría.

Gráfico 33

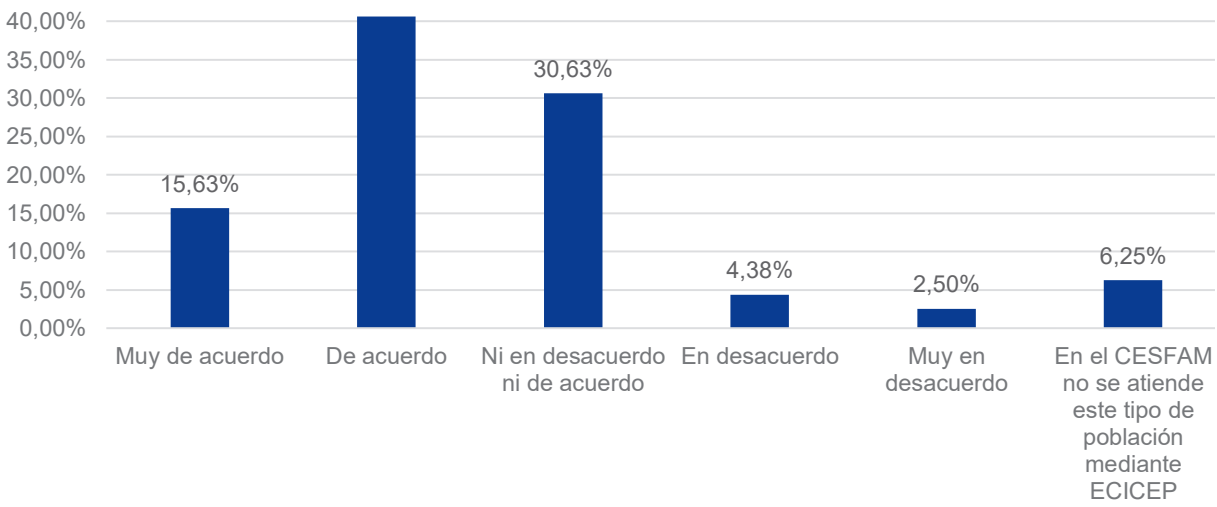
La implementación ha mejorado la atención en la población G3 (alto riesgo)



Se puede observar una percepción positiva respecto a la mejora de la atención en la población de alto riesgo (G3), estando el 48% de acuerdo con la afirmación, el 26% muy de acuerdo, y por otra parte, el 22% asume una posición neutral frente a ésta. Por otra parte, las percepciones negativas alcanzaron un porcentaje de un 4%.

Gráfico 34

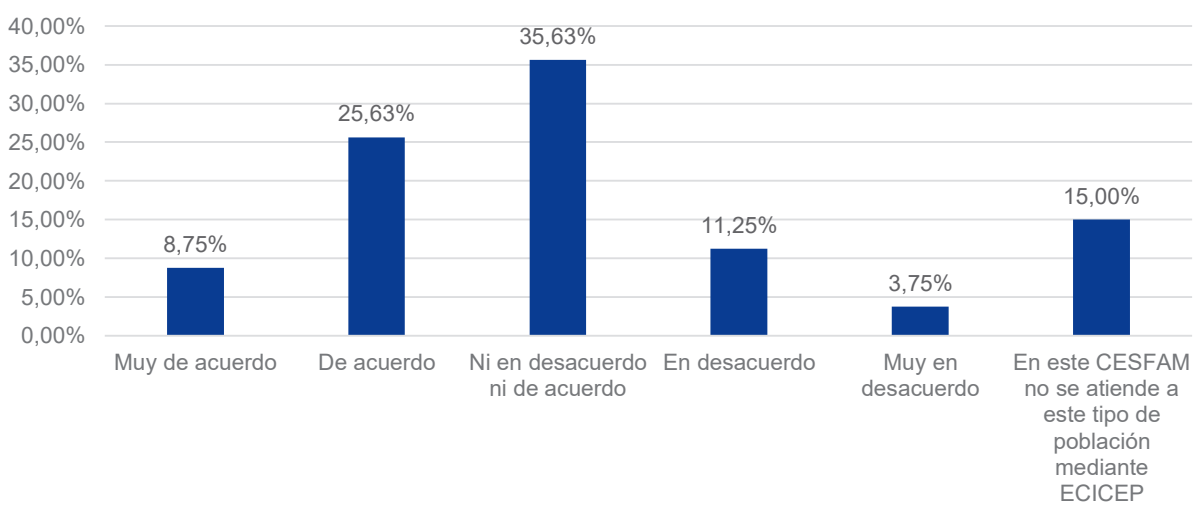
La implementación ha mejorado la atención en la población G2 (riesgo moderado)



Respecto a la mejora de la atención en la población G2, las percepciones de los y las integrantes de los equipos son positivas en un 60% (43% de acuerdo y 17% muy de acuerdo), mientras que las percepciones negativas sólo alcanzaron un 8%. Las posiciones neutrales respecto a la mejora de la atención corresponden al 30,33% de la población encuestada.

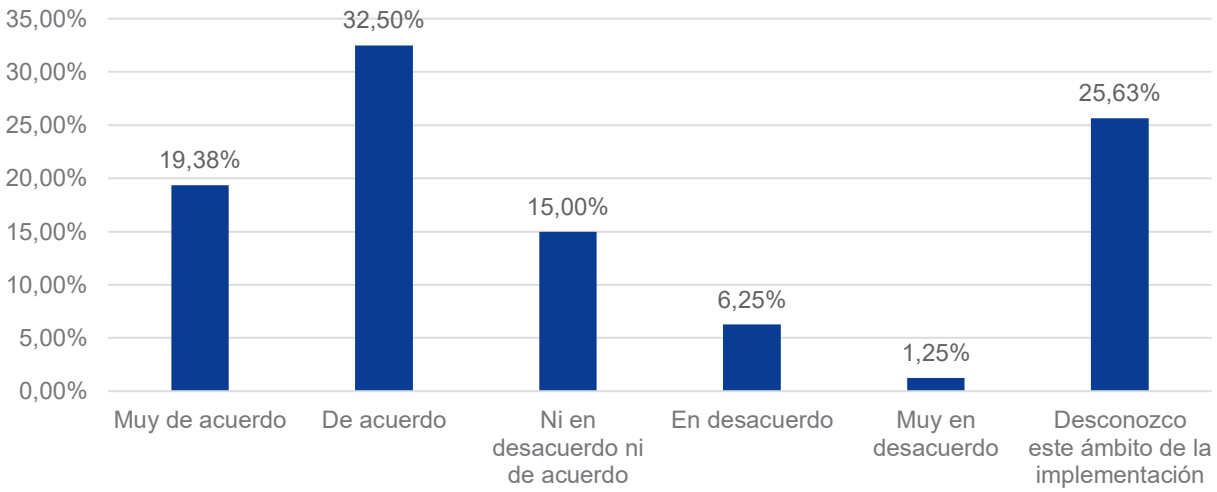
Gráfico 35

Las horas día requerido son correspondientes a las actividades de la programación



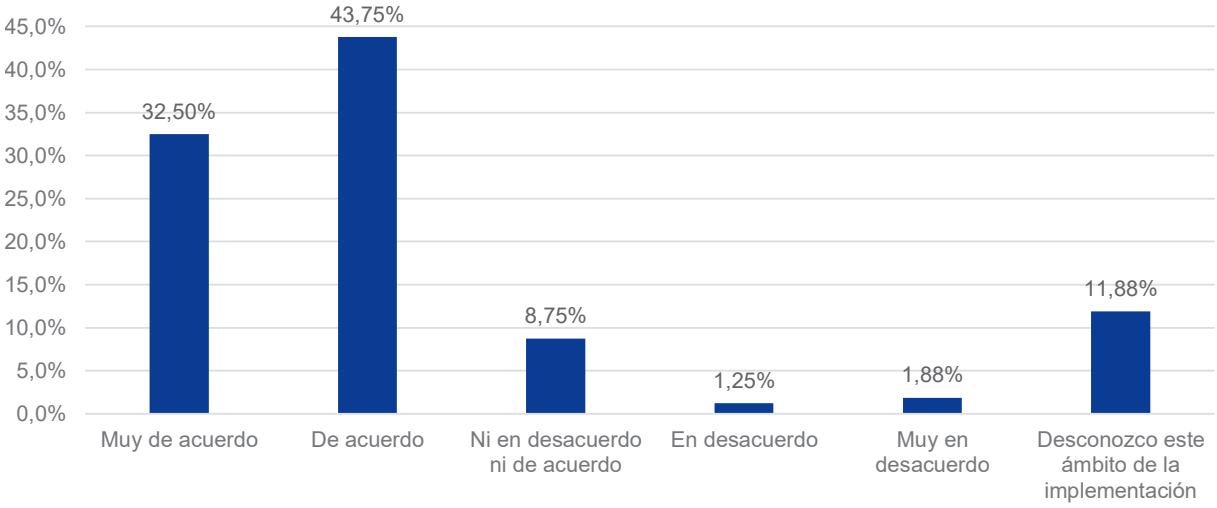
Con relación a la mejora de la atención de la población G1 (riesgo leve), es importante destacar que las posiciones neutrales corresponden a los porcentajes más altos (42%); mientras que las posiciones positivas respecto a la mejora de la atención alcanzaron un 30% de acuerdo y 10% muy de acuerdo; mientras que las posiciones negativas corresponden a un 13% (en desacuerdo) y 4% (muy en desacuerdo).

Gráfico 36 *La calidad de la intervención está por sobre el cumplimiento de las metas*



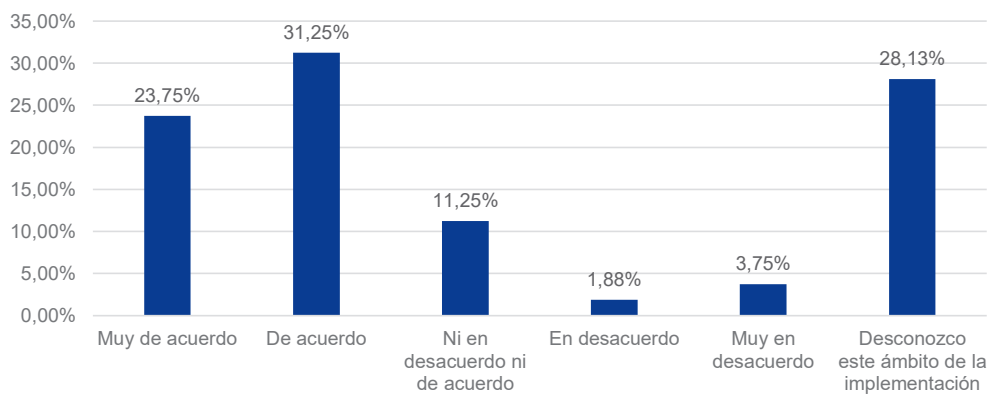
Las opiniones positivas respecto a que la calidad de la intervención está sobre las metas, alcanzó un 32,5% en la opción de acuerdo, y 19,38% muy de acuerdo, mientras que las percepciones negativas alcanzaron un 7,5%. Se destaca que el 25,63% desconoce este ámbito de la implementación.

Gráfico 37 *Las intervenciones en dupla permiten mejorar el control de comorbilidades*



Con relación al control de comorbilidades mediante la intervención en dupla, el 76,25% afirma que se han mejorado, mientras que un porcentaje menor al 3,2% señala lo contrario. Por otra parte, el 11,88% de los y las encuestadas afirman desconocer este ámbito de la implementación.

Gráfico 38 *El seguimiento a distancia (contacto telefónico) ha sido efectivo en la ECICEP*

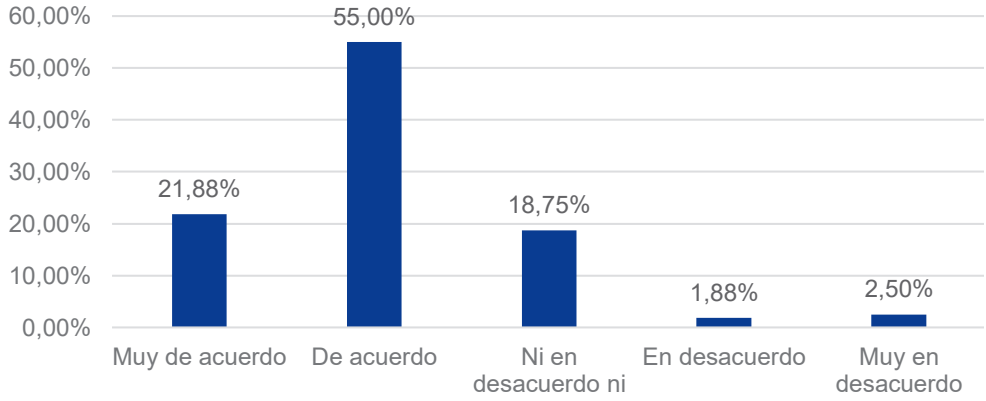


Respecto a la efectividad del seguimiento a distancia, el 31,25% de los y las encuestadas señalan estar de acuerdo con que el seguimiento mediante contacto telefónico ha sido efectivo, así como el 23,75% está muy de acuerdo con lo planteado. Por otra parte, el 3,75% está muy en desacuerdo con que el contacto telefónico ha sido efectivo, y el 28,13% desconoce este ámbito de la implementación.

Satisfacción con la implementación de la ECICEP.

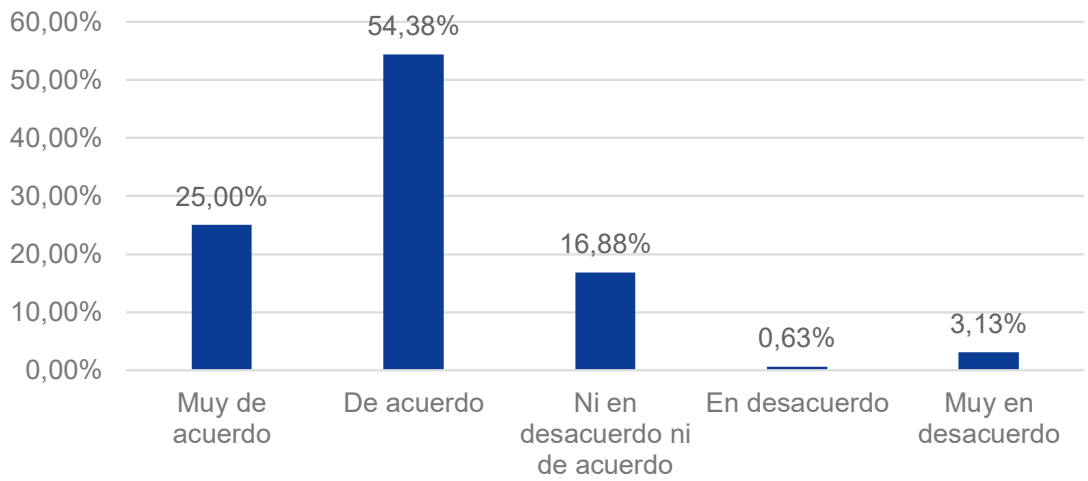
En cuanto a las percepciones de satisfacción general con respecto a la implementación de la ECICEP, los siguientes resultados exponen la relación con el usuario, calidad de atención y satisfacción respecto a la implementación de la ECICEP en los CESFAM.

Gráfico 39 *La implementación ha permitido mejorar la relación con el usuario*



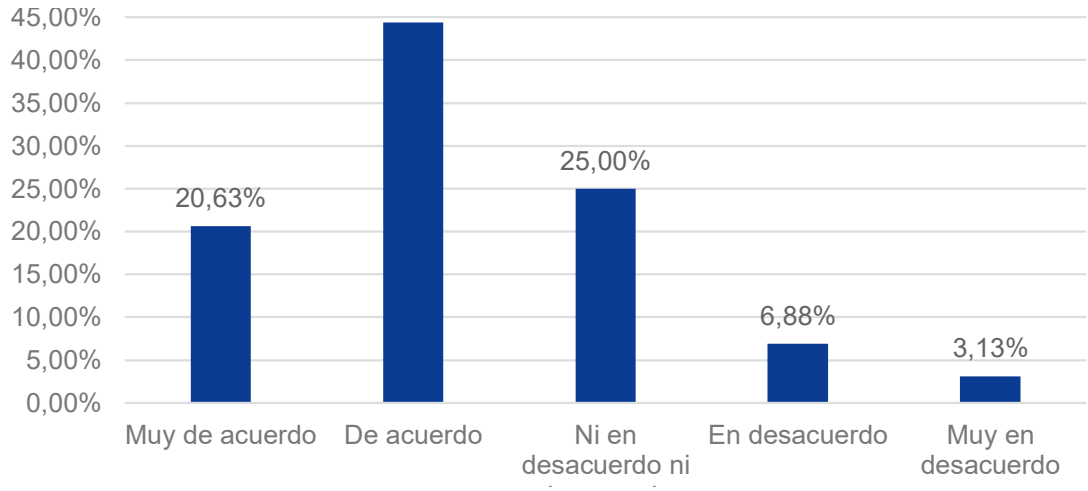
Se observa que existen percepciones positivas de los y las integrantes de los CESFAM con relación a la mejora en la relación con el usuario a partir de la implementación de la ECICEP, estando muy de acuerdo el 21,88% y de acuerdo el 55,00% de los y las encuestadas. Por otra parte, las percepciones negativas no superan el 4,5%.

Gráfico 40 *La implementación ha mejorado la calidad de la atención*



Se observa que sobre el 79% está de acuerdo que se ha mejorado a través de la implementación de la ECICEP, y el 16,88% está ni en desacuerdo ni de acuerdo. Por el contrario, las percepciones respecto a que no ha mejorado la calidad de la atención alcanzaron un 0,63% en la opción desacuerdo y 3,13% muy en desacuerdo.

Gráfico 41 *Estoy satisfecho (a) con los avances que ha tenido la ECICEP en mi CESFAM*



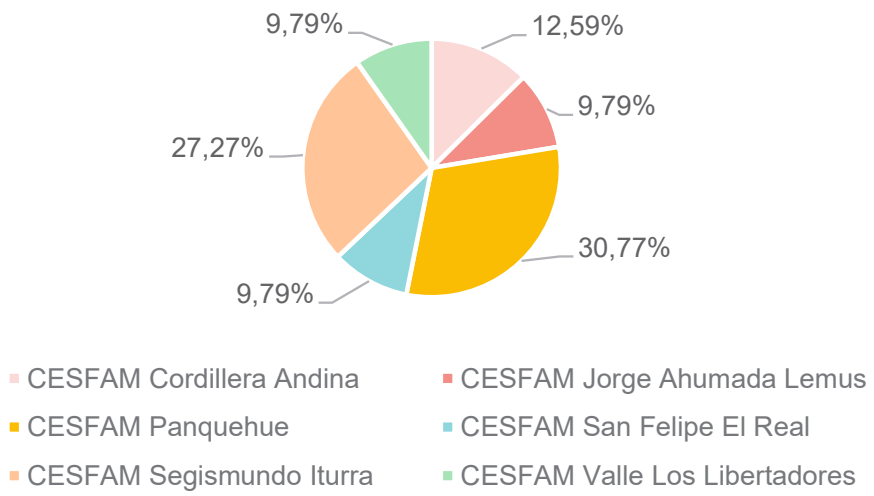
Respecto a la satisfacción de los integrantes de los equipos ECICEP en cuanto los avances de esta estrategia, éstos manifiestan estar muy de acuerdo en un 20,63% y de acuerdo en un 44,38. Quienes consideran no están ni de acuerdo ni en desacuerdo corresponden al 25% y finalmente, las posiciones de insatisfacción corresponden a un 6,88% (en desacuerdo) y 3,13% (muy en desacuerdo).

Resultados de encuestas a usuarios/as de la ECICEP.

Características generales

Dentro de los aspectos generales de las características de la población usuaria encuestada, ésta se compuso por un total de 143 personas, perteneciendo principalmente al CESFAM Panquehue, con un 30,77% y un 27,27% del CESFAM Segismundo Iturra. Por otra parte, los porcentajes menores corresponden a los CESFAM San Felipe El Real, CESFAM Jorge Ahumada Lemus y CESFAM Valle Los Libertadores, todos con un 9,79%.

Gráfico 42 *¿A qué CESFAM pertenece?*



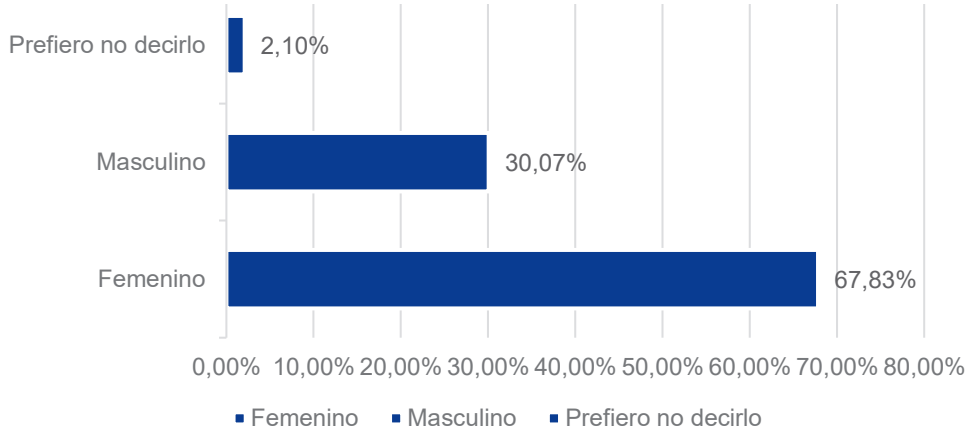
Composición demográfica de los/as usuarios/as e ingreso a la ECICEP.

Sexo de la población total encuestada

Respecto al total de 143 personas encuestadas, el 67,83% corresponde al sexo femenino, y un 30,07% masculino, mientras que el 2,1% no indicó sexo.

Gráfico 43

¿Cuál es su sexo?



Edad de la población total encuestada.

Respecto a los tramos etarios, se observa un predominio de personas mayores de 65 años dentro de los usuarios de la ECICEP, siendo su porcentaje de un 45,45%; mientras que de 55 a 64 años corresponden a un 37,76%. Por otra parte, de 18 a 24, 25 a 34 y de 35 a 44 años sólo alcanzaron un 0,7% respectivamente.

Gráfico 44

¿Cuál es su edad?

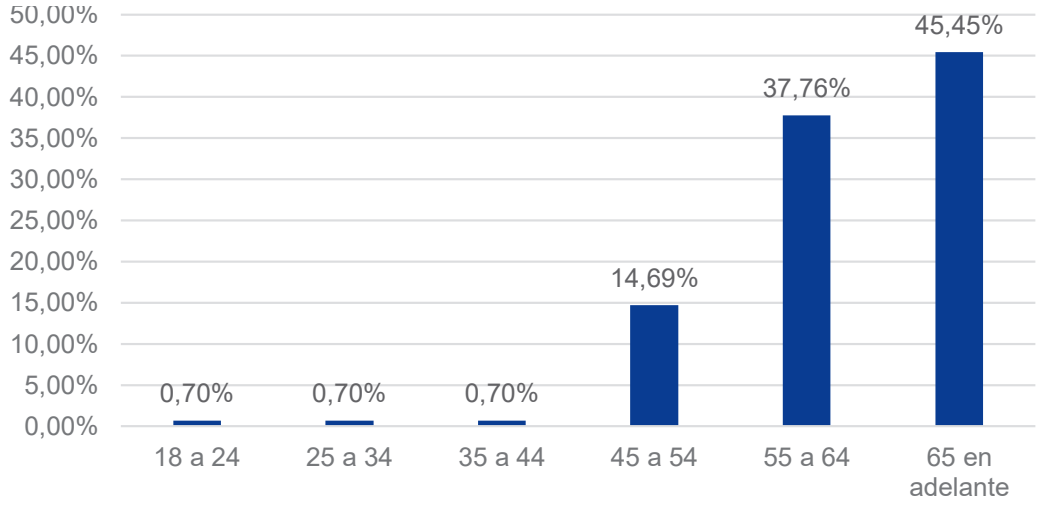
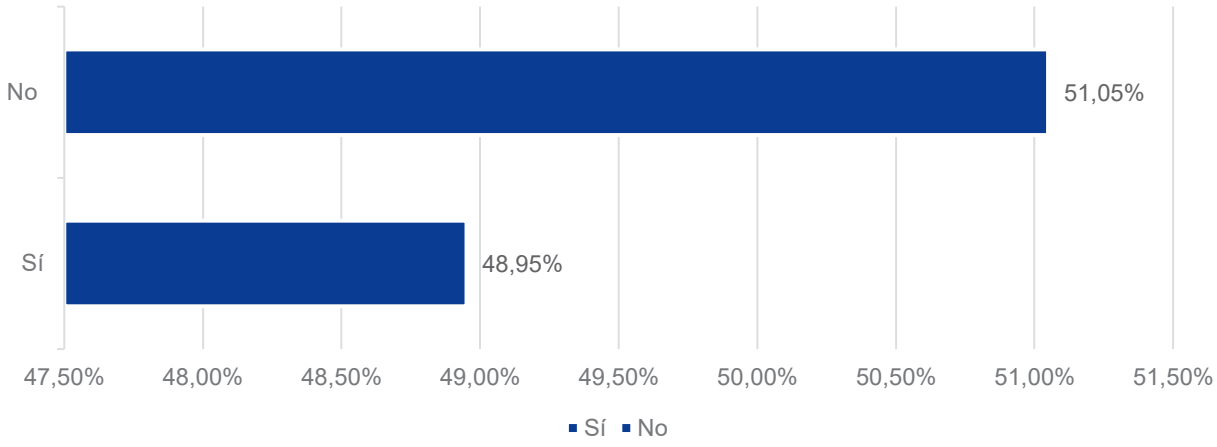
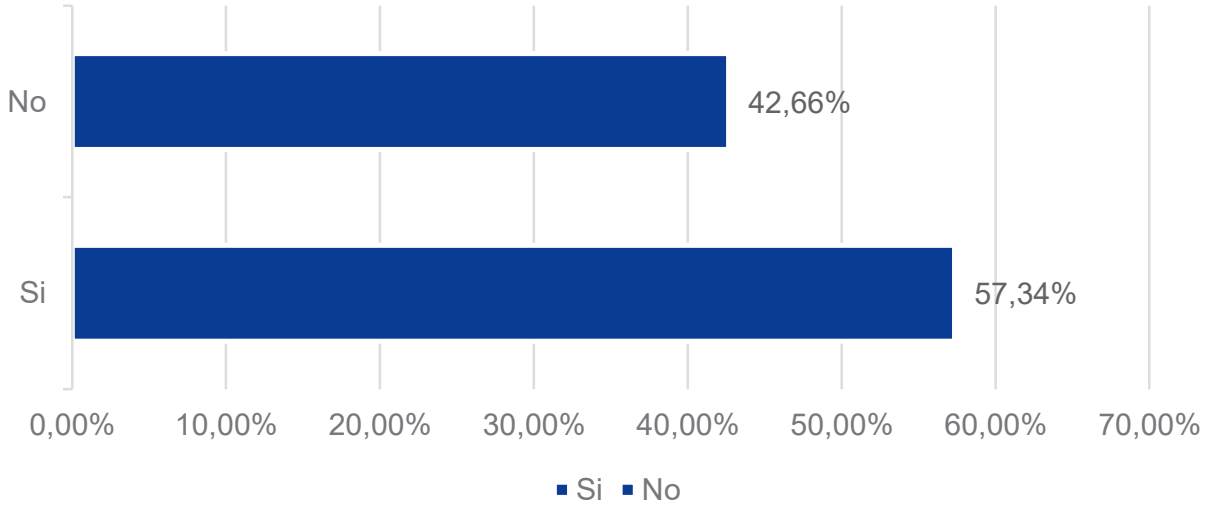


Gráfico 45 *¿Conoce la existencia de la ECICEP?*



Respecto al conocimiento de la ECICEP, el 51,05% no conoce la estrategia, mientras que un 48,95% sí señala conocerla.

Gráfico 46 *¿Actualmente es usuario de la ECICEP?*

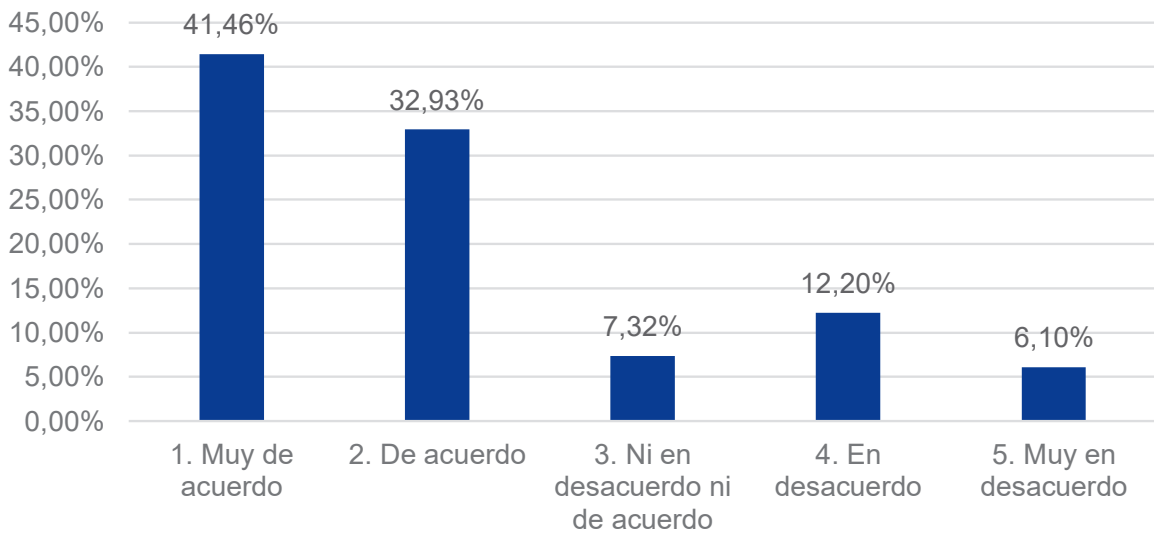


De la población encuestada el 57,34% es usuario/a actualmente, lo que corresponde a 82 personas. Por otra parte, quienes no son en la actualidad usuario de ECICEP son el 42,66% o 61 personas.

Conocimientos respecto a la ECICEP.

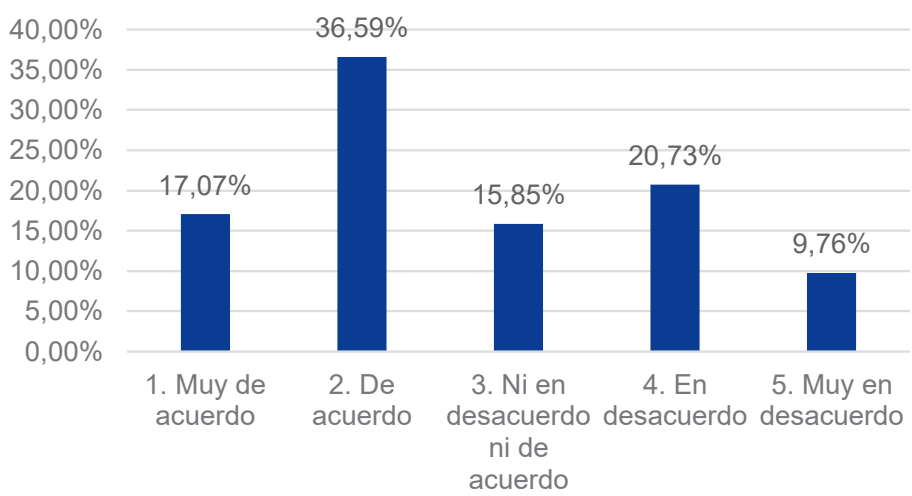
En cuanto al conocimiento de las razones del ingreso, el 41,46% señala estar muy de acuerdo con conocer éstas y un 32,93% está de acuerdo con la afirmación. Por otra parte, quienes declaran no conocer estas razones alcanzaron un 18,3%.

Gráfico 47 *Conozco las razones de mi ingreso a la ECICEP en mi CESFAM*



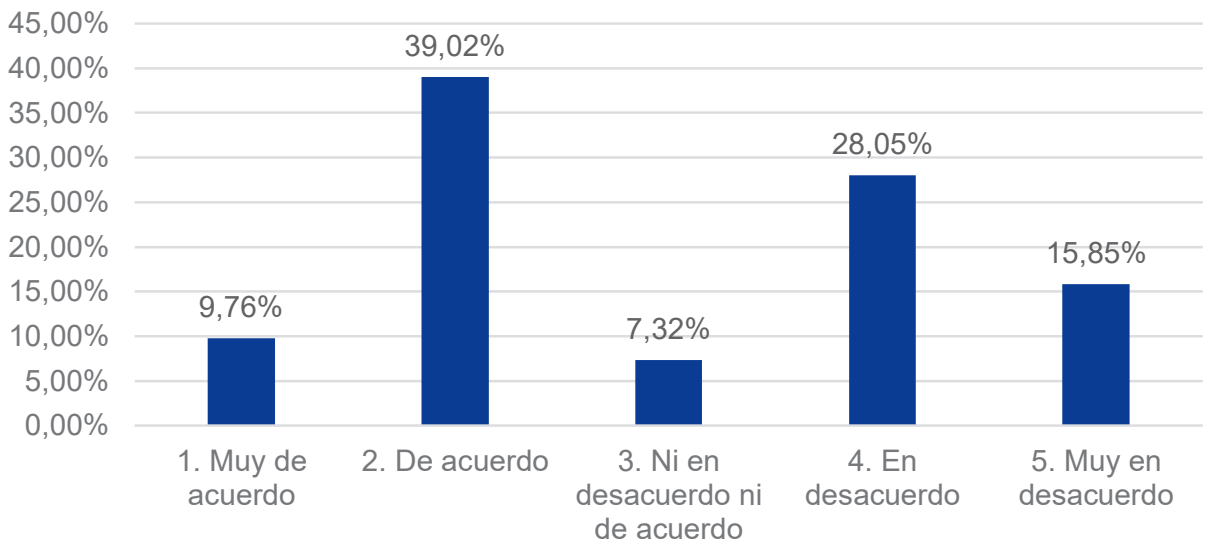
La población que dice conocer el funcionamiento de la ECICEP en su correspondiente CESFAM alcanzó un 53,66%, mientras quienes desconocen el funcionamiento corresponden a un total de un 30,49%. Por otra parte, el 15,85% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con tener un conocimiento sobre el funcionamiento.

Gráfico 48 *Conozco el funcionamiento de la ECICEP en mi establecimiento*



Respecto al conocimiento sobre las prestaciones de la ECICEP, se puede observar que el 43,9% reconoce desconocer éstas, mientras que un 48,78% reconoce tener conocimientos sobre las prestaciones de esta estrategia.

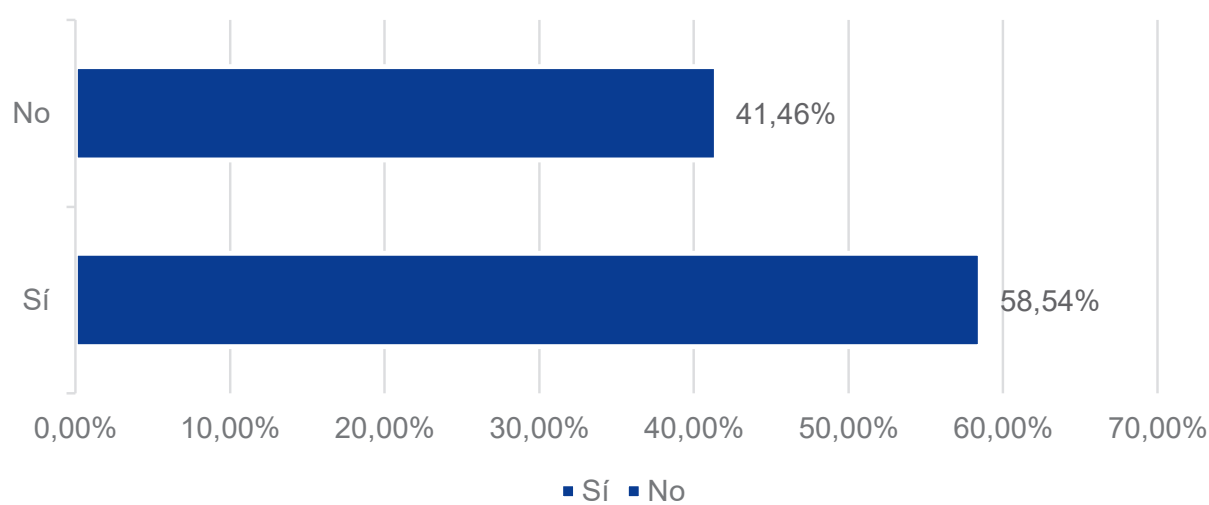
Gráfico 49 *Tengo conocimiento sobre las prestaciones de la ECICEP*



Percepciones de funcionamiento de la estrategia

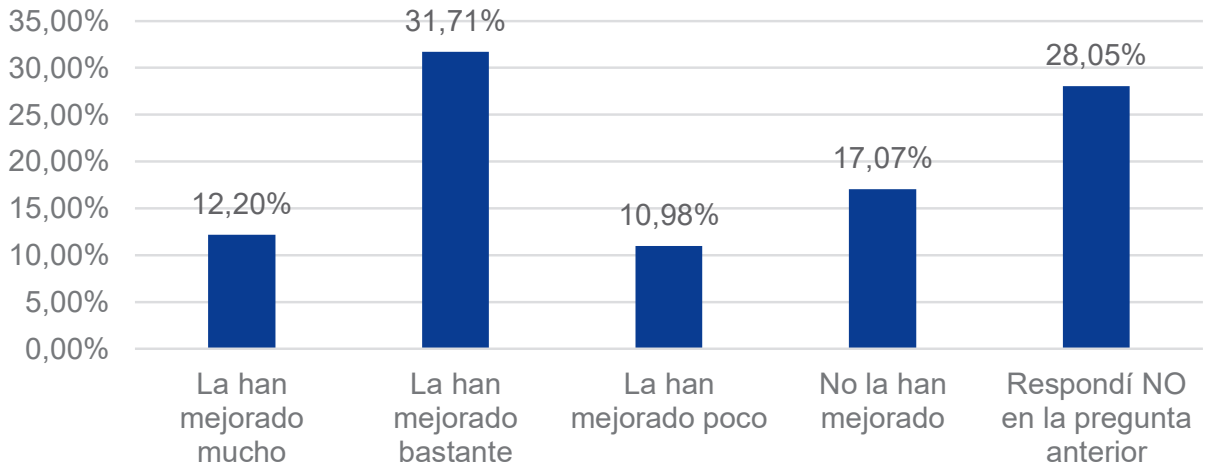
Se observa que el 58,54% ha recibido llamados telefónicos para ser consultados/as sobre el estado de salud de los y las usuarias, mientras que un 41,46% no las han recibido.

Gráfico 50 *¿Han llamado a usted vía telefónica para consultarle sobre su estado de salud?*



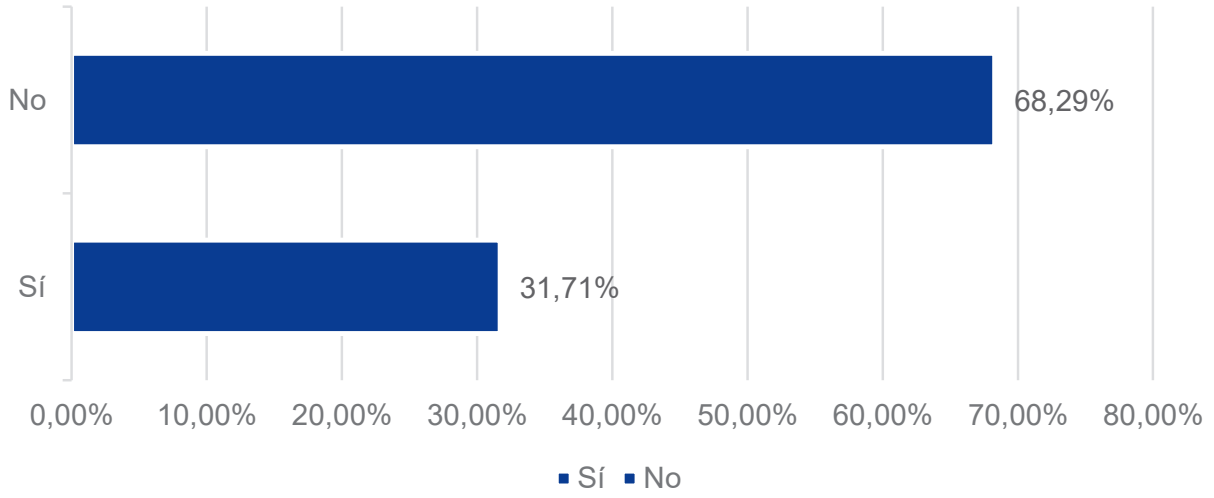
En las personas que han sido llamadas telefónicamente se percibe una mejora del estado de salud en el 12,20% que considera que ha mejorado mucho, y un 31,71% que ha mejorado bastante. Por otra parte, el 10,98% señala que la han mejorado poco y un 17,07% no la han mejorado y el 28,05% respondió que no en la pregunta anterior.

Gráfico 51 *En caso de responder sí en la pregunta anterior, ¿los llamados han permitido mejorar su estado de salud*



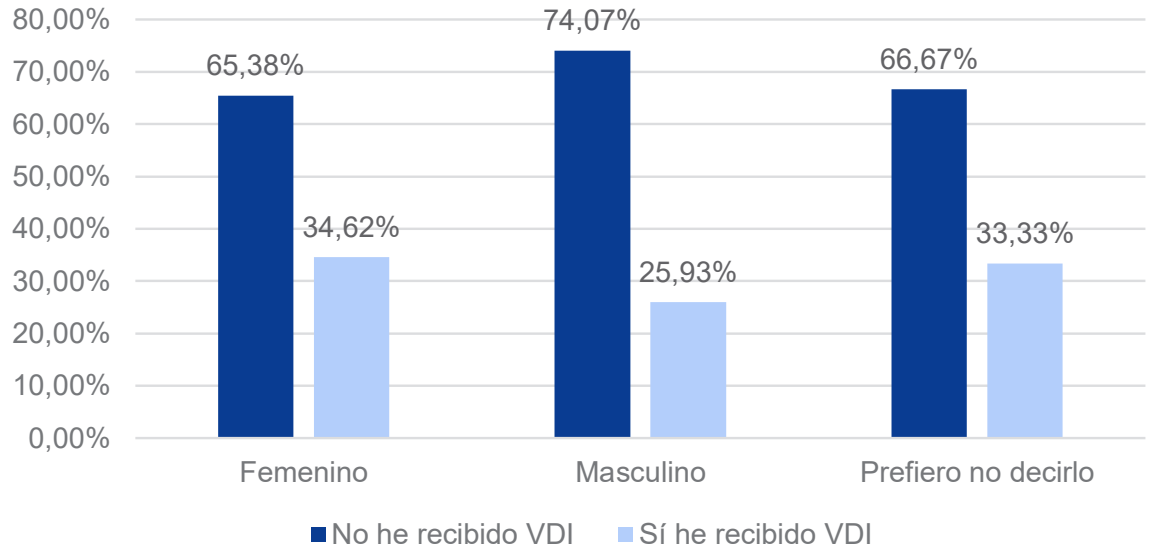
En cuanto a las visitas domiciliarias, se observa que el 31,71% ha recibido visitas, mientras que el 68,89% no han recibido.

Gráfico 52 *En el último año, ¿Ha recibido Visitas Domiciliarias por parte de los equipos de salud?*



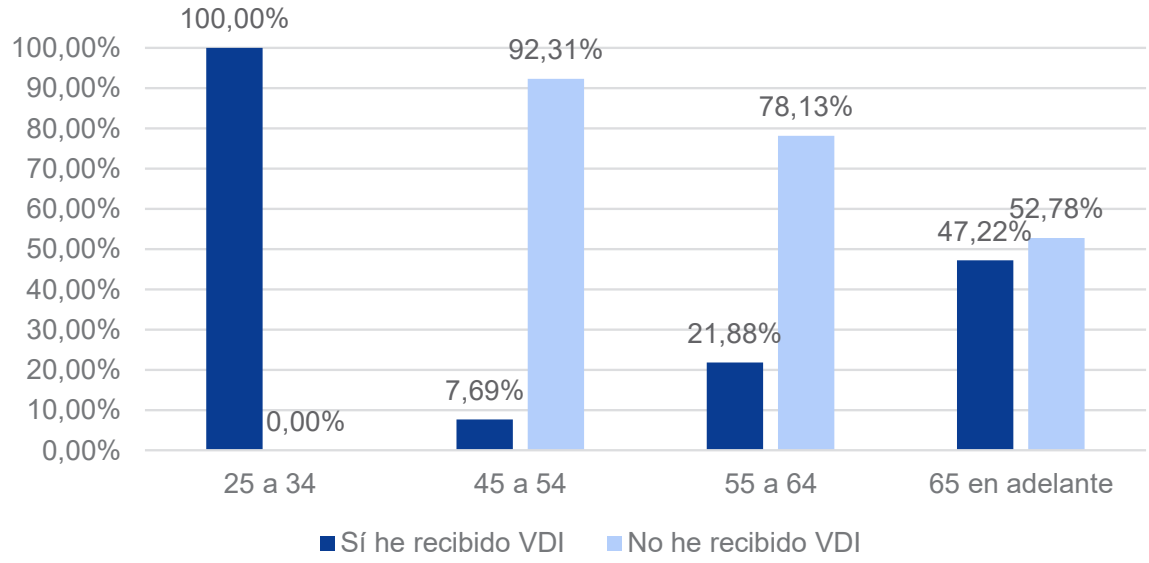
Con relación a las VDI por sexo, se observa que el sexo masculino ha recibido menores visitas, con un 25,93%, mientras que el sexo femenino alcanzó un 34,62%. En cuanto a la falta de visitas, el 74,07% de los hombres señala que no lo han visitado y el 65,38% de las mujeres reconocen no haber recibido VDI. En el caso de quienes no indican su sexo, el 66,67% no ha tenido visitas y el 33,33% sí las ha tenido.

Gráfico 53 *Visitas Domiliciarias Integrales vs Sexo*



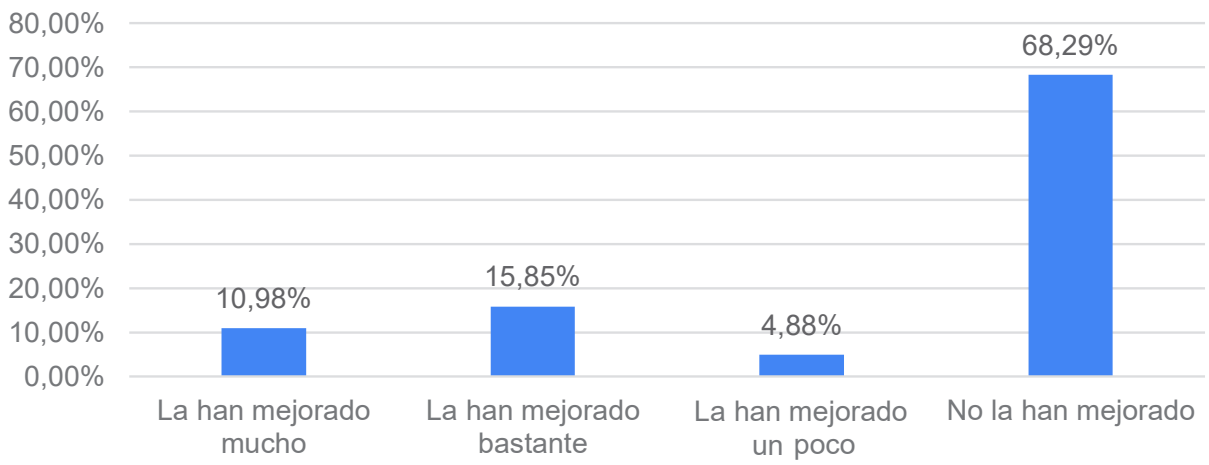
En el caso de las VDI por edad, el tramo de 25 a 34 años, el 100% ha tenido visitas, mientras que el tramo de 45 a 54 años sólo el 7,69% sí ha tenido VDI. En el caso de los 55 a 64 años, el 21,88% ha tenido visitas y finalmente, de los 65 en adelante, el 47,22% ha recibido VDI.

Gráfico 54 *¿Han llamado a usted vía telefónica para consultarle sobre su estado de salud?*



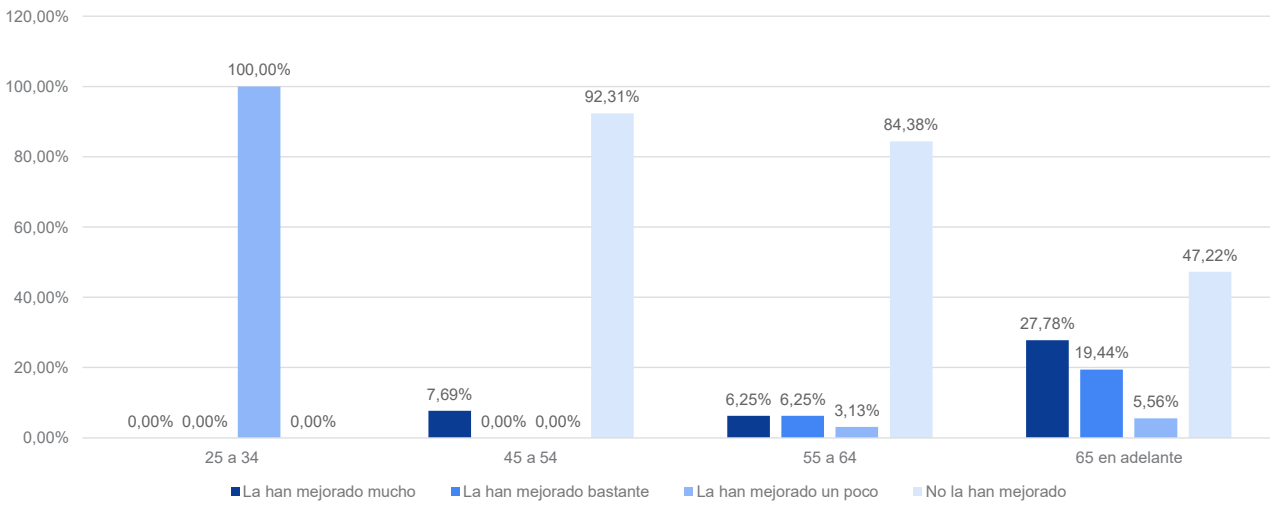
En cuanto a la mejora del estado de salud a través de las VDI, se opina que no la han mejorado, según el 68,29% de los y las encuestadas. Por otra parte, sólo un 10,98% señala que la han mejorado mucho, un 15,85% la han mejorado bastante y un 4,88% la han mejorado poco.

Gráfico 55 *En caso de responder Sí, ¿las visitas domiciliarias han permitido mejorar su estado de salud?*



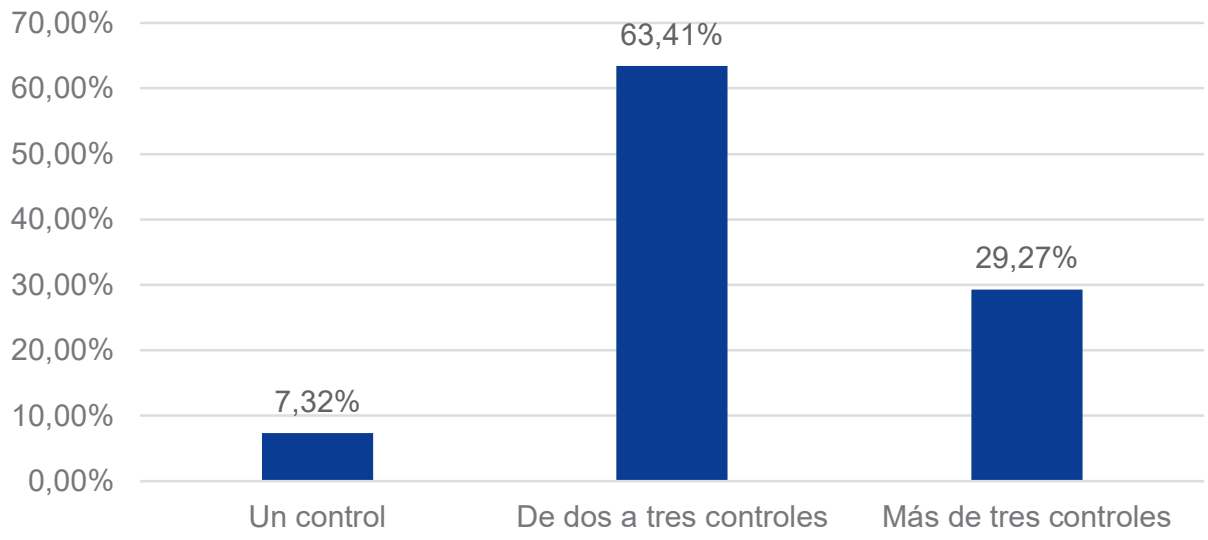
En la distribución por tramo etario, se observa que el 92,31% de las personas de 45 a 54 años señala que las VDI no han permitido mejorar su estado de salud, lo mismo que el 84,38% de las personas de 55 a 64 años y el 47,22% de 65 en adelante.

Gráfico 56 *Mejora del estado de salud y VDI por edad*



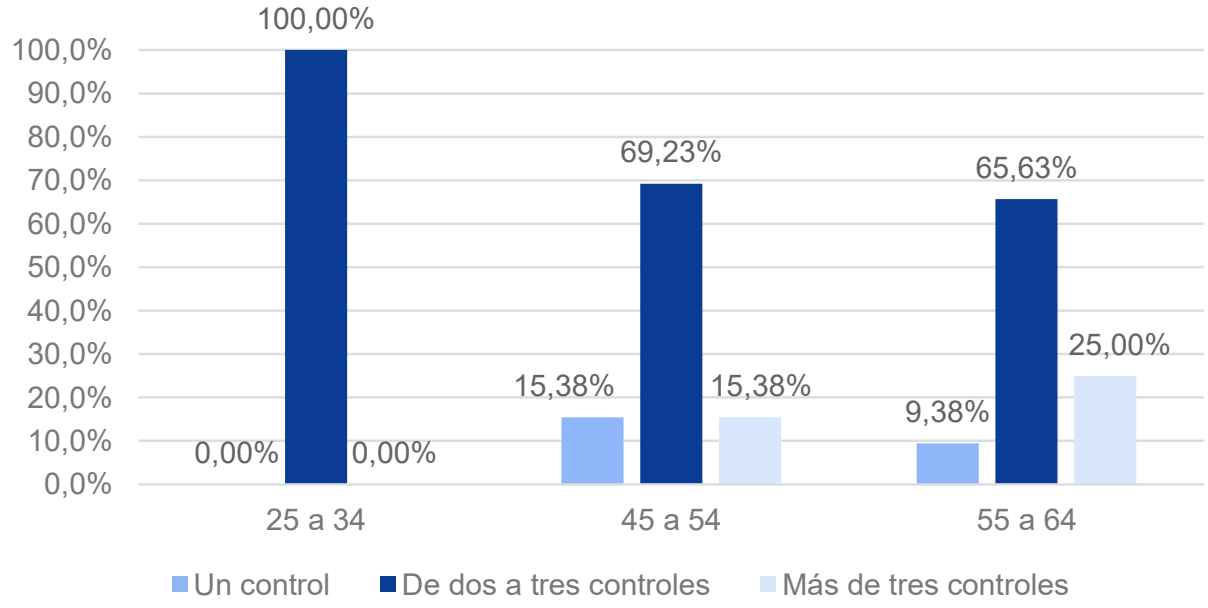
En cuanto al número de controles, se observa que en el último año el 63,41% ha accedido de dos a tres controles, mientras que un 29,27% a más de tres controles y sólo el 7,32% ha accedido a un control.

Gráfico 57 *En el último año, ¿a cuántos controles ha accedido?*



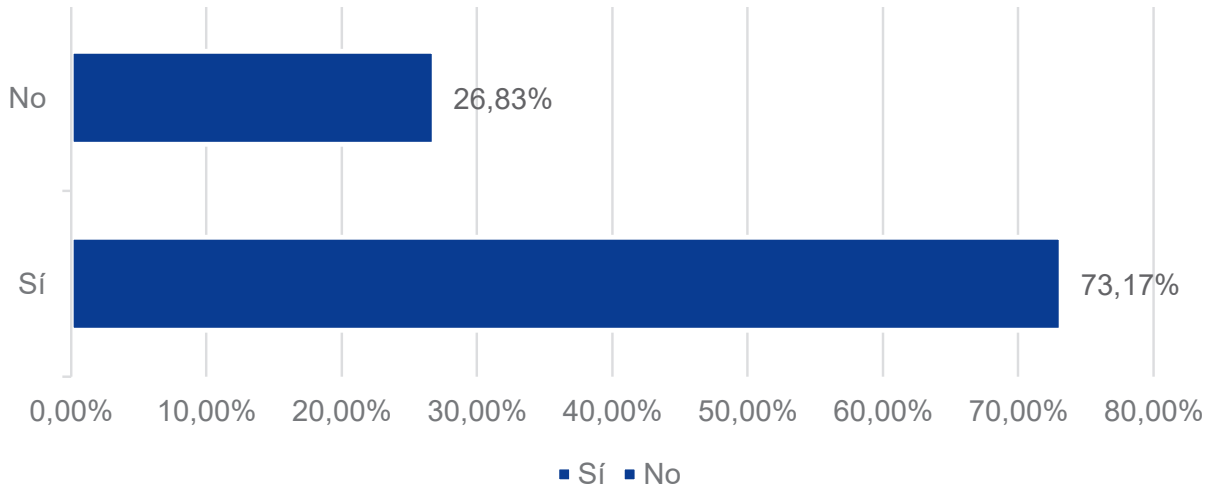
En el caso del número de controles de acuerdo a los tramos etarios, se observa que, en el tramo de 25 a 34 años, el 100% ha asistido de dos a tres controles, así como el 69,23% en el tramo de 45 a 54 y el 65,63% en el de 55 a 64%. Quienes han accedido al mayor número de controles corresponde al tramo de 55 a 64 años con un 25%.

Gráfico 58 *Número de controles por tramo etario*



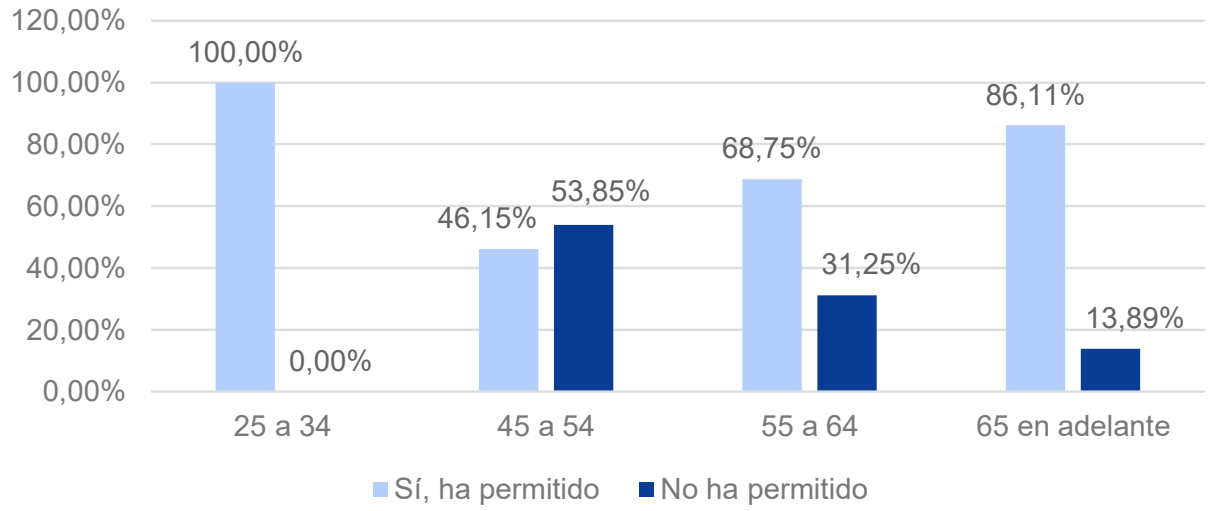
En cuanto a la opinión acerca de si los controles permiten mantener un buen estado de salud, el 73,17% de los y las encuestadas señalan que sí, mientras que un 26,83% señala lo contrario.

Gráfico 59 *¿Considera que este número de controles le permite mantener un buen estado de salud?*



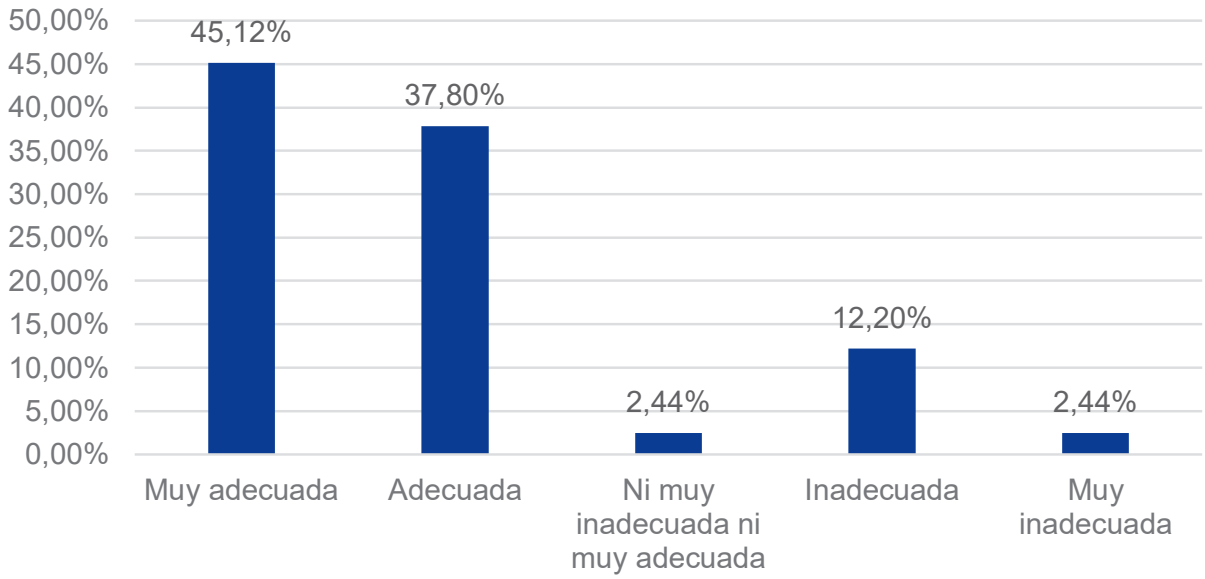
El tramo de 45 a 54 años afirma que no son suficientes los controles para mantener un buen estado de salud en un 53,85% de los y las encuestadas, así como también en el 31,25% de 55 a 64 años y un 13,89% de 65 en adelante. Por otra parte, se observa que el 100% de los y las encuestadas de 25 a 34 consideran que son suficientes, así como el 86,11% de 65 en años en adelante y el 68,75% de 55 a 64 años. En el caso del tramo de 45 a 54 años, sólo el 46,15% señala que son suficientes controles para mantener un buen estado de salud.

Gráfico 60 *Mantenimiento de buen estado de salud y controles*



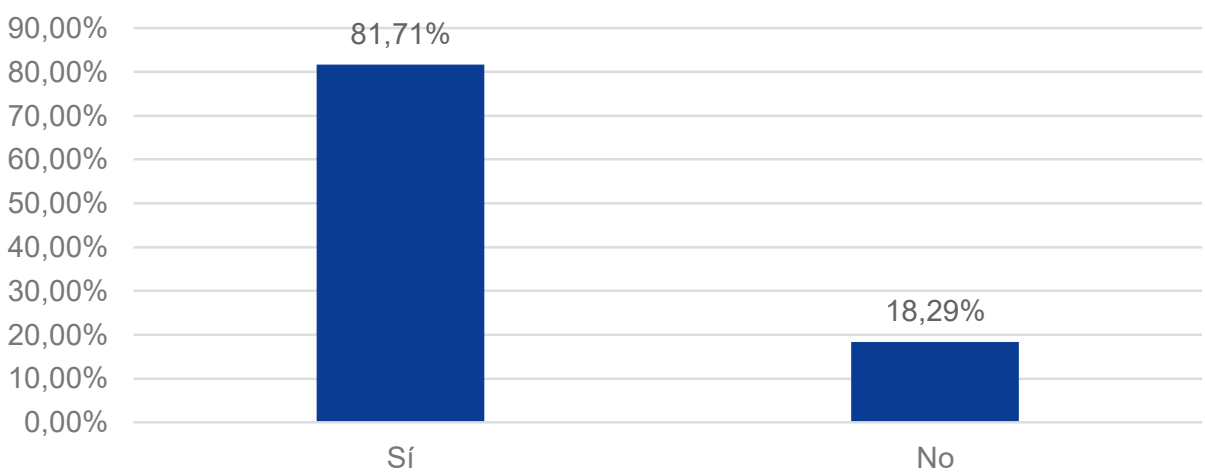
La duración de los controles para la resolución de dudas o consultas es muy adecuada en el 45,12% de los y las encuestadas, así como el 37,8% señala que es adecuada. Por el contrario, sólo para el 12,2% es inadecuada y el 2,44% que es muy inadecuada. Por otra parte, sólo el 2,44% afirma que no es ni muy inadecuada ni muy adecuada la duración.

Gráfico 61 *¿Es adecuada la duración de los controles para resolver sus dudas o consultas sobre su salud?*



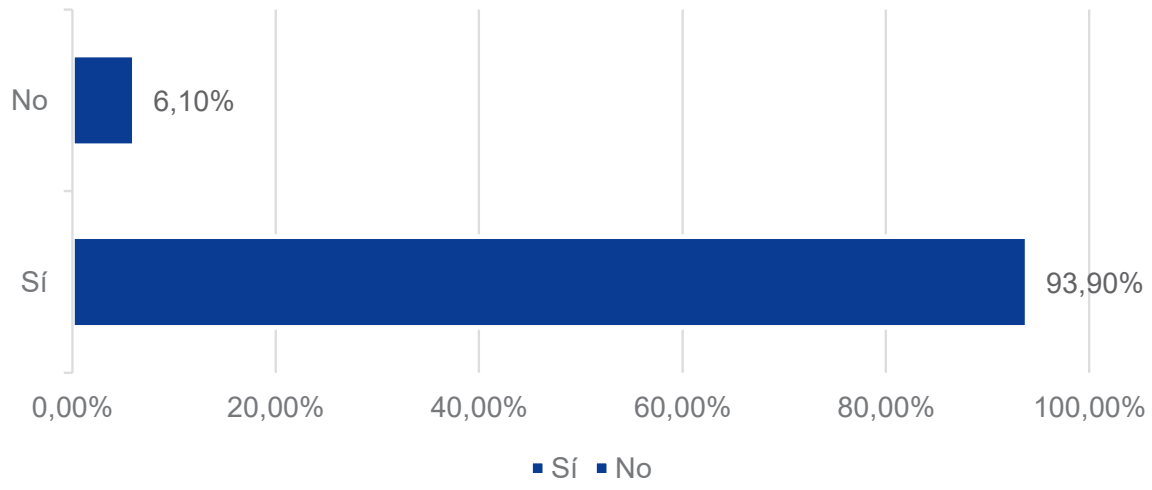
Además, se observa que el 81,71% de la población encuestada afirma que las acciones de la estrategia como controles o visitas sí han dado respuesta a sus necesidades de salud, mientras que el 18,29% señala que no han dado respuesta.

Gráfico 62 *¿Las acciones de la Estrategia (Controles, visitas) han dado respuesta a sus necesidades de salud?*



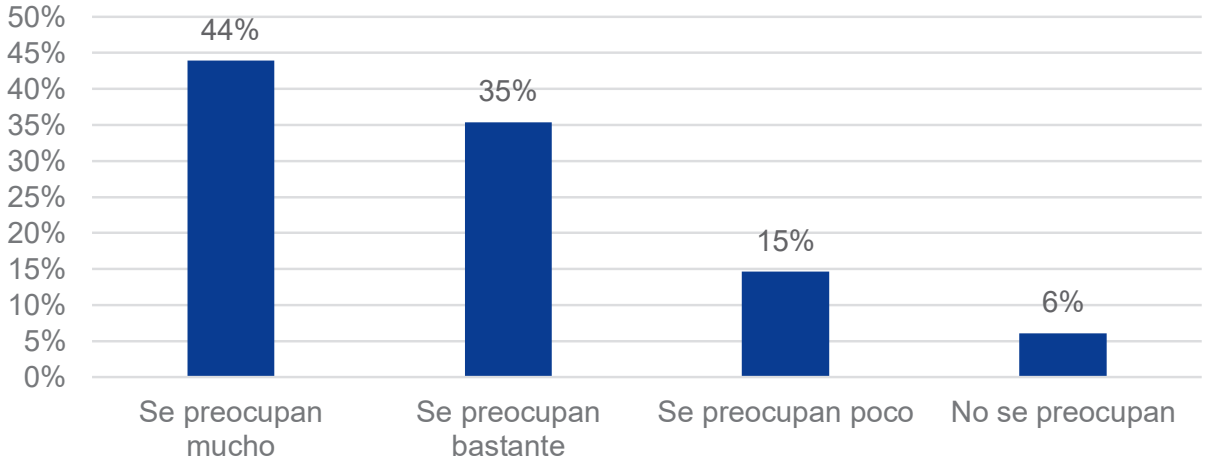
Se observa la percepción de que la entrega de medicamentos es expedita corresponde a un 93,9% de la población, mientras que el 6,1% señala que no es expedita.

Gráfico 63 *¿Ha sido expedita la entrega de medicamentos?*



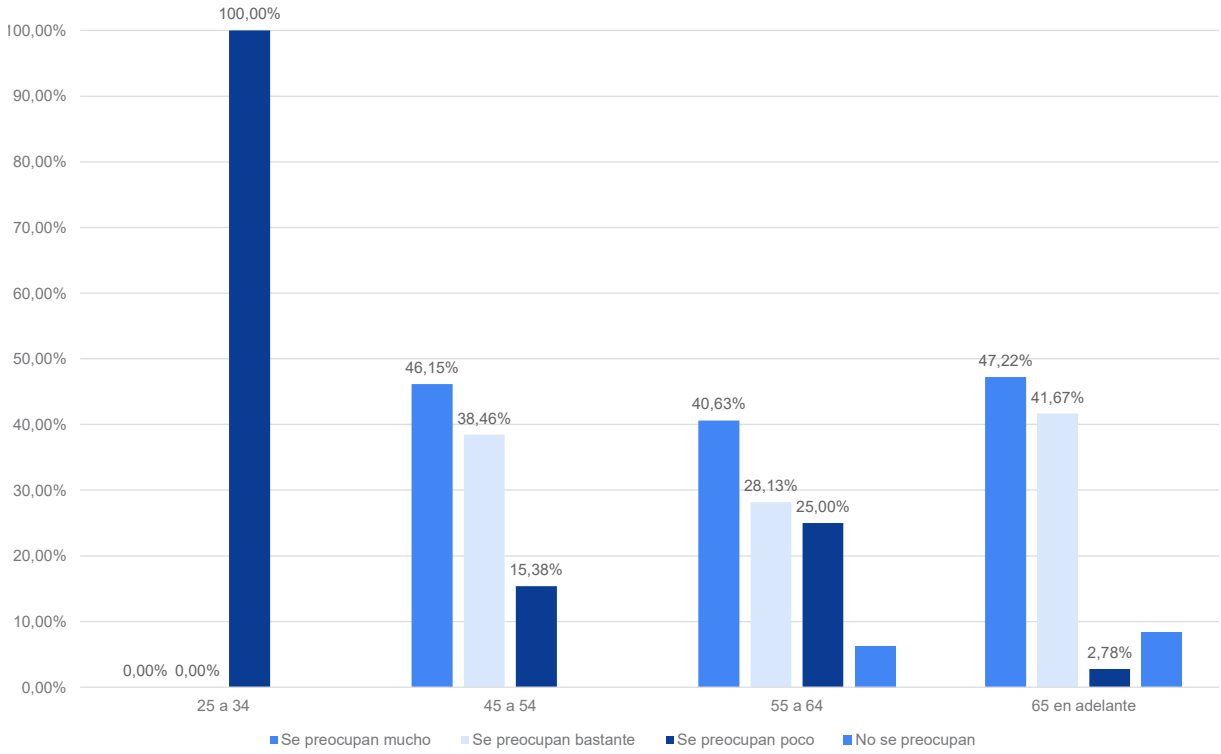
En cuanto a las percepciones de preocupación respecto del bienestar integral por pare de los profesionales hacia los y las usuarias, el 44% señala que se preocupan mucho, mientras que el 35% bastante, el 15 que se preocupan poco y sólo un 6% de las personas indican que no se preocupan por su bienestar integral.

Gráfico 64 *¿Cuánto se preocupan los/as profesionales que lo/a atienden respecto de su bienestar integral? (Salud física, psicológica, afectiva)*



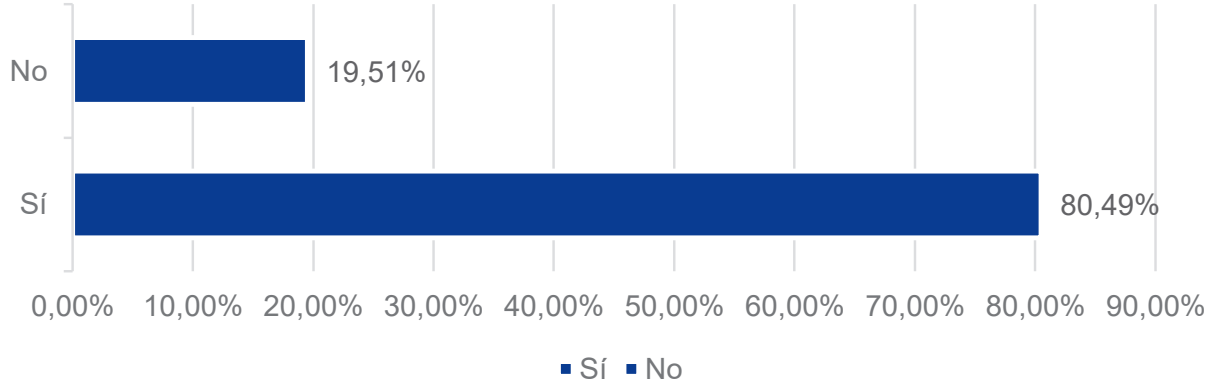
Por tramo etario, se observa que de los 45 a 65 en adelante, sobre el 40% señala que los y las profesionales se preocupan mucho del bienestar integral, mientras que menos del 8,5% de estos tramos mencionados indican que no se preocupan de su bienestar, y en el caso del tramo de 25 a 34 años, el 100% indica que se preocupan poco.

Gráfico 65 *¿Cuánto se preocupan los/as profesionales que lo/a atienden respecto de su bienestar integral? (Salud física, psicológica, afectiva)*



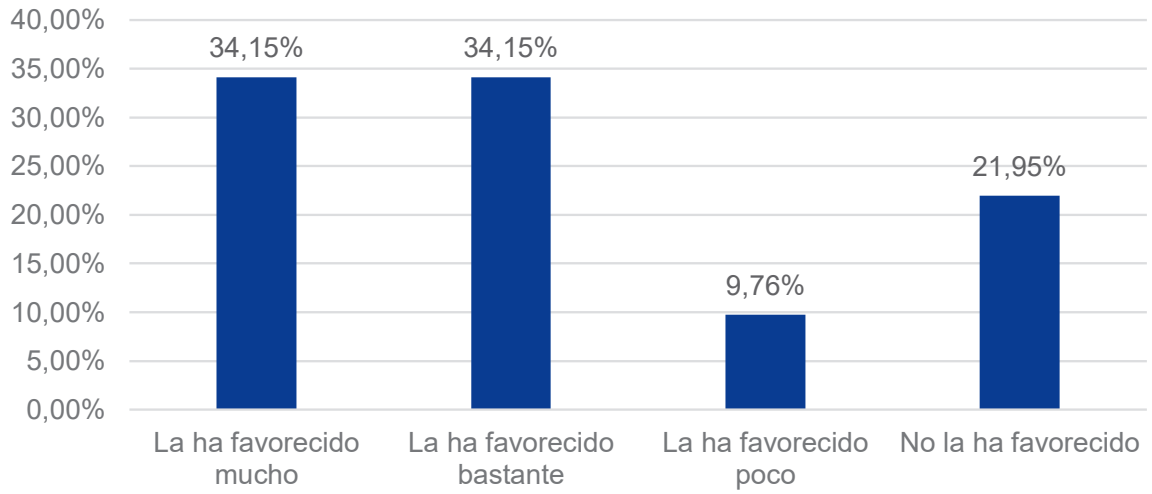
Con respecto a las atenciones en dupla, se observa que el 80,49% ha tenido atenciones en dupla, mientras que el 19,51% afirma que no ha tenido estas prestaciones.

Gráfico 66 *¿Ha tenido atenciones con profesionales en dupla? (Enfermero/a - Médico/a; Médico/a - Nutricionista; Médico/a - Kinesiólogo/a; entre otras)*



En cuanto al favorecimiento de la salud mediante la atención en dupla, sobre el 68% considera que la ha favorecido, mientras que el 9,76% señala que la ha favorecido poco y por otra parte, el 21,95% señala que no la ha favorecido.

Gráfico 67 *¿Considera usted que la atención en dupla ha favorecido su salud?*

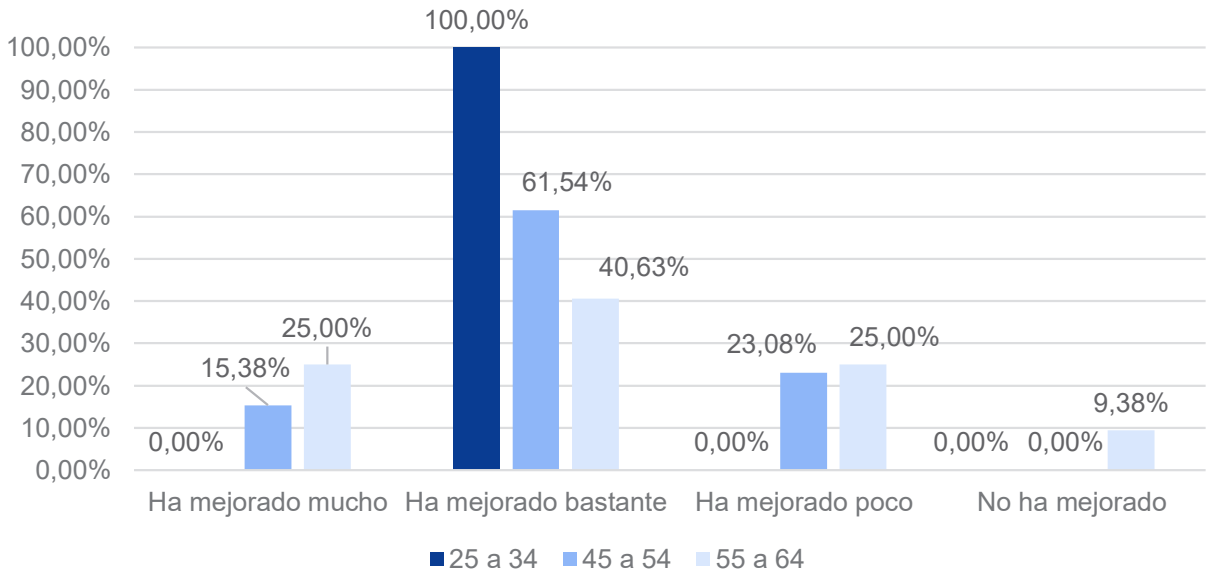


Satisfacción de usuarios/as

En este apartado, se exponen los resultados asociados a la satisfacción de los y las usuarias respecto a la mejora de la atención, aprendizajes, así como compensaciones de condiciones crónicas y automanejo.

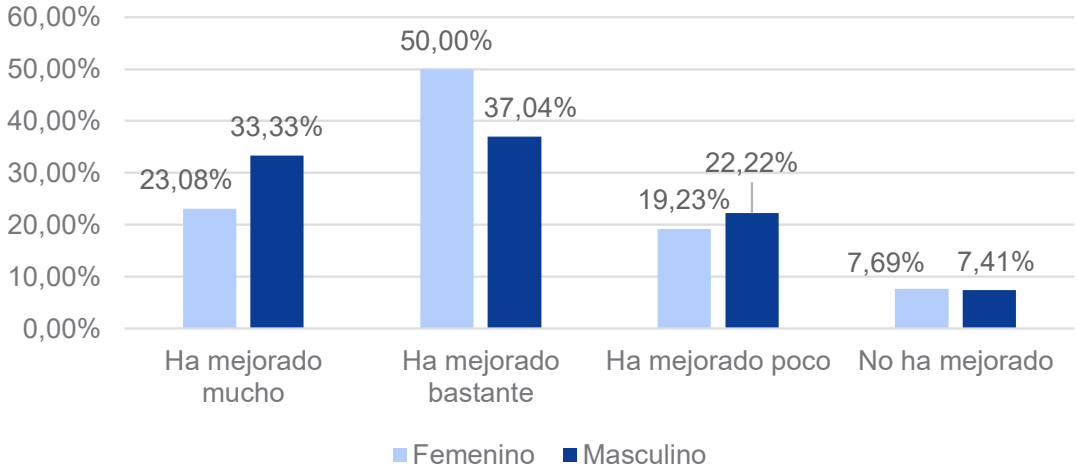
En términos generales, se observa que el 61,54% de las encuestados de 45 a 54 años, el 40,63% de 55 a 64 y el 100% de 25 a 34 años consideran que ha mejorado bastante la atención en salud. Por otra parte, el 23,08% de las personas de 45 a 54 años y el 25% de 55 a 64 consideran que ha mejorado poco. Finalmente, el 9,38% de las personas de 55 a 64 años consideran que no ha mejorado.

Gráfico 68 *¿Cuánto ha mejorado su atención de salud?*



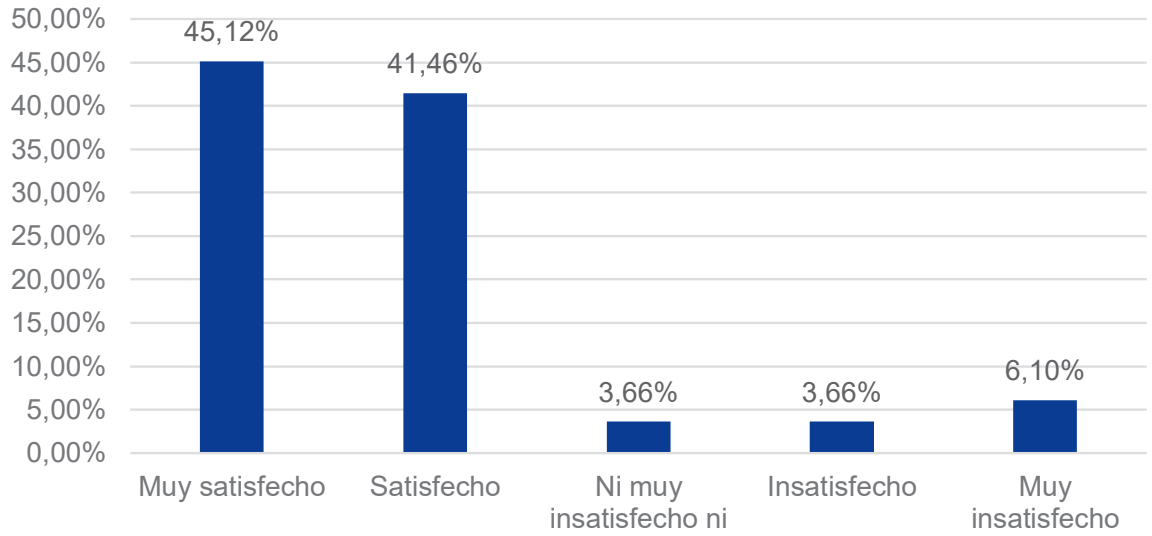
De acuerdo con el sexo, se destaca que ambos sexos tienen una percepción positiva sobre la mejora de la atención, siendo ésta por sobre el 60% (ha mejorado mucho y ha mejorado bastante)

Gráfico 69 *¿Cuánto ha mejorado su atención de salud?*



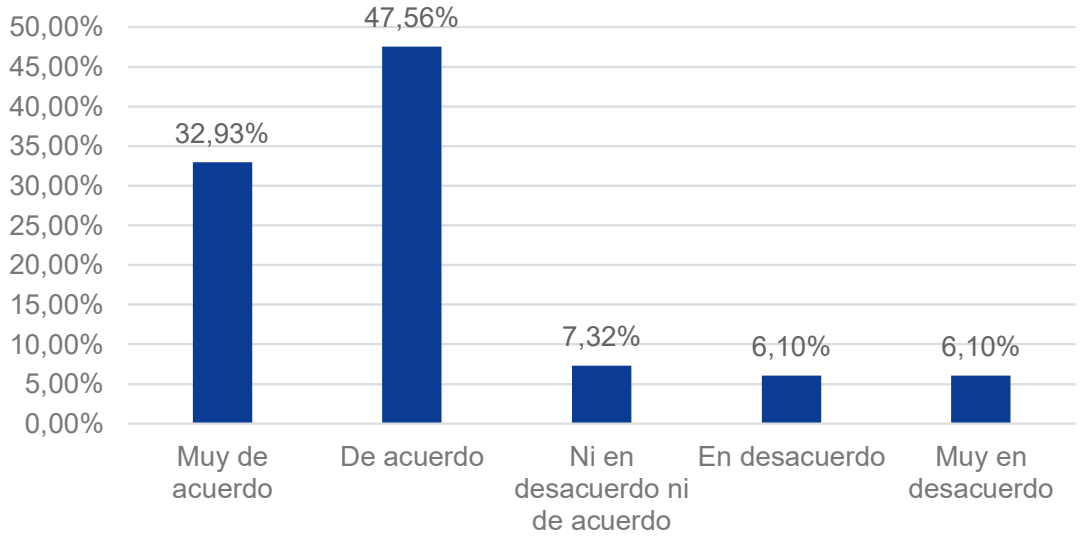
En cuanto a la satisfacción general respecto a la implementación de la ECICEP, es preciso mencionar que el 45,12% se encuentra muy satisfecho respecto de ésta, así como el 41,46% señala estar satisfecho. Por otra parte, el 9,76% señala estar insatisfecho y muy insatisfecho respecto a la ECICEP.

Gráfico 70 *¿Cuán satisfecho/a se siente con la implementación de la ECICEP?*



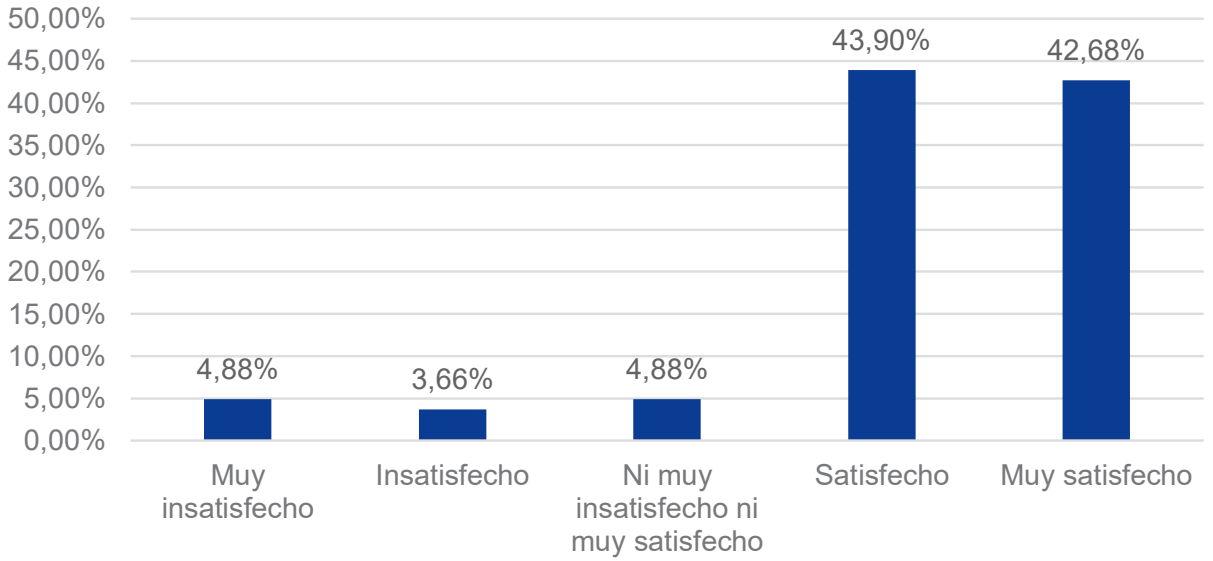
Respecto a las expectativas del funcionamiento de la ECICEP, se observa que el 32,93% de la población encuestada está muy de acuerdo con el funcionamiento, así como el 47,56% está de acuerdo con esto. Por otra parte, el 6,1% está en desacuerdo con la afirmación, y el 6,1% está muy de acuerdo con ésta. En cuanto a las respuestas neutrales, éstas alcanzaron un 7,32%.

Gráfico 71 *Cuán de acuerdo está con la afirmación: La ECICEP ha funcionado de acuerdo a lo que esperaba*



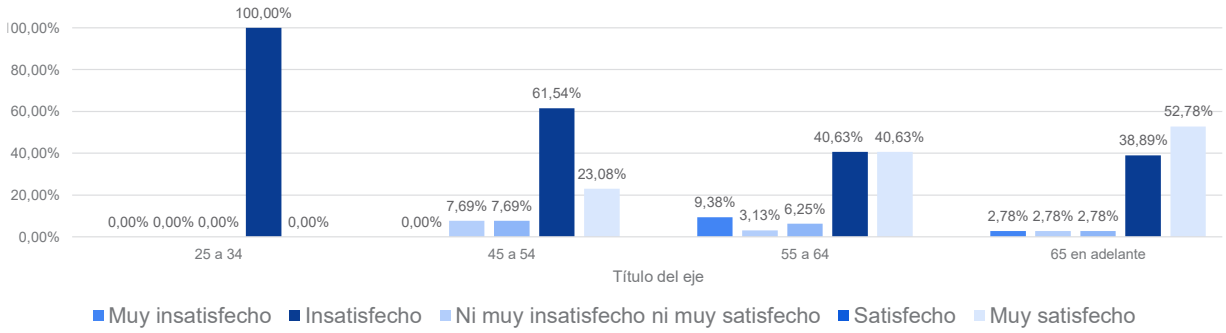
En términos generales, la percepción de satisfacción con lo que le dicen los profesionales durante la atención, es positiva (satisfecho y muy satisfecho) alcanzó sobre el 85% de la población encuestada. Por otra parte, las percepciones negativas alcanzaron un 8,54% (muy insatisfecho e insatisfecho), mientras que el 4,88% no está ni satisfecho ni muy satisfecho.

Gráfico 72 *¿Cómo se siente respecto a lo que le dicen los profesionales en el control de salud?*



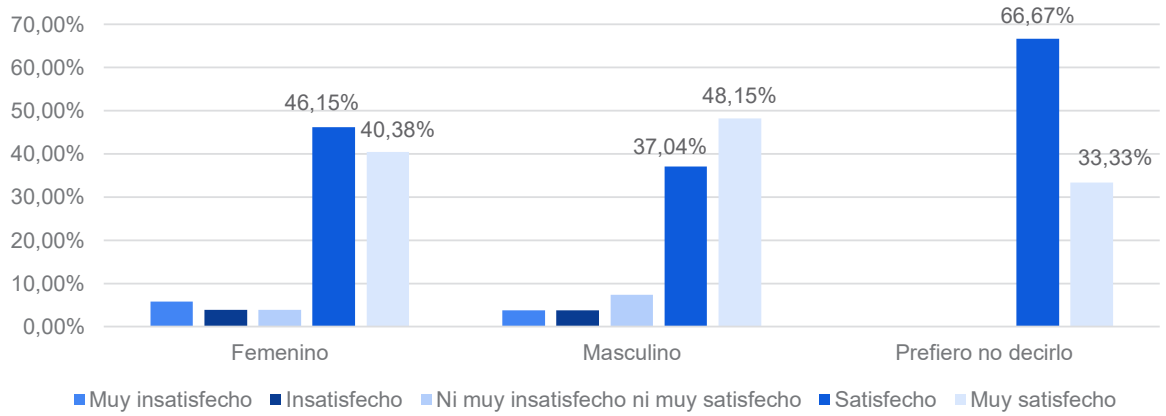
En la distribución por tramo etario, se observan percepciones positivas en cuanto a la atención, destacándose el tramo de 25 a 34 con un 100% de satisfecho. El tramo de 45 a 54 años declara estar satisfecho en el 61,5%, mientras que, en el tramo de 55 a 64 años, está muy satisfecho en el 40,63%. El tramo de 65 en adelante se observa como muy satisfecho en un 52,78%.

Gráfico 73 *¿Cómo se siente respecto a lo que le dicen los profesionales en el control de salud?*



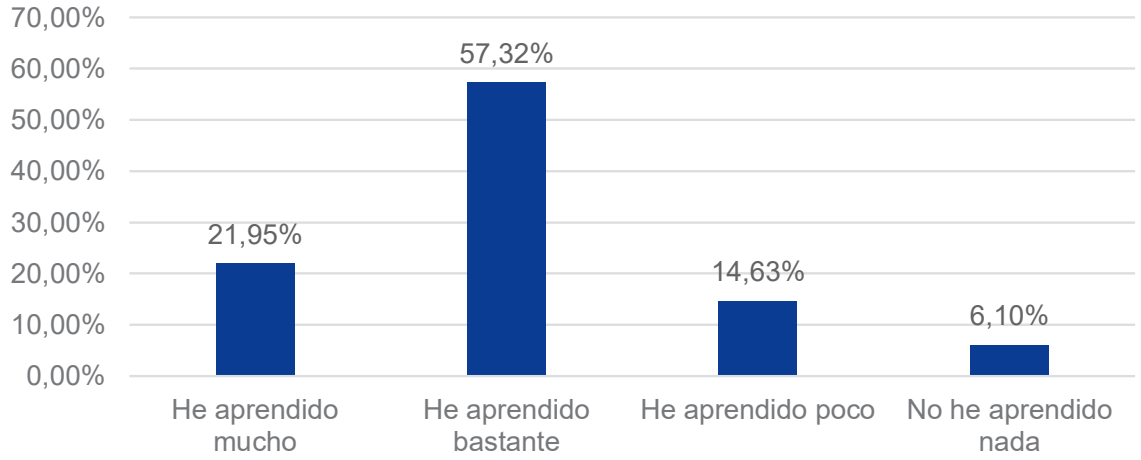
En cuanto a la distribución por sexo, que en todos los sexos se observa una percepción positiva, siendo mayor en aquellas personas que no declararon un sexo en específico.

Gráfico 74 *¿Cuán satisfecho/a se siente con la implementación de la ECICEP?*



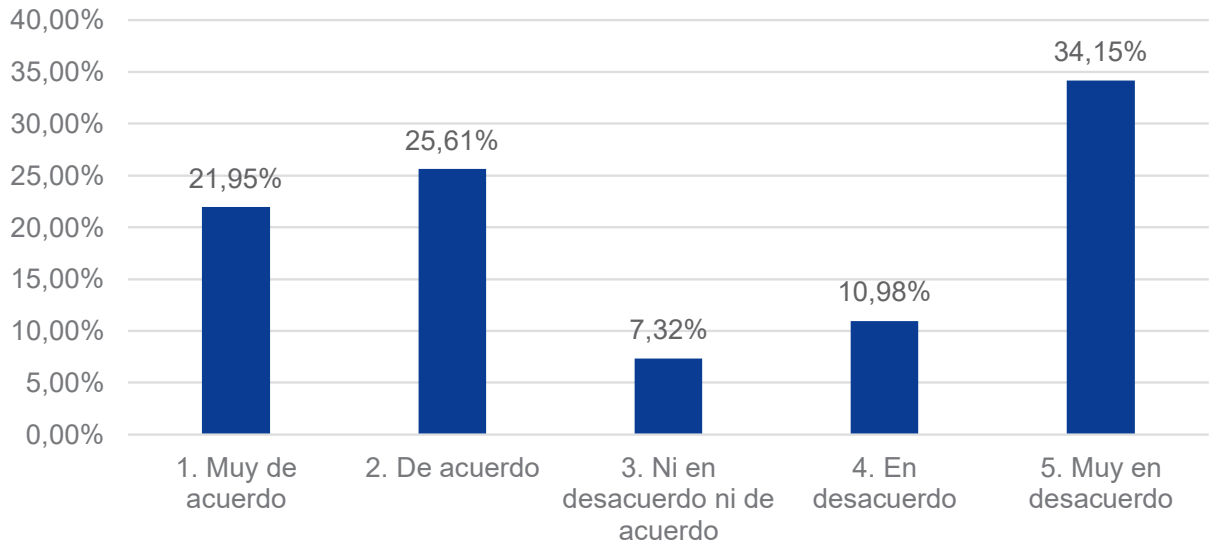
Respecto al aprendizaje sobre el control o compensación de sus condiciones crónicas de salud, se observa que las personas encuestadas reconocen aprendizajes, siendo estos altos en el 21,95%, medios en el 57,32% y bajos en 14,63%. Por otra parte, sólo un 6,1% reconoce no haber aprendido nada durante su experiencia en la ECICEP.

Gráfico 75 *¿Cuán satisfecho/a se siente con la implementación de la ECICEP?*



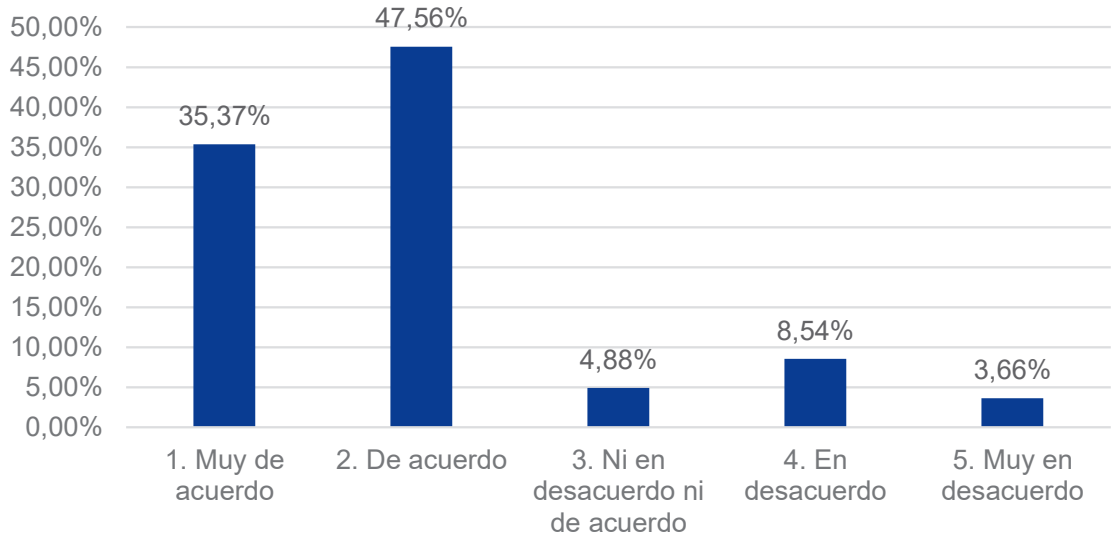
En cuanto a las consejerías telefónicas para apoyar automanejo y su realización, se observa que el 34,15% está en muy desacuerdo y un 10,98% en desacuerdo con la afirmación, mientras que un 21,95% está muy de acuerdo y un 25,61% está de acuerdo. Esto es cercano a los porcentajes de personas que no han recibido la atención telefónica expuestos anteriormente (41,46%)

Gráfico 76 *Cuán de acuerdo está con la afirmación: El equipo de salud realiza consejerías (educaciones) telefónicas para apoyar mi automanejo*



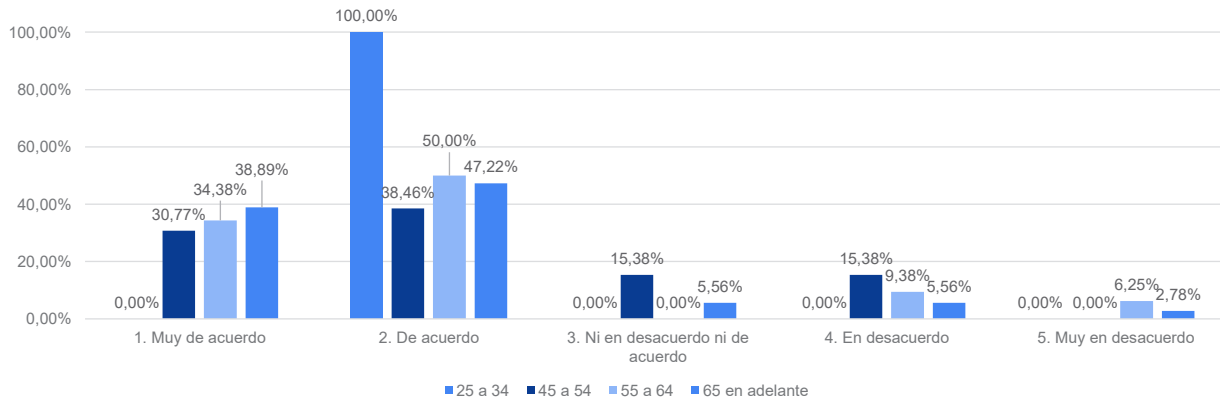
A partir de las orientaciones ECICEP, el 35,37% está muy de acuerdo con que posee un mejor cuidado de su salud, mientras que un 47,56% está sólo de acuerdo con esta afirmación. Por el contrario, sólo un 8,54% está en desacuerdo que tiene mejor salud y un 3,66% está muy de acuerdo con esto.

Gráfico 77 *¿Cómo se siente respecto a lo que le dicen los profesionales en el control de salud?*



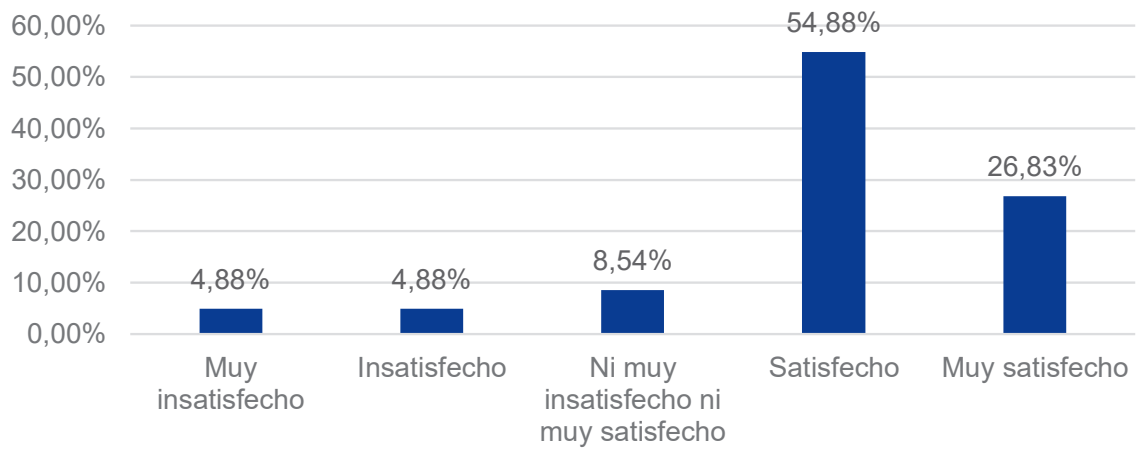
En la distribución por edad, se observan que todos los tramos etarios exponen aprendizajes (muy de acuerdo y de acuerdo) sobre el 68%, mientras que las percepciones de menor aprendizaje corresponden a los tramos de 45 a 54 años y 55 a 64 años.

Gráfico 78 *Tengo mejor cuidado de mi salud a partir de las orientaciones ECICEP*



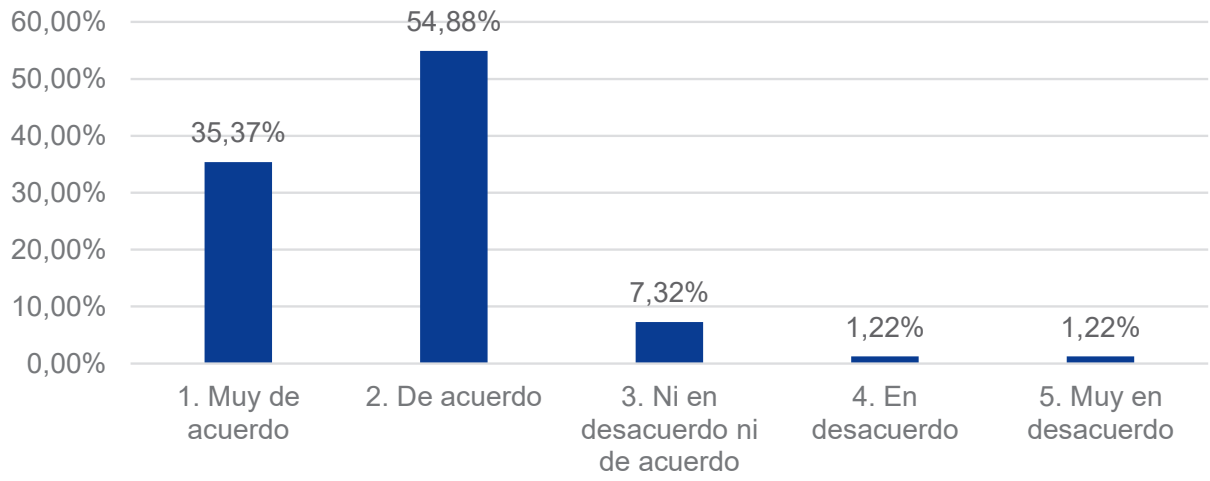
En cuanto a la satisfacción respecto al manejo de enfermedades y síntomas, se observa que los y las usuarias se manifiestan satisfechas en un 54,88% y muy satisfechas con un 26,83%, mientras que la insatisfacción se manifestó en un 9,76% (muy insatisfecho e insatisfechos combinados). Por otra parte, las posiciones neutrales sólo alcanzaron un 8,54%

Gráfico 79 *¿Cuán satisfecho/a se siente con la implementación de la ECICEP?*



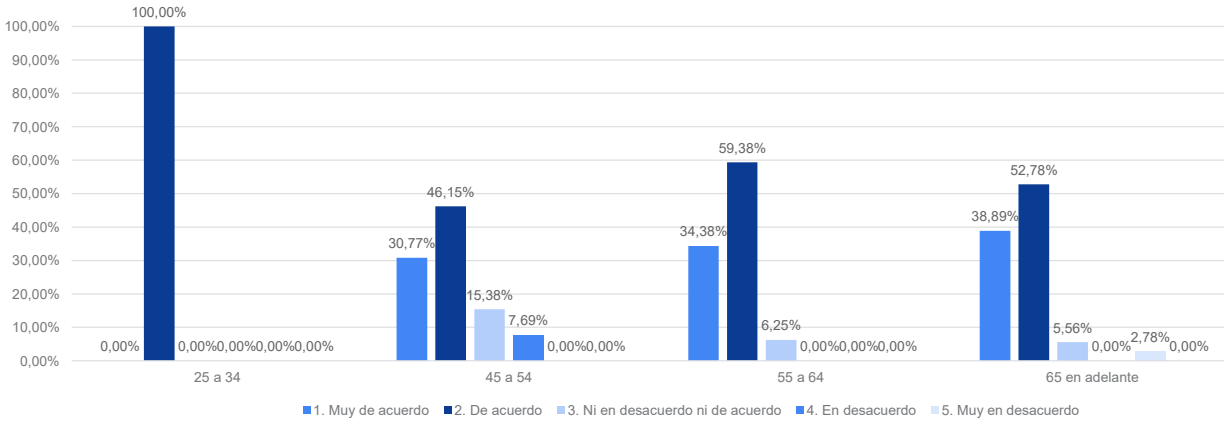
Respecto a las responsabilidades asumidas en el cuidado de la salud por parte de los y las usuarias, se observan resultados positivos en este ámbito, estando el 35,37% muy de acuerdo con estas responsabilidades, así como también el 54,88% está de acuerdo con lo planteado. Por el contrario, sólo un 2,44% tiene una percepción negativa sobre estas responsabilidades (en desacuerdo y muy en desacuerdo). Mientras que las posiciones neutrales sólo alcanzaron un 7,32%.

Gráfico 80 *A partir del último año, ¿Cuán de acuerdo está respecto a las responsabilidades asumidas en el cuidado de su salud?*



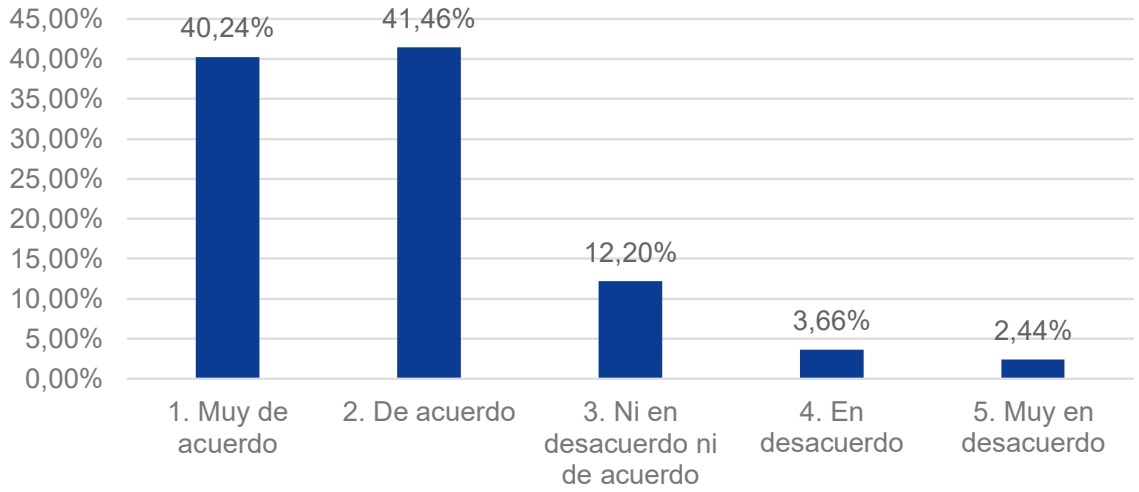
En cuanto a las responsabilidades asumidas, se observa que en todos los tramos etarios (excepto de 35 a 44 años) existe un predominio en la opción de acuerdo y muy de acuerdo, siendo la mayor en los 25 a 34 años con un 100% en de acuerdo, mientras que el tramo de 45 a 54 años obtuvo en esta opción un 46,15% y de 55 a 64 años, también en la misma opción, alcanzó un 59,38%.

Gráfico 81 *¿Cómo se siente respecto a lo que le dicen los profesionales en el control de salud?*



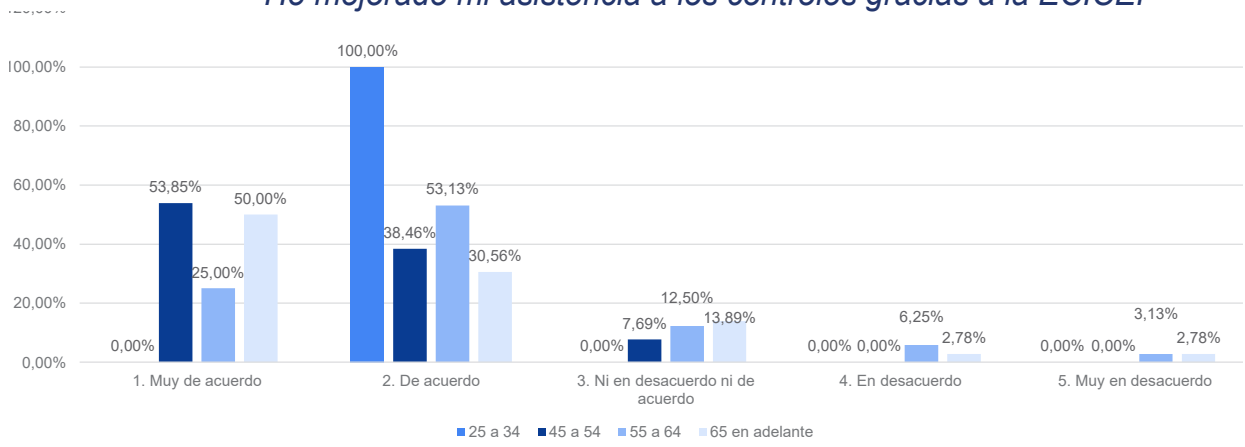
En cuanto a la mejora de la asistencia a los controles, se observan resultados positivos en este ámbito, expresándose en un 40,24% que están muy de acuerdo con la mejora de la asistencia gracias a la ECICEP y 41,46% está de acuerdo. Por otra parte, quienes no están de acuerdo con la mejora de la asistencia alcanza un 3,66% (en desacuerdo) y 2,44% (muy en desacuerdo), y en el caso de las respuestas neutrales alcanzaron un 12,20%.

Gráfico 82 *Cuán de acuerdo está con la afirmación: He mejorado mi asistencia a los controles gracias a la ECICEP*



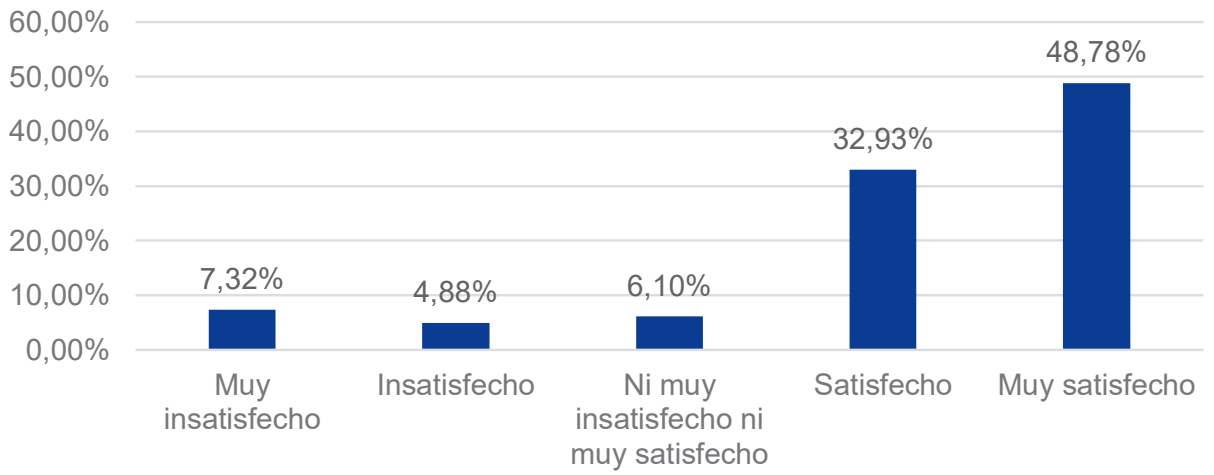
Desde el plano etario, es preciso señalar que los tramos etarios en general (excepto el 35 a 44 años), tienen percepciones positivas especialmente en la opción muy de acuerdo en el cual el tramo de 45 a 54 años con un 53,85% y de 65 adelante con un 50%, mientras que en el tramo de 55 a 64 años alcanzó un 53,13% y el 100% de los de 25 a 34 años en la opción de acuerdo, lo que se expone en el siguiente gráfico.

Gráfico 83 *Cuán de acuerdo está con la afirmación: He mejorado mi asistencia a los controles gracias a la ECICEP*



Con relación a la satisfacción respecto a la participación en la toma de decisiones en la elaboración del plan de cuidado, se observan respuestas positivas en el 81,71% de los y las encuestadas (32,93% satisfecho y 48,78% muy satisfecho). Las respuestas negativas alcanzaron a un total de 12,2% (7,32% muy insatisfecho y un 4,88% insatisfecho), y las respuestas neutrales alcanzaron sólo el 6,1% de la población ECICEP vigente

Gráfico 84 *¿Cuán satisfecho/a se siente respecto a su participación en la toma de decisiones del plan de cuidado?*



Parte II:
Hallazgos Cualitativos

Fase de Diseño de la Estrategia y principios orientadores

Conocimiento sobre los inicios de la estrategia

A lo largo de las entrevistas a los/as distintos actores se ha visualizado ejes comunes en relación con esta primera dimensión de análisis. En la narrativa se visualiza un conocimiento generalizado, pero dispar sobre la fase de diseño e inicio de la ejecución de la estrategia. Por un lado, los/as referentes de los equipos directivos tienen conocimiento sobre el nacimiento de la Estrategia emanada desde nivel central, a saber Ministerio de Salud y sus principios orientadores.

El conocimiento de los/as Directores se sustenta en una serie de reuniones organizadas desde el Departamento de Gestión de Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Aconcagua, describen que en ellas se dieron a conocer los principios orientadores que iban a guiar la implementación en los distintos centros a nivel local. En una segunda fase se observa una mayor heterogeneidad en la bajada de información dirigida a los/as referentes y/o duplas de trabajo.

> *"...nosotros supimos de esta estrategia en el año 2019, el servicio (de salud Aconcagua) nos convoca a una reunión a todos los directores de establecimientos de APS, y nos dice que viene esta estrategia, originalmente esta estrategia venía con una capacitación para todos los funcionarios, a todos los niveles, a todos los estamentos de los establecimientos y que iba a ser una capacitación que iba a durar todo el 2020...luego vino el estallido social y se suspendieron las actividades..."* (Referente Nivel Directivo CESFAM 3)

Por su parte, los referentes ECICEP describen de manera adecuada y coherente el ideario de la estrategia, en vinculación a los aspectos que se mencionan en el Marco Operativo entregado por el Ministerio de Salud para su puesta en marcha. Se describe la posibilidad que entrega esta estrategia para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, considerando el enfoque de riesgo. Por otro lado, se identifica la oportunidad de poder fortalecer la aplicabilidad de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, entre ellos el cuidado integral y continuo, y la atención centrada en la persona. Se logra narrar y visibilizar el cambio de paradigma propuesto por la estrategia.

> *"Bueno la estrategia tiene por objetivo brindar una atención integral al usuario, no fragmentar las atenciones como hoy en día se hace, por ejemplo, programa cardiovascular, crónico, epilepsia, asma, etc. La idea es que los funcionarios puedan atender al paciente integralmente englobando todas sus patologías en un solo control"* (Referente ECICEP CESFAM 4)

> Otro de los obstáculos o barrera eran los mismos funcionarios; el rechazo, el rechazo al cambio, el desconocimiento, "qué es lo que es esto?", como no lo conocían, no tenían idea, como que ni siquiera lo pescaban, o incluso ponían como límites. (Referente ECICEP CESFAM 6)

Por otro lado, los equipos de salud entrevistados, reconocen una fase inicial de ejecución con escasa información, y flexible a la vez en su orgánica, pues quedaba a libertad de cada Centro de Salud la forma en que sería ejecutada, esto significaba para algunos entrevistados una oportunidad, mientras que para otros, fue percibido como un obstaculizador o barrera. A ello se suma el contexto de pandemia, el que determinó el avance desigual de la estrategia, en los distintos dispositivos de salud. Se observa tensión en el conocimiento sobre el sello identitario de la estrategia vinculado a la atención integral, pues en términos de la ejecución se visualizaba con distancia la posibilidad de quebrar con el modelo biomédico imperante.

> *"Bueno, bueno. Al principio no sabíamos mucho lo que era. Fue una estrategia que llegó un poco (...) que fue como media disruptiva en un momento…no sabíamos en cuanto a las orientaciones técnicas de la estrategia en cuidados integrales centrado en las personas…"* (Equipo de Salud CESFAM 6)

> *"... la estrategia se enmarca en el modelo de salud familiar y que se implemente ese modelo en la práctica. Porque una cosa es lo que dice la teoría pero otra es lo que pasa en la práctica, porque siento que seguimos con el modelo biomédico, con la consulta y no con la atención integral. Entonces eso busca, la atención integral, centrada en la persona y todo eso"* (Entrevista Grupal Funcionarios CESFAM 4)

Considerando la perspectiva de los usuarios, se puede mencionar que tienen un escaso o nulo conocimiento sobre los criterios de inclusión y de la estrategia a nivel general. Quienes lograron verbalizar algunos elementos distintivos reconocen la atención en dupla, el tiempo extendido de atención, el seguimiento telefónico y las visitas domiciliarias. Sin embargo los/as usuarios/as no las distinguen como acciones propias de la ECICEP, más bien las vinculan a programas ya existentes (por ejemplo: programa de salud cardiovascular, respiratorio y salud mental). Cabe señalar que se valoran positivamente las distintas acciones orientadas al cuidado desde una perspectiva integral reconociendo con mayor énfasis los procesos educativos que realizan los/as profesionales vinculados al desarrollo del automanejo de las condiciones crónicas.

> "Por lo que yo me acuerdo, dijeron que era para poder llevar un mejor seguimiento de nuestras enfermedades…" (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 1).
>
> "Inclusive uno no tenía ni idea qué significaba ECICEP, nos pusieron esas siglas en el carnet, pero nada más." (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 2).
>
> "Bueno yo es la primera vez que lo escucho…" (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 4).
>
> "Tengo la noción de la atención en dupla, de la médico con la nutricionista." (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 2).

Descripción de la estrategia

A nivel general los distintos actores participantes del estudio, al momento de preguntarles en qué consiste la estrategia, describen de manera adecuada y coherente el ideario de la ECICEP, en vinculación a los aspectos que se mencionan en el Marco Operativo entregado por el Ministerio de Salud para su puesta en marcha.

Se describe la posibilidad que entrega esta estrategia para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (existencia de 2 o más condiciones crónicas), considerando el enfoque de riesgo.

> "*en atender a los usuarios según un enfoque de riesgo, un enfoque de riesgo desde sus patologías crónicas… y teniendo siempre como preferencia… o sea como perspectiva la preferencia del paciente desde ahí el enfoque centrado en la persona en el fondo, desde ahí la ECICEP entendiendo que cada persona debería tener un plan de cuidados individuales…*" (Referente Nivel Directivo CESFAM 1)
>
> "*Por lo que yo me acuerdo, dijeron que era para poder llevar un mejor seguimiento de nuestras enfermedades…*" (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 1)
>
> *"Creo que para controlarnos más al grupo que está más en riesgo, que pienso yo que seríamos los diabéticos…"* (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 1)

Por otro lado, se identifica la oportunidad de poder fortalecer la aplicabilidad de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, entre ellos el cuidado integral y continuo, la atención centrada en la persona y la integralidad.

> "*Bueno el título lo dice en sí mismo "centrada en las personas" realmente viene a eso, a que el usuario sea parte y corresponsable de su salud, si el viene y manifiesta que tiene un problema con su diabetes y lo quiere manejar, y sea eso lo que hagamos, que nos podamos dar cuenta y que sea eso lo que hagamos, a través de herramientas vea cuál es su problema de raíz, que esta dupla de profesionales le pueda dar las herramientas para que defina que es lo primero que quiere tratar encuentro que es realmente acercar el modelo de salud familiar. Que es lo que siempre habíamos querido y no hemos podido*" (Referente Nivel Directivo CESFAM 3)

> *"La estrategia principalmente busca una transformación del modelo de atención de los usuarios con condiciones crónicas. El objetivo está enfocado en pacientes de 15 años o más, y está enfocado en una transformación y fortalecimiento del actual modelo de salud familiar"* (Referente ECICEP CESFAM 1)

> *"la estrategia se enmarca en el modelo de salud familiar y que se implemente ese modelo en la práctica. Porque una cosa es lo que dice la teoría pero otra es lo que pasa en la práctica, porque siento que seguimos con el modelo biomédico, con la consulta y no con la atención integral. Entonces eso busca, la atención integral, centrada en la persona y todo eso"*(Entrevista Grupal Funcionarios CESFAM 4)

Finalmente se logra narrar y visibilizar el cambio de paradigma propuesto por la estrategia, en donde la idea es transitar desde el abordaje clásico de la cronicidad por programas de atención con énfasis en la enfermedad a un abordaje centrado en la persona, albergando la posibilidad de reorganizar los procesos administrativos para el acceso a la atención y las acciones clínicas, considerando con mayor presencia los planes de cuidados consensuados, la gestión del cuidado y el automanejo.

> *"Bueno la estrategia tiene por objetivo brindar una atención integral al usuario, no fragmentar las atenciones como hoy en día se hace, por ejemplo, programa cardiovascular, crónico, epilepsia, asma, etc. La idea es que los funcionarios puedan atender al paciente integralmente englobando todas sus patologías en un solo control"* (Referente ECICEP CESFAM 4)

Principios orientadores considerados en su diseño

Se señala que los principios orientadores han sido comunicados de forma exitosa desde el nivel central hacia los espacios locales. El equipo directivo de los CESFAM dice tener un conocimiento importante del concepto de atención integral basada en la persona, lo que se señala también en los referentes de la Estrategia. Sin embargo, se señala que hay dificultades al momento de comprender que la forma en que se ejecuta esta atención integral es diversa y responde a situaciones históricas, sociales, económicas, culturales y territoriales propias de las distintas comunidades que habitan el Valle del Aconcagua. Este conocimiento se solapa de forma importante con el despliegue de la estrategia, y en algunos casos se muestra como un facilitador, y en otros como un obstaculizador. El conocimiento del territorio y de las dinámicas sociales propias del territorio es clave para poder avanzar en la Estrategia en los distintos Centros.

A lo anterior se suma un conocimiento importante, tanto en directivos/as como en referentes, sobre la relación que existe entre el modelo de salud familiar y la Estrategia. Esta articulación es comprendida como una forma de potenciar y profundizar el modelo de salud familiar.

Los principios orientadores identificados por los distintos actores son: el **cuidado integral y continuo, la atención centrada en la persona y la integralidad**, a ello se suma la importancia de la estratificación según riesgo y la posibilidad de generar un plan consensuado de manera oportuna y pertinente.

> *"los principios son centrados en la persona, la integralidad y en los cuidados y lo que es principalmente también el centrado de cuidado integral ya que es lo que se realiza dentro de esta estrategia, un paso importante para establecer una relación más cercana con el usuario*" (Referente ECICEP CESFAM 2)

> *"Brindar plan de cuidados en la atención, que es un plan consensuado, al final se trata de darle al paciente también la responsabilidad de su autocuidado… Lo segundo la integralidad de integrar todos los programas en una sola atención, también que sea estratificada, porque obviamente una persona que tiene multimorbilidad tiene mucho más peligro de que sus patologías crónicas se descompensen y cause un daño mucho más grave comparado con una persona que tiene una sola patología"*. (Referente ECICEP CESFAM 4)

> "*La integralidad, centrado en la persona, la continuidad. El plan de cuidado, el cual es un plan consensuado, permite visualizar*

> *las necesidades del paciente, podemos ver qué manejos tiene el paciente de sus patologías. Tenemos pacientes muy activos o muy propositivos y otros pacientes solo reciben y aceptan*". (Entrevista Grupal CESFAM 1)

La principal dificultad se observa en la bajada desde los/as funcionarios/as hacia los/as usuarios/as, quienes desconocen los principios orientadores de la Estrategia. Este desconocimiento impacta sobre la percepción que tienen las personas usuarias del plan de cuidados integrales. Esta comunicación no ha sido planteada como una necesidad, sin embargo, se visualiza como un paso importante para poder seguir avanzando de forma gradual en la implementación de la Estrategia. Por otro lado, el empoderamiento de los/as usuarios en relación con el automanejo de sus multimorbilidades ayudaría a disminuir y a controlar de mejor manera las descompensaciones que pudieran ocurrir.

> *"…si bien nosotros trabajamos bajo el modelo de salud familiar, pero se condice con el resto de las actividades que nosotros tenemos en atención primaria, sobre todo al tener una población tan grande como la que tenemos nosotros, el modelo te habla de hacer prevención y promoción, trabajo comunitario cierto, pero nosotros no lo estábamos logrando."* (Referente Nivel Directivo CESFAM 2)

Finalmente es importante señalar, que de todos los espacios de entrevista grupal realizadas con los usuarios, en ninguno de ellos, se pudo constatar que estos actores tuvieran conocimiento de los sellos o principios de base que tiene la estrategia, por ende el desconocimiento es generalizado y sería recomendable avanzar en una articulación oportuna de educación a la población en esta temática.

Puesta en marcha de la Estrategia

Recuerdos de la puesta en marcha inicial de la estrategia

La puesta en marcha de la Estrategia comenzó de forma dispar dentro del Valle del Aconcagua, sin embargo, en su mayoría fue entre los años 2021 y 2022. Debemos recordar que la revuelta social y la pandemia de COVID-19 presionaron a todo el sistema de salud, lo que implicó que los CESFAM tuvieran que adaptarse a las necesidades emergentes dentro de sus realidades particulares. Estas adaptaciones pausaron las capacitaciones que se estaban llevando a cabo, así como la puesta en marcha en los Centros de Salud. El riesgo evidente para que los/as usuarios/as con multimorbilidad asistieran a los Centros los hizo perder controles, lo que trajo consigo

descompensaciones y deterioro de sus estados de salud. A pesar de esta situación, algunos Centros implementaron las visitas domiciliarias como estrategia para poder mantener cierto control sobre las patologías de los usuarios.

> *"Me contaron de qué se trataba esta nueva estrategia de atención, tuve que leer las orientaciones técnicas, el marco conceptual, me comentaron que acá en el CESFAM no se había implementado, no sé bien por que no se implementó por el 2019, luego vino la pandemia y se dejó más de lado."* (Referente ECICEP)

Organización a nivel de equipo

Transitando en la indagación de la puesta en marcha inicial de la Estrategia, los distintos actores reconocen tres acciones particulares, que fueron dando una orgánica de trabajo de manera particular en cada CESFAM.

En primer lugar, se dio curso a la contratación del recurso humano comprometido y de esa manera la conformación de los equipos operativos, en este sentido se comienza a ubicar los coordinadores como actores claves del proceso. Esto tiene correspondencia con lo planteado en el marco operativo como parte de los requerimientos mínimos para la implementación.

> "*actualmente tenemos 11 horas de médico 22 horas de un profesional gestor que es nutricionista de la ECICEP además tenemos 44 horas de enfermera y 44 horas de TENS quienes son los encargados principalmente de hacer el primer abordaje de los usuarios*" (Equipo Directivo CESFAM 4)

> *"Mi principal función es coordinar la implementación de la estrategia en el establecimiento. Dentro de otras labores está el favorecer la gestión del cambio en los funcionarios, lo que implica capacitarlos. También trabajo en dupla con los médicos, acompañándolos en los ingresos de pacientes G2 o G3 para apoyarlos en esta mirada psicosocial. Los ayudó a orientarlos con esa mirad*a".(Referente ECICEP CESFAM 1)

En esta línea los actores reconocen que la ECICEP promueve para efectos de las atenciones la instalación de una nueva orgánica de funcionamiento, colocando en valor el: (a)rol de acompañamiento de los equipos, (b) la organización del cuidado según los parámetros de complejidad establecidos, (c) la incorporación de las duplas de profesionales para efectos de atender los ingresos, dándole visibilidad a la persona desde su contexto biológico, psicológico, social y espiritual, (d) oportunidad de abordar un plan de cuidado integral y consensuado y la (e) promoción del automanejo como

una habilidad que permite educar a los y las usuarias en la resolución de problemas que van apareciendo en el proceso de salud- enfermedad- atención.

> *"Lo otro es que los ingresos que se realizan en duplas, así se tienen dos visiones, puede ser médico- enfermera o médico más otro profesional, así se puede abordar más integralmente no solo con la visión del médico sino también con la de otro profesional".* (Referente ECICEP CESFAM 4)

Uno de los aspectos más valorados e identificados como un cambio importante, es la atención en Dupla, en la cual se torna relevante la participación de profesionales no médicos en el proceso de diagnóstico y definición del plan de cuidado de manera consensuada.

Cabe señalar, que en cada CESFAM se describen formas diversas y distintas de organización, a momentos difusa y con poca claridad en la definición de roles y funciones, empero en todos se identifica la participación de un profesional de la salud, un TENS y la incorporación de un Químico Farmacéutico.

> "*en la mesa decidimos que la implementación iba a ser con una Dupla psicosocial compuesta de psicóloga y asistente social que iban a realizar visitas previas a su ingreso, donde le iban a contar de que consta la estrategia al usuario, lo invitan a participar, le iban a contar cómo iba a ser ese proceso*" (Equipo Directivo CESFAM 3)

> *"También trabajo en dupla con los médicos, acompañándolos en los ingresos de pacientes G2 o G3 para apoyarlos en esta mirada psicosocial. Los ayudo a orientarlos con esa mirada" (Referente CESFAM 1)*

> "*El rol de las tens es principalmente hacer el seguimiento de los usuarios. Esto significa hacer los llamados telefónicos, ver si el plan de cuidados se está llevando a cabo, si hay algún examen que se haya indicado y no se haya realizado aún, se llama y ubican a los pacientes, se rescatan los resultados de exámenes y se agendan las horas médicas*" (Entrevista Grupal CESFAM 1).

En segundo lugar se mencionan las capacitaciones como un eje articulador para el cumplimiento de los roles y funciones y finalmente la definición de los criterios de ingreso.

> "*El servicio de salud en una primera instancia es una primera capacitación a los médicos, a médicos de los establecimientos del servicio de salud. En una segunda instancia que fue hace poco se terminó una capacitación a profesionales no médicos, es decir para que también se interioricen la estrategia, y creo que desde ahí ya se empezó a conocer mucho más elo que es la estrategia"* (Equipo Directivo CESFAM 2)

Recursos disponibles para la puesta en marcha inicial de la estrategia

En términos de recursos dispuestos para la puesta en marcha de la Estrategia los directivos y los referentes mencionan que el ítem principal fue de recursos humanos, los que fueron dispuestos en concursos públicos. Estos recursos les permitieron contratar profesionales y técnicos para poder realizar acciones como ingresos, seguimiento y controles periódicos, ya sean presenciales o a través de llamadas telefónicas. El ingreso de nuevos agentes permitió, por un lado, generar criterios de priorización de los/as usuarios/as que estaban en situación de multi morbilidades, y enfocarse en ellos/as, además de generar espacios de control donde se trabajó los planes de cuidado integral consensuados.

Se menciona, además, la escasez de espacios físicos, esto es algo que se repite dentro de los Centros de Salud, esto se plantea como una barrera dentro de la puesta en marcha inicial.

> "*La estrategia en un principio venía con la posibilidad de contratar un profesional, idealmente enfermera, nutricionista más un TENS y, además, un profesional que podría ser médico o químico farmacéutico por 11 horas, el médico, el resto de los estamentos por 44 horas. Nosotros partimos con un médico 22 horas y además una enfermera y TENS 44 horas para dar inicio a la estrategia. Claro, el resto de recursos lo dispuesto por CESFAM que muchas veces tiene que ver con planes de celular, por ejemplo, el uso de computadora o de algunas tecnologías, la compra por parte nuestra de algunos insumos sin pero posteriormente, de hecho, el año pasado y este año han llegado un poco más de recursos. Este año el programa ya tiene, por ejemplo, su plan móvil de celular. El año pasado se pudo comprar un computador para el programa con recursos que venían para el programa bajo el modelo del MAIS entonces, en ese sentido, desde el año pasado ya contamos con recursos propios asignados al programa*" (Equipo Directivo CESFAM 1)

> *"En la puesta en marcha inicial, bueno, el recurso humano (2 profesionales con 44 horas cada una). Recurso físico, inicialmente*

> *estuvimos súper pobres, de hecho fue un caos. Estábamos trabajando, gracias a la pandemia, teníamos la opción de trabajar en la sala de lactancia, pero después de eso nos pidieron la lactancia, en la misma sala trabajaban las duplas, por lo tanto nosotros teníamos que salir y buscar donde trabajar"*. (Referente ECICEP)

Acciones realizadas para la articulación de la instalación de la estrategia

Los distintos actores coinciden y argumentan que las acciones realizadas para la instalación de la Estrategia en cada CESFAM, ha sido compleja, con ausencias de información, pero al mismo tiempo se valora la libertad que se ha otorgado para que en función de los procesos particulares de cada centro, se organice su ejecución.

Se reconocen al menos tres acciones de trabajo:

1.- Capacitaciones en distintos niveles, con distintos actores y diversidad de interlocutores. Se rescata el proceso de sensibilización realizado por parte del equipo motor del Servicio de Salud y su referente.

2.- Vinculación entre los distintos centros según las experiencias vivenciadas, en este punto se valora la posibilidad de conjugar el aprendizaje local con lo dispuesto en el marco normativo de la estrategia.

3.- Conformación de los equipos y duplas, con actores que ya tenían participación laboral dentro de los CESFAM, lo que ha facilitado la instalación, en la medida que se cuenta con un conocimiento de base de los territorios y sus usuarios.

> *"Dentro de esta sensibilización que nosotros hicimos una capacitación para todos los funcionarios, de todos los estamentos, en ese momento online, que tenía que ver con el cambio y como enfrentar esta estrategia, fue a cargo de Ps.XX y XX de la católica, ellas nos hicieron esta capacitación que tuvo alta concurrencia y participación de toda la red…"(Equipo Directivo CESFAM 2)*

> *"Vino el servicio de salud, la Sra. xxx, que ella es la referente del servicio para nosotros, vino con otros profesionales que no recuerdo el nombre a hacer una sensibilización del ECICEP, como lo que ellos querían lograr, las metas, el dinero que viene destinado al programa, estuvimos con el director, con el referente MAIS, ahí hicimos una reunión y después de eso la verdad es que yo saqué más apoyo de otros CESFAM, del CESFAM de calle larga, que ellos lo implementaron en el 2019, entonces llevaban harto tiempo*

en este proceso y ellos eran mi ayuda, de ahí empezamos a sacar ideas de cómo lo podíamos llevar a cabo acá en el CESFAM". (Referente ECICEP CESFAM 4)

La conformación de duplas era un requerimiento básico para la puesta en marcha de la ECICEP. Estas duplas se conformaron de forma heterogénea, sus variantes incluyen a un/a médico/a, un/a nutricionista, un/a enfermero/a, un/a trabajador/a social, un/a psicólogo/a y un/a TENS. Los criterios que cada Centro ocupó para la conformación de duplas fue variado, sin embargo primó la visión de necesidades territoriales, esto tuvo una influencia importante en la capacidad de avance de la estrategia, ya que la distribución de tareas se realizó de mejor manera.

"Actualmente tenemos 11 horas de médico, 22 horas de un profesional gestor que es nutricionista de la ECICEP, además tenemos 44 horas de enfermera y 44 horas de TENS quienes son los encargados principalmente de hacer el primer abordaje de los usuarios. Ellos van contactando a los usuarios que tienen las patologías, que es las que van clasificando en G1…G2… G3, van realizando los ingresos en dupla y luego son derivados al resto del equipo ellos son los encargados de dar inicio solamente el puntapié inicial como se dice, para los usuarios… pero luego los va tomando el equipo, ya sea de salud mental…" (Actor clave equipo Directivo)

"Desde este año se sectorizó la implementación y de alguna forma capacitamos a algunas duplas en los distintos sectores. Formamos duplas profesional-tens en los sectores. A nivel Cesfam, nosotros tenemos solamente un profesional (que soy yo) y otra tens que no se ha concursado, pero quisimos bajar la estrategia a nivel sector." (Referente ECICEP)

Por otro lado, se mencionan los factores que ha dificultado la puesta en marcha, entre los cuales destacan:

1.- Complejidad en el proceso de asignación de recursos, lo que dificultó la compra de insumos de distinto tipo, como tablet, celulares, computadores, planes de celular y material de oficina, en varios casos estos recursos fueron obtenidos desde el MAIS, mientras que en otros casos fueron costeados por los/as funcionarios/as.

2.- Dificultad para acceder a espacios físicos de trabajo protegidos, esto se expresa en la disponibilidad de un box de atención o en espacios para poder ubicar un escritorio desde donde poder trabajar por parte de los referentes.

3.- Y referido a las capacitaciones es necesario mencionar que no hubo orientaciones desde el nivel central sobre cómo realizarlas. Esto implicó que cada Centro debió crear sus propias mecánicas para poder difundir la información de la Estrategia. En algunos centros la dupla se preocupó de realizar reuniones y talleres para todos los/as funcionarios/as, mientras que un Centro en particular, el agente que fue capacitado renunció, lo que implicó que otro actor tuviera que asumir la responsabilidad de realizar las capacitaciones, lo que retrasó las capacitaciones. Vemos que las realidades, tanto nacionales como locales, de los distintos Centros los presionaron de forma desigual, y sus capacidades de respuesta recayeron en gran medida sobre las duplas y los/as referentes, lo que implicó una carga de trabajo importante, la que, sin la disposición de recursos económicos destinados para recursos humanos, no hubiera sido posible enfrentar.

Se expresa en varios/as actores una percepción de precariedad en la implementación, aludiendo que ha sido difícil y descontinuada.

> *"parte un poco con esa con ese silicio un tanto fallido le llamo yo, podríamos haber ya llevado bastante más avances"* (Referente Nivel directivo)

> *"esta como resistencia que había en relación a "chuta cómo vamos a implementar una estrategia si con suerte podemos realizar lo que llevamos siempre".* (Referente local)

> *"Les haríamos un llamado a que los referentes técnicos de los servicios de cada programa se comuniquen. Que se pongan de acuerdo allá para nosotros poder accionar acá. Ya que a veces trabajamos con orientaciones diferentes con referentes diferentes siendo del mismo servicio. Esto a veces nos hace como trabajar en la ambigüedad. Lo ideal es que a nivel servicio se bajara la misma información para todos".* (GF trabajadores/as)

También se expresó un discurso que se refiere a una percepción acerca de la desorganización de la atención a las personas.

> *"siento que nosotros más bien por temas de organización interna, más bien de gestión, no nos hemos organizado bien para implementar la estrategia, porque la estrategia en si es buena, se entiende el objetivo de atender al usuario y que en vez de que venga varias veces como lo hacemos ahora; que venga una vez por hipertensión, otra por hipotiroidismo, otra por artrosis. En vez de eso, que venga una vez y en una hora poder ver todo eso, incluso salud mental… Nos complicamos, por ejemplo, en las agendas,*

> *como crear una agenda, como coordinar por ejemplo que un día a una posta vaya el médico y también la enfermera que se atienda en duplas o como abrir la agenda".* (GF trabajadores/as)

La implementación es variable, diversa, progresiva y "en la medida de lo posible".

> *"pero me… pasaba lo mismo que la bajada local fue mucho desde la propia intención y desde el propio conocimiento y el ir aprendiendo en el camino". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

Estado de avance de la instalación

Descripción de la organización actual para la implementación de la estrategia

Criterios para los ingresos

El Estado actual de los Centros de Salud Familiar es variado. Sin embargo, todos los centros han podido realizar una caracterización y priorización de los usuarios en G3, G2 y G1. Así, los estados de avance son variados, algunos Centros han podido avanzar hacia la atención de G2 y G1, mientras que otros se han mantenido solo en personas calificadas como G3. El factor que muestra mayor relevancia en este punto es la capacidad de las duplas de poder generar dicha caracterización y poder así organizar y gestionar los ingresos y los controles. Esto se vincula con la capacidad de realizar llamados telefónicos, utilizar computadores con software adecuado, y disponer de espacios para realizar los controles. Además, los distintos estados de avance de las capacitaciones también son un elemento para considerar dentro de esta etapa.

> *"La estratificación (la realizamos) de acuerdo a las patologías, donde se clasifican en G1, G2 y G3. Primero ingresamos durante 2020 a los pacientes G3 y a aquellos con hemoglobina glicosilada mayor a 9% por ser los más complejos. En 2021 continuamos con pacientes G3 y se agregaron los G2 y algunos G1 que tengan antecedentes cardiovasculares."* (Equipo ECICEP)

Capacitaciones

Todos los Centros comenzaron conformando a sus duplas y capacitando tanto a personal médico como no médico, estas tareas ya están cumplidas en la mayoría de los Centros, mientras que en otros aún falta capacitar a algunos/as funcionarios/as. Todos los actores entrevistados/as de los seis Centros mencionan que el funcionamiento de las duplas está consolidado, esto ha implicado que todos los establecimientos logren avanzar en la cobertura de los distintos grupos priorizados, sin embargo, el estado de

avance en estos grupos es dispar, hay Centros que aún están atendiendo a usuarios G3, mientras que otros Centros han podido avanzar hacia G2, incluso existe el caso de un Centro que está atendiendo a usuarios G1.

> *"Por ejemplo, partimos con G3, ahora queremos enfocar G2 e incluso G1. No hemos partido por G0 en el sentido estamos haciendo como pasos, ya queremos tener un… Ir avanzando a medida de lo que nosotros ya nos vamos a empoderando de la estrategia, no queremos abarcar todo porque nos vamos a perder."* (Equipo Directivo)

Organización, distribución de roles y funciones de los equipos

Las tareas de las duplas son variadas, en algunos Centros las duplas se encargan del ingreso, derivación y seguimiento, mientras que en otros Centros se encargan solo de la atención. Esta distribución de tareas depende en parte de la formación que tengan las duplas y del estado de avance del Centro. En un principio la tarea principal de las duplas y del/la referente fue realizar la priorización de la población, luego, habiendo avanzado simultáneamente con la capacitación de funcionarios, avanzaron hacia la distribución de tareas más específicas, como el ingreso y seguimiento de los usuarios. La consolidación de las duplas es un éxito en los Centros, esto es reconocido por los distintos actores entrevistados.

También en el discurso se reconoce el enfoque integral de la Estrategia, incluyendo en las duplas a nutricionistas, psicólogos/as, enfermeras, entre otros profesionales de la salud, lo que guía las atenciones desde una perspectiva más compleja y multidisciplinar. La capacidad de empoderamiento de las duplas y de los funcionarios/as en su conjunto es un gran avance según los/as entrevistadas, lo que ha impactado de forma positiva, por ejemplo, en el aumento de los tiempos de atención, así como en las derivaciones y seguimiento de los/as usuarios/as, esto se refleja en una optimización de los recursos disponibles.

> *"El trabajo en duplas, yo creo que eso es lo más importante, porque el usuario puede hacer conciencia de que quizás no solo sus patologías médicas se basan en lo que es una atención solo de médico"* (Equipo Directivo)

El empoderamiento de los equipos más allá de las duplas es algo variable, y depende en gran medida de la capacidad de los/as referentes ECICEP y de los/as directores/as de los Centros para poder gestionar distintas actividades que busquen la cohesión del grupo.

Actividades vinculadas a la implementación de la ECICEP reconocidas

Las actividades reconocidas por los distintos actores, son coherentes con lo propuesto en el Marco Operativo, reconociéndose los: procesos de sensibilización y capacitación, los ingresos en dupla, los llamados telefónicos por parte de la TENS, visitas domiciliarias, la articulación de los planes consensuados, entre otros.

> *"en primera instancia se capacita al equipo gestor, que en esta CESFAM está a cargo de una enfermera principalmente y un médico. (Actor clave equipo Directivo CESFAM)*

> *Actualmente tenemos los ingresos en duplas que se realizan por sectores. También tenemos los seguimientos telefónicos. Visitas domiciliarias no hemos implementado porque no tenemos recurso móvil desde la pandemia porque se priorizaron para otras cosas, y porque tampoco hay un equipo que tenga el tiempo para poder hacerlo.* (Referente ECICEP CESFAM 1)

> *"que se estén realizando los controles, que se estén realizando los ingresos, que efectivamente existan las derivaciones, que sean pertinentes a cada caso y el plan consensuado que hay con el usuario".* (Actor clave equipo Directivo CESFAM 4)

Cabe destacar que uno de los CESFAM al no tener un box disponible, en virtud de la distribución de los espacios en contexto de pandemia, el equipo se adaptó y generó una propuesta de ingreso saliendo a terreno y realizando visitas domiciliarias, esto permitió recabar información fundamental sobre el entorno del paciente, familia y factores biopsicosociales que influyen en el proceso de salud enfermedad.

> *"nosotros nos caracterizamos por ser un CESFAM muy pequeño, con una población que escapa justamente en los espacios que nosotros podemos dar de atención. Por lo tanto, tuvimos que readecuar muchos espacios, cambiar muchas veces horarios de algunos profesionales para que por tener el espacio físico adecuado. También tuvimos que diseñar muchas veces la estrategia bajo el modelo de visita domiciliaria para poder dar inicio de alguna otra forma, porque lamentablemente no contábamos con el espacio físico para poder darle atención a los usuarios". (Actor clave equipo Directivo CESFAM 4)*

Protocolos

El siguiente punto que se analizó fue el estado de avance de los protocolos internos de los distintos Centros de Salud. Desde el nivel central se instruyó a los Centros a generar sus propios protocolos donde se deben mencionar elementos como la priorización, ingresos, gestión de los controles y derivaciones. Debido a la complejidad territorial de cada Centro el avance en la creación de los protocolos es heterogéneo. A la fecha del estudio uno de los CESFAM ya contaba con un protocolo validado, mientras que los otros aún estaban en etapas previas a la validación.

> *"Nosotros tenemos un protocolo local de cardiovascular y también un protocolo de la estrategia de cuidados integrales, los cuales se armaron durante este proceso de acreditación. Este protocolo incluye flujogramas, la priorización de quiénes iban a ingresar, cómo se iban a hacer los seguimientos, los indicadores que íbamos a evaluar."* (Referente ECICEP)

> *"Si este es el número 2, el número 2 porque el número uno fue el protocolo de implementación. Este ya es más avanzado ya dando 3 años ya de ruedo en la cual cambiamos los criterios de inclusión, cambiamos un poco el escenario a duplas sino que otros profesionales, la frecuencia de intervención, determinamos un objetivo un poco más ambicioso. Básicamente flujogramas y protocolos un poco más específicos a lo que nosotros ya queremos. Un poco visualizando, teniendo la experiencia de este primer protocolo de implementación o sea este protocolo ya un poco es el que nosotros está más firme."* (Equipo Directivo)

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los elementos que se visualizan en los protocolos en fase de diseño y/o validación de cada CESFAM:

Tabla 5 *Elementos descritos en los Protocolos por CESFAM*

Marco Operativo ECICEP 2021 Subsecretaría de Redes Asistenciales

Descripción	Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad
Requisitos mínimos para implementación	A nivel de servicio de salud se necesita de la voluntad política de la autoridad del servicio, revisión y formulación del rol de referentes temáticos, la conformación de un equipo líder en coordinación con las subdirecciones de servicio de salud, la difusión y sensibilización de la estrategia como tal. A nivel de atención primaria se necesita de un equipo implementador en centros de salud con la ideal realización de reuniones semanales en las que se involucren referentes del servicio de salud y encargados comunales de la ECICEP
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	Estratificación de la población según pirámide de Kayser para dimensionar el nivel de complejidad y riesgo de las personas de cada centro de salud, adicionalmente se indican criterios de sub-priorización para Cuidado Integral de la multimorbilidad severa (G3)
Programación operativa y gestión de Agenda	Para la programación de multimorbilidad se debe considerar la estratificación de riesgo de la persona en la oferta de prestaciones que se le otorguen. Durante el primer año de programación operativa con mirada de multimorbilidad, se sugiere evaluar los coeficientes técnicos de programación de las actividades semestralmente, con el objetivo de evaluar la continuidad o la modificación de estos. De ese modo, se estimarán el número de profesionales/TENS requeridos, las jornadas requeridas y la oferta de cupos de ingreso/ control de personas con multimorbilidad para luego concretarlo en diferentes agendas en el centro de
Evaluación de estrategia	Para la ECICEP, se han definido cuatro actividades específicas con registro de producción mensual, desagregadas por sexo, tramo de edad, beneficiarios, migrantes y pueblos originarios. A saber: Ingreso atención integral (REM A05, sección V), Plan de cuidado integral elaborado (REM A05, sección V), Control integral (REM A01, sección F), Seguimiento a distancia (REM A01, sección F), Reportes de estratificación (Servicios de Salud)

Centro de Salud Familiar San Felipe El Real - San Felipe (No contaba con propuesta de Protocolo a la fecha del estudio)

Descripción	No existe
Requisitos mínimos para implementación	No existe
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	No existe
Programación operativa y gestión de Agenda	No existe
Evaluación de estrategia	No existe

Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Ahumada Lemus - Santa María

Descripción	No aplica
Requisitos mínimos para implementación	Conformación de equipo: - Medico sector: Ingresos (Dupla) y control ECICEP. - Enfermera ECICEP: Ingreso (Dupla) y control ECICEP. - TENS ECICEP: Seguimiento a distancia vía telefónica. - Gestora de casos: Apoyo en filtración/Estratificación, agendamientos y distribución de información a sectores. - Equipo multidisciplinario sectores: Controles Kinesiólogo/a, QF, Nutricionista, Médicos, EU, Psicólogo/a, Matrona, Asistente social, odontólogo/a.
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	No aplica
Programación operativa y gestión de Agenda	Ingresos: Con agendamiento previo, se realizará 1 ingreso por hora, en dupla. Estos Ingresos serán derivados previa filtración por gestora de casos: Se revisará previo ingreso estado de exámenes de laboratorio, vigencias disponibles, estado de recetas y últimos controles de salud. Control: De acuerdo con plan de cuidado consensuado, se dispondrá según riesgo a realizar control de 45 min, según corresponda. Se podrá considerar controles con profesional específico y/o bien establecer flujo de controles por dupla cada cierto tiempo según se estime necesidad al ingreso (considerar mínimo dos controles integrales al año), así mismo se podrá determinar contexto espacial de los controles el cual podrá ser presencial en CESFAM o en domicilio, según variantes examinadas al ingreso. Seguimiento: TENS ECICEP dispondrá de 4 seguimientos por hora, establecido de manera remota por vía telefónica, deberá cumplir estimación de 4 a 6 seguimientos al año.
Evaluación de estrategia	Existencia de una encuesta de satisfacción usuaria aún no aplicada.

Centro de Salud Familiar Cordillera Andina - Los Andes

Descripción	Protocolo de atención de pacientes en condición de multimorbilidad, por el cual se establecen las bases teóricas y prácticas del programa del homónimo basado en la estrategia ministerial ECICEP respecto al abordaje adecuado de los cambios demográficos y aumento de enfermedades crónicas no transmisibles con la morbimortalidad que estas conllevan. Este programa dirigido a pacientes mayores de 60 años que cumplan la categoría de estratificación de condiciones crónicas G3 (5 o más) y G2 (2 o más) de acuerdo a la pirámide de Kaiser al igual que cualquier paciente egresado de hospital con diagnóstico de Infarto agudo al miocardio, Enfermedad renal crónica etapa 3 o mayor, o Accidente cerebrovascular de cualquier edad.
Requisitos mínimos para implementación	Mantener vigencia de protocolo de multimorbilidad y la designación con posterior permanencia de un equipo implementador denominado Equipo de Multimorbilidad compuesto por el profesional encargado y el referente técnico ECICEP a nivel de CESFAM. Para cada uno de los tres sectores se requiere de duplas ECICEP con apoyo de TENS designado al sector.
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	Flujograma de atención con ingreso ECICEP con dupla de médico junto a otro profesional, en el cual se realiza un abordaje de las enfermedades crónicas designadas según sistema de registro RAYEN, incluyendo un plan de cuidados consensuado entre la dupla y usuario, confección de una cartilla de medicamentos y relleno de formularios de acuerdo con sus condiciones crónicas. En el caso específico de egresos hospitalarios con riesgo cardiovascular alto, se informa al departamento de gestión hospitalaria SSA hacia APS, se realiza la gestión administrativa solicitando la batería completa de exámenes, entrega de hora médica para ingreso a ECICEP y derivación a CCR en caso de ACV; finalmente al ingreso ECICEP, se entrega epicrisis a médico para la elaboración del plan consensuado.
Programación operativa y gestión de Agenda	Los rendimientos de las atenciones consisten en un ingreso presencial de 60 minutos en dupla con médico, los controles integral presenciales realizados por cualquier profesional duran 30-45 minutos y los seguimientos telefónicos realizados por cualquier profesional duran 20-30 minutos. La concentración de las atenciones corresponde a 2-4 tanto para atención presencial como telefónica.
Evaluación de estrategia	Se realiza evaluación según los indicadores ECICEP, llámese la Cobertura de usuarios con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que cuentan con controles integrales según el porcentaje de usuarios que tuvo al menos un control integral en el año con un umbral de cumplimiento del 30%, y la Cobertura de usuarios con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que cuentan con planes de cuidados según el porcentaje de usuarios que fueron entregados la prestación de “Plan de cuidados” con un umbral de cumplimiento del 20%. Ambos indicadores son recopilados desde RAYEN y cuentan con periodicidad anual, son aplicados a médicos y nutricionistas del CESFAM, y la dupla ECICEP es responsable de la evaluación de los indicadores.

Centro de Salud Familiar Maria Elena Peñaloza - Panquehue

Descripción	El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente". La Pirámide de Kaiser identifica 3 niveles de intervención según nivel de complejidad de la persona en situación de cronicidad, a lo que se agregó la promoción de salud y prevención a nivel de toda la población en el nivel 0. Así, encontramos cuatro estratos: Nivel G0: Personas sanas con o sin factores de riesgo (sin cronicidad), o sin identificación de 43 condiciones crónicas, la principal estrategia a realizar son actividades preventivas y de promoción de la salud, potenciando acciones participativas con la comunidad e intersector. Nivel G1: Presencia de 1 condición crónica. Personas en bajo riesgo, con condiciones en estados incipientes. Principal estrategia es el apoyo para su automanejo, en el contexto de que las personas sean atendidas de la manera más adecuada, asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados Nivel G2: Presencia de multimorbilidad (2-4 condiciones crónicas). Alto riesgo, pero menor complejidad. La principal estrategia es la gestión de su condición de cronicidad, combinando cuidados profesionales con apoyo al automanejo. Nivel G3: Personas con situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas. Es prioritaria la gestión integral de la persona en situación de cronicidad con cuidados profesionales fundamentalmente, utilizando un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención de complicaciones, coordinación y atención conjunta de áreas de salud y social.
Requisitos mínimos para implementación	Se asignan responsabilidades, donde los encargados de efectuar la estrategia son Médicos, Nutricionistas, Enfermeras, TENS y otros profesionales que estén en directa relación con la atención de Usuarios en contexto de cronicidad y multimorbilidad definidas por el plan de intervención individual realizado para cada paciente del CESFAM María Elena Peñaloza Morales, Panquehue.
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	Se describe necesidad de cambio de modelo, pasando de uno reactivo que se centra en la enfermedad, a un enfoque preventivo centrado en la persona. Desde el Modelo se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado, los cuales desde la Estrategia se enfocan en la promoción, prevención y manejo de la cronicidad.

Programación operativa y gestión de Agenda	1. Los usuarios se citarán según la estratificación de riesgo (información extraída de IRIS por encargada del programa), de los cuales se priorizan G3 y G2, así como también los usuarios dados de altas por los Hospitales HOSCA y HOSLA con diagnóstico de IAM, ACV y/o Amputaciones y Usuarios con diagnóstico de Demencia (independiente de su estratificación), quienes serán atendidos bajo esta modalidad para realizar plan de intervención y seguimiento actividad realizada por el encargado de la ECICEP. 2. Todo usuario será comunicado por teléfono por dupla (Encargada/ TENS) de ECICEP. En contexto de pandemia se realizará una pauta de sintomatología respiratoria, para determinar si presenta riesgo para toma de exámenes y/o consulta presencial, además de dar indicaciones de ayuno de 12 horas para realizar los exámenes (y realizar ordenes de exámenes si es necesario) 3. TENS asignara hora para toma de exámenes, los cuales se realizarán en forma presencial en el CESFAM. Se podrán tomar exámenes en domicilio por parte de TENS, de acuerdo con protocolos vigentes de COVID, si el usuario así lo requiera por problemas con movilidad física. 4. Los exámenes solicitados serán los de la batería de exámenes de PSCV, los cuales contemplan: HGBA1C, HCTO, HGB, TSH- T4 libre, CREATININA EN SANGRE, RAC, ELECTROLITOS, PERFIL LIPIDICO, ORINA y Electrocardiograma. 5) Una vez realizados los exámenes de control, estos serán impresos por dupla ECICEP, se deberá llamar nuevamente al usuario (en contexto de pandemia deberá aplicar pauta de sintomatología respiratoria por vía telefónica se asignará una hora con la Dupla de atención de su sector para realizar el Ingreso. En este control es ideal que participe, en lo posible un integrante de la familia y/o cuidador. 6) Las horas serán asignadas con un rendimiento de 1.15 horas por paciente para el ingreso ECICEP realizado por la dupla del sector, que estará constituida por Médico y Nutricionista, donde estos profesionales desarrollarán un plan de intervención individual en conjunto con el usuario, a este plan de intervención se le dará seguimiento desde los equipos de cada sector, quienes deberán asignar una TENS para esta importante labor. Los siguientes controles del plan de intervención se solicitarán por rayen y por escrito, para que el personal de SOME pueda asignar las siguientes horas. 5. El plan de intervención individual deberá mantener el mismo formato (profesional, objetivos, actividad y periodicidad) que se mantiene con los planes de intervención familiar, abordando al usuario en todas sus dimensiones biológico y biopsicosocial. Este plan es individual y el paciente debe estar de acuerdo y firmarlo en el ingreso y luego en próximos controles se irá modificando o incorporando nuevas intervenciones según el usuario lo necesite. 6. Los TENS encargados de la ECICEP deberán llamar a los usuarios que tienen control de seguimiento con la dupla de atención, con la finalidad que se tomen los ex necesarios previamente para una óptima atención, ya sea si le corresponde HGB A1C, RAC, Glicemia, ECG o algún examen de control solicitado. 7. Cada usuario debe asistir por sus propios medios al CESFAM, a menos que requiera del traslado de paciente por condiciones de salud y/o dificultad para el traslado. 8. En situación de Pandemia y en casos muy justificados ejemplo: paciente del PAD, otros; se podrá llevar a cabo el control por parte de la dupla en el domicilio del usuario, utilizando todos los EPP, además de las medidas higiénicas necesarias para resguardar la salud e integridad de los usuarios y/o funcionarios.

Evaluación de estrategia	Se realiza Evaluación de cumplimiento según Programación realizada para el año correspondiente y según instrumento MAIS - 20% de la población G3 será ingresada ECICEP y será atendida durante el año 2022 - 5% de la población G2 será ingresada ECICEP será atendida durante el año 2022 - 80% de la población G3 ingresada al programa ECICEP tendrá control durante el año 2022 - 80% de la población G3 ingresada al programa ECICEP tendrá Seguimiento a distancia durante el año 2022 - 5% de la población G2 ingresada al programa ECICEP tendrá Seguimiento a distancia durante el año 2022

Centro de Salud Familiar Valle Los Libertadores - Putaendo

Descripción	No aplica
Requisitos mínimos para implementación	Profesional encargado de la ECICEP.
Desarrollo de estrategia: Cómo avanzar hacia el cuidado integral centrado en la persona	No aplica
Programación operativa y gestión de Agenda	Rendimiento: personas con riesgo moderado (G2) 45 minutos y alto riesgo (G3) 60 minutos. El profesional Médico + profesional no médico o bien 2 profesionales no médicos realizará ingreso a la estrategia además de un plan de cuidado integral consensuado. En el momento del ingreso, se deben realizar todos los controles atingentes a las patologías del usuario. El Médico y el profesional no médico que recibe al usuario debe atenderlo según estratificación.
Evaluación de estrategia	No aplica

Recursos identificados para la ejecución de la estrategia

Los recursos económicos han sido constantes, lo que ha permitido que algunos Centros conformen duplas por sectores, pudiendo expandir la Estrategia a una parte importante de la población usuaria, especialmente los usuarios G3. Los recursos económicos para otros fines, como por ejemplo material de papelería, tecnología como computadores, celulares y planes de telefonía, deben obtenerse a través del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la que administrativamente es distinta y requiere de otros actores, lo que complejiza la obtención de dichos recursos.

> *"Con eso contamos principalmente y de otros insumos tenemos unas botellitas que son para las sensibilizaciones que se los entregamos a los profesionales, a los usuarios ,pero todo eso ha sido en base al MAIS no hay ,como, un recurso aparte para el ECICEP para hacer insumos y ese tipo de cosas."* (Referente ECICEP)

> *"También se ha avanzado en tener un plan de cuidado, y además por parte de MAIS se está haciendo monitoreo y auditoría de nuestra clínica, siguiendo protocolos."* (Equipo ECICEP)

Evaluación

Al momento de consultar por la presencia o no de procesos de evaluación, a nivel general y por parte de los distintos actores participantes del estudio, se describe una ausencia de ellos. Su fundamento radica principalmente en lo incipiente que se encuentra la puesta en marcha de la estrategia y en segundo lugar, se plantea la escasez de recursos para dicha acción, sin embargo se reconoce un monitoreo inicial por parte del Ministerio de Salud en temas vinculantes a los ingresos, contratación de recursos humanos y capacitaciones realizadas.

> "*Eso es algo que no tenemos bien estipulado, es una tarea que tenemos poder sacar indicadores, pero no hemos podido sentarnos a trabajar para decir "esto lo vamos a ver de esta manera, este va a ser su indicador" no, todavía no hemos logrado eso*".(Actor clave equipo Directivo CESFAM 3)

> "*Eso nos falta todavía… No nos da el tiempo lamentablemente como equipo de salud para poder hacer ese tipo de intervención o investigaciones o seguimiento ¿ya? pero insisto, es una estrategia que viene muy bien para la población nuestra, focalizada en la parte integralidad pero perdemos aún o no conocemos aún el impacto*". (Actor clave equipo Directivo CESFAM 4)

> *"Evaluaciones propiamente tal hasta este año no ha habido, al menos con metas específicas, como pasaría con otros programas. Pero este año nos pidieron un corte de información respecto a capacitaciones que se han hecho y la contratación de personal. Esos serían los únicos indicadores que nos han pedido al menos… No hemos llegado a ese punto de pedirnos resultados o indicadores en sí". (*Referente ECICEP CESFAM 1)

Avances reconocidos en la puesta en marcha de la Estrategia

Dentro de los avances reconocidos por los distintos actores se encuentra la visibilidad de la implementación de la estrategia, identificando su sello y principios orientadores:

> *"Nosotros en Junio fuimos visitados a nivel comunal por el ministerio, si bien nosotros llevamos poquito tiempo con la estrategia implementada, llevamos avances importantes y que van muy en la mano de lo que el ministerio quiere, de hecho también nos pidieron nuestro protocolo y nos pidieron que si existía la opción pudiéramos presentar cómo es que ha estado implementada la estrategia, porque si bien hay otros CESFAM que tienen implementada la estrategia desde antes es un cardio extendido, que es el control por médico y enfermera o nutricionista en 1 hora… de hecho nos opusimos a que los pacientes que ingresaran a la estrategia fueran pacientes cardiovasculares, y trabajamos con otro perfil de usuarios, de salud mental, demencias, pero tratamos de que no fueran usuarios del cardiovascular porque queríamos implementar la estrategia como debía ser, porque sabíamos que si ingresábamos pacientes cardiovascular en eso nos íbamos a convertir". (*Actor clave equipo Directivo CESFAM 3)

Por otro lado, se visualizan avances en términos de gestión y acceso, en donde se reconoce la creación de agenda a través del SOME, lo que facilita el seguimiento, así como también los ingresos a través de la atención en dupla, lo que se comienza a instalar como un sello identitario de la estrategia.

> *La creación de agenda en SOME, porque hay mucha resistencia al cambio, hay muchos funcionarios que llevan muchos años en el CESFAM, entonces cuesta llevar a cabo ideas nuevas o nuevas formas de hacer las cosas, es un gran paso hacer los agendamientos por SOME más que por mi. Y el resto lo hemos logrado como equipo cerrado, entonces esa es la idea que ahora se empiece a masificar en el CESFAM y lo hagan todos los médicos que están capacitados.* (Referente ECICEP CESFAM 4)

> Hemos avanzado harto, al menos en la identificación de los profesionales para la derivación. Si comparamos un año atrás, la derivación era casi un tirabuzón. Al final era un paso muy largo para que ese usuario llegara al ingreso. Ahora el usuario llega al ingreso con sus exámenes tomados. También se ha avanzado en la identificación de las duplas, el seguimiento de los pacientes. *(Actor clave equipo Directivo CESFAM 1)*
>
> *"Los usuarios valoran el ingreso en dupla, nos hemos dado cuenta que eso es un cambio, valoran esa visión de que su problema no es solo sino que hay múltiples factores que pueden hacer influir, que si esta la nutricionista con la asistente social y los manda a hacer una dieta muy estricta, sabe que no va a poder comprar porque no tiene plata, ya que le alcanza para el pan y el te nomas, hay que adecuarlo y ahí trabajar en conjunto entre dos profesionales les ayuda harto". (Actor clave equipo Directivo CESFAM 5)*

Finalmente, otro de los avances reconocidos, es poder contar con funcionarios y usuarios más informados, ello ha destrabado la resistencia inicial y ha facilitado la conexión y participación de los distintos actores.

> "*Hay mucha menos resistencia que antes, ahora ya está inmerso, osea ya hablan, antes era como "ECICEP, qué es eso?" ,como que no pescaban, incluso había como un rechazo. Ahora es como "aaah no, ECICEP" (tono de "aah si, cacho perfectamente"). Ahora ya saben que tienen que mandarlo a hablar acá o saben cómo resolver y si no estamos, ah no, hablamos con xxx y así como que "ya ya"...no sé cuál es la palabra…yo te lo digo así como, como más vulgar que "ya los convencí", pero yo creo que hay un mayor conocimiento y entendimiento de lo que es la estrategia, de lo que es esto, ya? que es lo que te decía al inicio, que no es un programa más, sino que es una manera que todos vamos a terminar atendiendo en el futuro, entonces y de que todos en algún momento van a llegar a estar atendiendo de esa manera. Entonces yo creo que mi objetivo inicial era traspasarles eso, traspasarles lo que realmente es, y yo creo que sí, lo estoy, o sea, no con todos, porque vamos convenciendo de a poco ya? Pero si lo que hemos ido ya, ya estamos, están en ECICEP, ya entienden lo que es".* (Referente ECICEP CESFAM 6)

Satisfacción

En términos generales a través de las distintas narrativas, se puede describir un nivel de satisfacción favorable con la puesta en marcha de la estrategia, la que se fundamenta en los tiempos de atención, el sello de la atención en dupla y el proceso de continuidad que se formaliza con el usuario/a.

> *"La gran parte de los usuarios están muy contentos con la estrategia, que el ingreso dure 1 hora les genera un ¿y no me va a ver en 15 minutos? (con tono de sorpresa), y que puedo hablar todo el rato, es súper gratificante, así como también hemos tenido usuarios que no han querido la atención, que la encuentran muy larga, que reclaman porque le molesta que los llamen, que sea tan larga, pero han sido 1 o 2." (Actor clave equipo Directivo CESFAM 3)*
>
> "*Una gran cantidad de usuarios nos han manifestado que les gusta la estrategia. Aquí nosotros sectores de población con bajos recursos y muchas veces se gasta dinero en venir a control con médico y luego con nutricionista, por lo que les alegra poder atenderse inmediatamente con ambos profesionales."* (Entrevista Grupal CESFAM 2)
> "En los controles me han tratado súper bien, me atiende la doctora con nutricionista, me revisan los exámenes, me revisan los pies, si es que hay algún problema en la vista, el azúcar que tengo en la sangre, y me siguen citando cada cierto tiempo para ver exámene". (Entrevista Usuarios CESFAM 2)

"*Cuando les hemos preguntado a los usuarios, han visualizado que es la forma en que siempre buscaron o quisieron que los atendieran. De hecho, cuando yo atiendo en dupla con los médicos, los pacientes refieren que nunca les habían hecho tantas cosas en una atención, o que nunca les habían preguntado tantas cosas, por ejemplo"*.(Referente ECICEP CESFAM 1)

También ahora nos dan una hoja con las atenciones que tendremos con psicólogo, químico farmacéutico, todo está dentro de los controles. Siento que existen más ayudas. (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 1)

Además que antes era cada 3 meses con doctora, luego en 3 meses con enfermera, 3 meses nutricionista, etc. En cambio, ahora nos atienden de a dos y los otros controles son más cercanos. (Entrevista Grupal Usuarios CESFAM 1)

Sin embargo en esta categoría de indagación aparecen algunos elementos, que podrían plantearse como plan de mejora, entre ellos: la necesidad de fortalecer el monitoreo y evaluación, fortalecer el tipo de capacitación que se ha realizado el que debiese avanzar a una formación según los niveles o fase en que se encuentre cada CESFAM y la formalización del profesional de enlace con el nivel secundario.

> *"Me podría identificar como medianamente satisfecho, a pesar de que una estrategia que a mí me gusta bastante pero medianamente satisfecho… puesto que aún no veo el impacto real yo le pedí al equipo que todos los usuarios que fueron ingresados, me gustaría saber, por ejemplo, si el usuario fue ingresado en estas condiciones, ver cómo está en 3 o 6 o 9 meses más ¿cierto? si es que hemos logrado cumplir algunos objetivos consensuados o, por el contrario, lograr mejorar sus condiciones de estado de salud. Eso nos falta todavía…"(Actor clave equipo Directivo CESFAM 4)*

"Regular ya? por lo mismo que te he hablado de que falta la capacitación, faltan lineamientos, falta, por ejemplo, algo super importante que es el profesional de enlace que con el hospital se supone que nos vinieron siendo el inicio que viene un profesional de enlace, que es con el hospital. Se supone que nos vienen diciendo desde el principio que viene un profesional de enlace… Entonces tú haces todas las gestiones acá: llamaste el usuario, seguimiento, control, gestionaste para acá, para allá, interconsulta… y ahí quedaste atado de manos, 3 meses esperando la interconsulta" (Referente ECICEP CESFAM 4)

"Creo que puedo decir que me siento con un 40% de satisfacción con lo que podríamos haber hecho como establecimiento en la implementación de la estrategia. Esto debido a varios factores: malas decisiones, falta de apoyo, el mal acompañamiento a nivel de servicio de salud. Por ejemplo, hay funcionarios que ven como algo muy positivo la implementación de la estrategia en beneficio de los pacientes, pero también notan que es otra carga laboral más para lo que ya hacen, además que no hay un aumento de presupuesto en personal, por lo que a algunos les ha costado entender que aquí vamos a hacer más trabajo, sino que, al contrario, vamos a tratar de potenciar lo que ya estamos haciendo u optimizarlo". (Referente ECICEP CESFAM 1)

Facilitadores y barreras en el proceso de instalación

Los facilitadores

Los/as directores/as mencionan las **capacitaciones** como un facilitador importante, el que permitió avanzar de buena manera en los distintos Centros. También mencionan que el **apoyo de las autoridades locales** ha permitido poder acelerar ciertos procesos de gestión que sin su colaboración habría sido difícil lograr. La importancia de contratar **personal de dedicación exclusiva** para la Estrategia es mencionada de forma sistemática por estos actores, lo que revela que el **apoyo económico** ha sido permanente durante toda la implementación.

Por otro lado, los/as referentes ponen el énfasis en la **buena coordinación** entre las duplas, y entre las duplas y los distintos funcionarios de los Centros, como por ejemplo el SOME. Esta relación de colaboración es favorecida por los/as directores/as, quienes manifiestan confianza en el trabajo que despliegan las duplas.

Finalmente, cabe destacar que **la flexibilidad de la Estrategia** ha permitido que los distintos Centros creen dispositivos internos adecuados para sus propias realidades territoriales, que les permiten desplegar de mejor manera sus recursos humanos y económicos. Un ejemplo de esto es el **seguimiento domiciliario**, el que se implementó uno de los Centros durante el período de pandemia de COVID-19, en el cual los usuarios con multimorbilidad no podían asistir a controles, este dispositivo se ha mantenido gracias a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos. Otro dispositivo que ha facilitado el proceso de instalación es la creación de **distintos comités** que se enfocan en la observación y mejora de distintos procesos administrativos, estos comités tienen un origen diverso, pero son conformados y organizados por los/as referentes.

> *"Como facilitadores serían la sociabilización de la estrategia en los equipos, en las reuniones técnicas. El flujograma que se hizo, la identificación de las duplas."* (Equipo ECICEP)

> *"Con los años se ha ido consolidando el modelo gracias a la docencia que tenemos con la Universidad de Valparaíso, ya que la directora anterior también era médico de familia y hacía clases en el campus, por lo que los internos llegaban con ideas para las prácticas."* (Referente ECICEP)

> *"Yo siento que una gran facilitadora es la gestora XX, quien efectivamente tiene un perfil muy proactivo, con mucha autonomía y que logra instalar estos temas y hacer hacer sentir a los demás, como invitarlos y que ellos sean muy receptivos a tomar esta invitación"* (Actor Clave)

Las barreras

Según los/as directivos/as el estallido social como contexto sociopolítico limitó y fracturó la puesta en marcha inicial, teniendo que postergar las capacitaciones propuestas y reorientar la planificación de los recursos.

Luego se suscita el contexto sociosanitario de la Pandemia el que determinó la reasignación de profesionales, espacios físicos y objetivos de trabajo.

> *"La pandemia, claramente fue una limitante de poder desarrollarla en su momento, yo creo que la tardanza en nuestro caso, de la capacitaciones, que llegaron tarde, en el momento que se nos pidió instaurarla no había, que siempre yo siento que es un poco lapidaria."* (Equipo Directivo)

Otra barrera que se aborda es la dificultad de poder disponer de espacios físicos dentro de los Centros de Salud, esta barrera tiene mayor frecuencia entre los distintos actores entrevistados/as.

> *"el tema del espacio también porque este CESFAM es pequeño entonces las oficinas ya estaban destinadas para cada profesional, entonces al ingresar un equipo nuevo tenemos que andas viendo box, ver en qué momento están desocupados y al final también por eso optamos por las visitas domiciliarias porque no tenemos que ocupar un box para cada atención".* (Referente ECICEP)

> *"Mira lo primero de ellos, el espacio físico, como siempre lo he dicho. Otro factor bastante importante, la dispersión geográfica de nosotros, de verdad que es un obstaculizador".* (Equipo Directivo)

Dentro de los recursos económicos que, entre otras cosas, permitieron contratar recursos humanos para comenzar a implementar la Estrategia, no se consideraron las necesidades de espacio físico que cada Centro requería para poder ejecutar la Estrategia, entendiendo que los/as referentes y las duplas, requieren espacios que consideren escritorios, y computadores para trabajar.

Por otro lado uno de los ejes que emana desde el nivel central es la importancia de que cada Centro sea capaz de generar sus protocolos considerando sus realidades de recursos humanos y territoriales, lamentablemente esta instrucción no fue clara, y se conformó como una barrera para el proceso de construcción de los protocolos, lo que llevó a confusiones.

> *"Una ha sido la confusión entre el control cardiovascular y ECICEP. Esto nos ha generado un gran caos en las agendas, pacientes que asisten a ambos controles y se utilizan horas de más."* (Equipo ECICEP)

Por otro lado, se mencionan elementos como la resistencia al cambio por parte de las/os funcionarios.

> *"Otro de los obstáculos o barreras eran los mismos funcionarios; el rechazo, el rechazo al cambio, el desconocimiento, "qué es lo que es esto?", como no lo conocían, no tenían idea, como que ni siquiera lo pescaban, o incluso ponían como límites."* (Referente ECICEP)

La forma tradicional de trabajar y gestionar los programas es una barrera para visualizar con claridad cuáles son los desafíos que se deben superar.

> *"hemos empujado nosotros en el establecimiento que todos se empapen con esta forma distinta de atender y que la dupla gestora ¡es dupla gestora! o sea gestiona justamente que todo esto suceda pero no es la encargada de…" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"aquí la persona ingresa al ECICEP, se hace la estrategia (se da una hora, se hace la intervención) pero después vuelve al sistema antiguo, vuelve a atenderse igual como se atendía siempre, con las mismas intervenciones de antes, como que no ha tenido continuidad, parte y luego se pierde… al menos yo hago del punto de vista médico es ver la parte médica, pero el trabajo en equipo es lo que falta engranar". (GF trabajadores/as)*

La percepción de que la nueva tarea implica también más trabajo o más recursos que no existen, como tiempo, también está presente.

> *"Algo así como "mejor no le preguntes como está…porque vas a abrir una puerta que no vas a poder cerrar en el tiempo que tienes". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"porque ECICEP deberían ser todos pero al no ser todos, el paciente tiene que venir más, porque tiene que venir a otros controles igual, en cambio si todos los médicos implementaran la estrategia podría ser distinto". (GF Trabajadores/as)*

Desafíos a futuro

A nivel nacional y local

A nivel nacional, se describen desafíos vinculados a cuatro ámbitos:

a) Necesidad de potenciar la socialización, divulgación de la estrategia y su sello.

> "*creo que es la la socialización, para qué se empoderen y se concientice que es una buena estrategia, y también a nivel nacional el ordenamiento de la estrategia, y la transversalidad de los criterios de ejecución… de implementación, ejecución y de conclusión diagnóstica de la estrategia…*"*(Actor clave equipo Directivo CESFAM 2)*

b) Búsqueda de estrategias para lograr una compensación adecuada y oportuna de los pacientes.

> "*Bueno, por una parte yo creo que el desafío más importante es la compensación, hoy día estamos trabajando un poco más allá de la promoción y prevención, estamos ya tratando a usuarios, estamos ya actuando de forma tardía como atención primaria por lo tanto, espero yo y personalmente que se trabaje en la compensación de los usuarios y evitar complicaciones futuras*". *(Actor clave equipo Directivo CESFAM 4)*

c) Necesidad de un cambio en el requerimiento de las metas, las que debieran ser coherentes con lo que se aborda en la Estrategia y de esa manera en términos administrativos modificar los formularios de registro.

> *"un desafío importante es el tema de los cambios en los requerimientos de las metas, todo tiene que tener un contexto, entonces nosotros debiéramos ser coherentes en el momento que instale esta estrategia con una mirada integral, basada en un modelo de salud familiar que está la integralidad, la continuidad, centrado en el usuario, ese modelo que bien hace tanto rato instalándose y hoy día yo siento que ECICEP viene justamente a decir que ¡que si! esta es la forma concreta que nosotros vamos a cambiar nuestra forma de atender… todo tiene que ser coherente por lo tanto ¿que debiéramos hacer nosotros? el programa cardiovascular ese formulario… para el cumplimiento de metas ya no debiera tener tanto peso… hoy día debiera haber un formulario ECICEP que tenga el peso que tiene que tener para yo invitar a*

los equipos a que ¡ese es el compromiso hoy! no sus diabéticos compensados, eso lo puedo monitorear de una forma distinta, hoy tienes que ser como estoy instalando esta estrategia, como estoy avanzando"(Actor clave equipo Directivo CESFAM 6)

d) Un cuarto desafío está vinculado a potenciar las capacitaciones, en distintos niveles y que estás sean concordantes con las modificaciones que se van realizando en el proceso.

"Nacional yo creo que es su desafío poder capacitarnos a todos, implementar la ECICEP en todos lados y que tenga lo, que logre el objetivo que busca. Que ojalá disminuyamos el impacto en la urgencia, pues eso es lo que busca, disminuir el impacto de urgencia, disminuir la hospitalizaciones y la muerte por condiciones crónicas". (Referente ECICEP CESFAM 6)

"Otro desafío es la actualización y la capacitación constante, ya que siempre se modifican ciertos lineamientos, por lo que los flujogramas deben ser muy claros para realizar atenciones eficientes y derivaciones correctas". (Entrevista Grupal Funcionarios CESFAM 2)

e) Finalmente cabe señalar que la implementación exitosa de la ECICEP depende de la superación del mayor desafío que este nuevo enfoque plantea: una transformación cultural de la forma de dar atención-cuidados a la población.

"Cuesta también hacer entender a los pacientes que ya no necesitan ciertos controles porque los tuvieron en la atención de multimorbilidad. Pero cuesta tanto para usuarios como nosotros funcionarios interiorizar esta idea, cuando ya se está acostumbrada a las atenciones anteriores. A veces incluso después de explicarles que no necesitan otro control hasta en un año más porque se encuentran bien controlados, los pacientes igual quieren venir a control". (GF rabajadores/as)

"Bueno yo creo que nosotros tenemos hoy día más desafíos que avances ¿ya? o sea yo siento que son cosas distintas yo creo que la estrategia en si es muy potente en su contenido pero que nosotros logremos ejecutarla… lo mismo que por ejemplo, lograr lo que la pauta MAIS efectivamente quiere es un camino tremendo como salud porque nosotros no estamos acostumbrados a eso, entonces este cambio cultural de atención de salud yo siento que es un camino de larga data… las cosas concretas que se han implementado propias podemos decir eso: un rendimiento distinto,

*una mirada distinta. dada por una dupla de atención que debiera invitar junta justamente a lo que la estrategia quiere sin embargo yo siento que este cambio cultural de que nosotros nos vayamos a acostumbrando a sacar ese ojo al problema de salud puntual…a la cefalea, hipertensión arterial, la diabetes… y mirar al usuario completo eso es muy largo". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

A nivel local se proponen desafíos vinculados a los siguientes temas:

a) Formalización de los protocolos por cada CESFAM, considerando las particularidades de cada centro y de esa manera un mayor articulación con lo que se viene desarrollando en el Programa de Salud Cardiovascular.

"dentro de un plan estratégico sería super bueno que todos los Cesfam de aquí a un plazo oportuno pudieran contar con un protocolo. En otros por ejemplo nos hemos encontrado que se han activado elementos más bien de orden cotidianos, como por ejemplo que todas las personas que están en el ECICEP tengan un carnet, por ejemplo; eso pudiese ser que acá no está implementado, pero a lo mejor el modelo de ese carnet que se está ocupando en otro Cesfam, pudiese ser de utilidad para el trabajo. (Actor clave equipo Directivo CESFAM 6)

"Yo creo que terminar de integrar cardiovascular con ECICEP para terminar con las confusiones y optimizar las horas de atención, lo cual es algo que se está trabajando para implementar durante 2023". (Entrevista Grupal CESFAM 2)

b) Lograr una atención en todos los niveles, con el fin de anticiparse a las complejidades que se pudiesen presentar en los grupos que aún no han sido priorizados para el ingreso a la Estrategia.

"Yo creo que el gran desafío que tenemos es que, actualmente estamos trabajando con los G3, pero falta ver cómo llegar a los G2 y G1, trabajar con la población completa. Ese va a ser nuestro gran desafío". (Actor clave equipo Directivo CESFAM 3)

c) *Aumentar el número de capacitaciones, con el fin de que a nivel territorial todos los CESFAM alcancen un despliegue adecuado y oportuno.*

"Primero que tengan más capacitaciones, porque creo que una sola capacitación es muy poquito para una estrategia nueva y lograr que todos los CESFAM puedan implementar la estrategia, porque han ido ingresando de a poquito, la idea es que todos los

CESFAM de Aconcagua lo logren". (Referente ECICEP CESFAM 4)

d) *Visualizar el abordaje de la Salud Mental tanto para los funcionarios como para los usuarios.*

"Creo que otro tema es integrar la salud mental, ya que muchas veces los controles son agotadores, sobretodo con los pacientes G3 que tienen muchas patologías orgánicas y además problemas de salud mental como depresión, ansiedad, etc. Y eso genera agotamiento en nosotros también como equipo. Por lo tanto, creo que para el próximo año es sumamente importante trabajar el tema de salud mental tanto para los pacientes como para el equipo". (Entrevista Grupal CESFAM 2)

"Incluso la salud mental muchas veces es una barrera para lograr llegar al paciente, porque si su salud mental está afectada muchas veces dejan los tratamientos, no siguen indicaciones, y luego los vemos en el siguiente control y están igual o peor, por lo que se debe comenzar desde cero y eso desmotiva al equipo. (Entrevista Grupal CESFAM 2)

e) Finalmente se propone, potenciar la formación de los profesionales, considerando como desafío el logro del pensamiento crítico y la anticipación del conocimiento sobre los pilares de la Estrategia en el pregrado.

A nivel local, creo que dentro de los desafíos pendientes está el tener un equipo que visualice la necesidad de que hay que leer y estudiar, y no solo quedarse con lo que me dijeron en una charla. Me he dado cuenta de que a los equipos les cuesta leer, y eso debe tener relación con un tema cultural a nivel nacional. Como que les falta un poco de pensamiento crítico. (Referente ECICEP CESFAM 1)

"me gustaría, ya que estamos con este trabajo con la Universidad de Valparaíso, que ojalá los colegas que vayan egresando de la universidad salgan ya con esta formación en la estrategia de cuidados integrales , lo que nos facilitaría mucho el trabajo a nosotros". (Referente ECICEP CESFAM 1)

Parte III:
Categorías Emergentes

Opinión acerca de la estrategia que abandona la mirada programática y del cuidado integral centrado en la persona

La ECICEP sustenta su implementación en dejar la lógica tradicional de los programas verticales de salud (mujer, niño sano, dental, etc.), se propone abandonar las prácticas hegemónicas con centralidad en lo biomédico, en la profesión médica, en el carácter individual de la atención, entre otras características. Esa lógica se traduce en quehaceres estandarizados, en metas sanitarias, en formas de registro, en una serie de prácticas clínicas y de gestión muy previsibles y rutinarios.

Aunque el acento explícito en documentos y capacitaciones se ha puesto en que no se trata de un programa más, de facto funciona como el "programa de la multimorbilidad", sin poder salirse de las maneras hegemónicas del quehacer en APS.

> *"nos hemos dado cuenta a lo mejor en otros lados si se aplica la ECICEP pero con esta mirada de los programas todavía. Entonces si nosotros seguimos haciendo eso no va a haber ningún cambio, entonces la ECICEP no va a hacer ningún cambio". (Referente local)*
>
> *"en algunos lugares usted a lo mejor habrán escuchado que le dicen el programa de la multimorbilidad. Si se entiende así es porque se bajó mal, ya que no es eso lo que buscamos con la estrategia". (Referente nivel directivo)*
>
> *"era como un programa fuera de las atenciones que veíamos nosotros, era un programa donde estaba el doctor … y enfermero … como tres meses. Pero nosotros lo mirábamos de afuera". (GF trabajadores/as)*

Se maneja la centralidad de la persona/paciente, de la misma manera que en el MAIS, no se hacen diferencias, por lo que las lógicas existentes no se han modificado. El paciente es un sujeto pasivo, beneficiario de los esfuerzos sanitarios, que poco y nada tiene que aportar a su manejo.

> *"Es como una reinvención del modelo de salud familiar, una estrategia que fue originada de las falencias que tiene el modelo de salud familiar actualmente, como que viene a mejorar la atención al usuario". (GF trabajadores/as)*
>
> *"la estrategia no es un nuevo modelo ya que se puede confundir con que desde MINSAL está implementando un nuevo modelo. No la estrategia lo que viene es a complementar los principios que el MAIS…" (Referente nivel directivo)*

> *"yo siento que esta estrategia está muy ligada a la pauta MAIS, al desarrollo del modelo de salud familiar comunitario, a lo que indica Alma Ata". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"ya viene como en cierto modo a operativizar lo que es el modelo de salud familiar con esa visión, con esa mirada". (Referente local)*

> *"Desde mi punto de vista, hasta ahora la estrategia no ha cumplido su objetivo… Porque una cosa es lo que dice la teoría pero otra es lo que pasa en la práctica, porque siento que seguimos con el modelo biomédico, con la consulta y no con la atención integral". (GT trabajadores/as)*

Lo que hay en el fondo es que los equipos no manejan las diferencias entre modelo (Salud Familiar), programa (normativa de atención) y estrategia (enfoque para realizar acciones). No hay claridad acerca de por qué ECICEP no es un programa, si su funcionamiento es parecido: hay un referente a nivel central y Servicio de Salud, hay un/a encargado/a local, hay ciertos recursos humanos y materiales, se registra de la misma manera que los otros programas, se deben cumplir ciertas normas, etc.

> *"nosotros no queremos que esto se convierta en un programa que ese es el riesgo que tienen estas estrategias que uno dice por ejemplo cuando nace la reforma nace la ley de las garantías explícitas en salud y la gente instala coordinadores GES y le dicen que el coordinador es el que tiene que cumplir y empieza el coordinador a llamar a los pacientes ¡y se perdió!" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"no basta con hacer una presentación que diga: "Chiquillos se nos viene este nuevo programa" …. que finalmente logré que se cambiara a no decir programa que fuese una estrategia … ya … estrategia, no es un programa, es una estrategia… "se viene esta estrategia que mira al paciente que tiene más patologías y va a ser como…se le va a hacer un plan de intervención de cuidado centrado en el… pero ¿qué es eso?..." (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"Ahí nos dijeron que era un programa nuevo, vinieron muchas preguntas, muchas dudas, estuvimos aproximadamente una hora en la reunión en el servicio, donde nos contaban que se implementaría, en ese tiempo se llamaba multimorbilidad, era como una estrategia donde íbamos a ver pacientes con todas sus enfermedades en una hora, íbamos a hacer la receta, etc. Era algo*

> *muy confuso en ese tiempo, después de la reunión quedamos con muchas preguntas…". (GF trabajadores/as)*

El concepto de plan consensuado es un principio orientador que muestra menos presencia y claridad en el discurso, tanto en el nivel directivo como en el nivel de los referentes. La puesta en marcha de este principio requiere de la capacidad de las/os profesionales de negociar y comprender las distintas necesidades de los usuarios, lo que implica un cambio cultural importante.

Hay desconocimiento de lo que se entiende por plan de cuidados consensuado, uno de los aspectos centrales que la ECICEP ofrece para diferenciarse de las formas de atender más tradicionales.

> *"sino que seguimos funcionando desde la expertiz médica y yo te doy indicaciones, entonces generalmente, no se están generando planes de cuidado, se están generando indicaciones médicas…" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"Ellos a pesar de que lo entienden en su mayoría, aun se hace difícil la implementación porque están muy acostumbrados a tener todo por separado". (GF trabajadores/as)*

No hay una conceptualización clara respecto de lo que significa/implica la preferencia del paciente/persona: ¿hacer lo que el paciente quiera? ¿estar preguntándoles constantemente? ¿qué pasa si no quieren o no saben responder?

> *"en el fondo lo estas acompañando en los cuidados, entonces todavía tenemos esa resistencia de que ¡¿Pero cómo vamos a estar encima del paciente?! Ya… pero estamos hablando de pacientes que necesitan cuidados especiales" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"esta persona llega a pedir hora pero llega sin nada, entonces la persona todavía nos cuesta hacerla entender que se tiene que autogestionar esto, viendo un poco el auto manejo que eso nos ha costado un poco, pero ya la estrategia está implementada". (Referente local)*

> *"Debemos entender que muchas veces lo que queremos nosotros no va a ser lo mismo que quiera el paciente, y que al ponernos en su lugar es la mejor forma para poder llegar a un resultado positivo para el usuario. Hay que buscar el foco de por qué no se están logrando las compensaciones del paciente". (GF trabajadores/as)*

El plan de manejo consensuado se revela como un elemento de avance desigual. En los espacios donde presenta un mayor avance se propone como un eje de ruptura del modelo biomédico, lo que presenta un cambio de perspectiva importante, el que es reconocido en mayor medida y frecuencia por los/as referentes, en comparación a los/as directores/as de los Centros. Una explicación posible, es que las capacitaciones fueron dirigidas a los/as referentes, quienes fueron los/as encargados/as de realizar las capacitaciones a los distintos funcionarios.

Se observa una percepción de incoherencia entre la estrategia y las metas sanitarias vigentes. Se vivencian como un obstaculizador importante ya que no hay metas específicas de la estrategia.

> *"la falta de coherencia entre las metas y el modelo que se quiere intencionar yo creo que un obstáculo también para los equipos". (Referente nivel directivo)*

> *"el programa cardiovascular ese formulario… para el cumplimiento de metas ya no debiera tener tanto peso… hoy día debiera haber un formulario ECICEP que tenga el peso que tiene que tener para yo invitar a los equipos a que ¡ese es el compromiso hoy! no sus diabéticos compensados, eso lo puedo monitorear de una forma distinta, hoy tienes que ser como estoy instalando esta estrategia, como estoy avanzando, avanzar con todo". (Referente Nivel Directivo CESFAM)*

> *"hoy día todavía existe el programa cardiovascular que tenemos que seguir respondiendo y ahí hay otros obstaculizadores: que las metas que nosotros tenemos designadas cómo establecimiento todavía están vinculadas a eso… al cumplir, es más por ejemplo el equipo de ECICEP tiene que llenar el formulario del cardiovascular en Rayen porque osino son usuarios que quedan como que salieron fuera de control…quedan fuera del control de ECICEP entonces si nosotros queremos seguir avanzando ahí tiene que haber una mirada desde el nivel central de que diga "¡no po! lo que vamos a empezar a mirar ahora es esto ya no voy a mirar el hipertenso, el diabético, segmentado sino que hoy día tengo que empezar a mirar esto otro que estoy instalando" ". (Referente Nivel Directivo CESFAM)*

> "generó hartos inconvenientes al principio para poder implementarlo porque se topaba con el tema de las metas, cuando esto no traía metas asociadas. Entonces, generó como un poco de rechazo, no sé si decirlo así, pero o dificultades para poder implementarlo al principio". (GF trabajadores/as)

Percepción de la mejoría de la continuidad de los cuidados

Uno de los anhelos de la ECICEP es su contribución efectiva a que la red asistencial se comporte como una red integrada que permita una efectiva continuidad de los cuidados a las personas que lo requieran, dejando atrás los habituales problemas de la referencia, pero sobre todo en la contrarreferencia. Los datos cualitativos levantados nos señalan que no se percibe mejoría de la continuidad de los cuidados (relación interniveles).

> *"ha sido súper complejo para ello, poder gestionar con los hospitales o con los otros centros el contar con un profesional. Entonces ahí se pierde esta continuidad y ellos lo reconocen y están trabajando en ello pero ese es un tema no menor". (Referente nivel directivo)*

> *"como sistema todavía no logramos tener una coordinación y una continuidad con nuestro nivel secundario aquí cerquita y yo que tengo muchos contactos porque trabajé allá entonces tengo mucha información como rápida: " ¡ya ya lo vimos Vari!… ¡ya lo atendimos!" pero ¡no po!... eso tiene que ser estandarizado para toda la población y esa continuidad no existe entonces". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

Aunque algunos/as señalan que sí ha funcionado porque ECICEP es prioritario para la red.

> *"Lamentablemente con ECICEP, lamentable aunque no sé si es bueno o malo, se nos ha provocado que a estos usuarios se priorizan como que se identifica este usuario y se hace priorización tanto también con las horas médicas, con las interconsultas, también nos hemos dado cuenta porque nosotros contamos con un timbre de ECICEP donde las duplas timbran las derivaciones y las interconsultas, entonces se van obviamente ellos cada uno hizo el diseño según su sector y estas interconsultas y derivaciones se van con este timbre y lo que nos hemos dado cuenta según el seguimiento que hemos realizado con nuestros usuarios desde el hospital, es que algunas consultas no se han demorado tanto en el llamado telefónico para otorgarles la hora, lo que no tenemos conocimiento es que sepan que son usuarios de ECICEP porque tengo entendido que en el hospital también se tiene que implementar la estrategia como nivel secundario pero eso también nos ha ayudado bastante".* (Referente local)

Percepción de integración de la comunidad en la estrategia acerca de la inclusión del enfoque territorial

Se aprecia como una muy importante debilidad en el desarrollo de la estrategia el hecho de que los/as usuarios/as están desinformados o no comprenden de manera satisfactoria la implicancia de los cambios que la estrategia propone.

> "(los usuarios) *Nooo ¡no tienen idea! no tienen ni idea! de la diferencia" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

Concomitantemente se da una percepción de que no hay trabajo con la comunidad, no se ha fortalecido como se propone, se sigue realizando tal y como estaba en cada territorio.

> *"así que con el CODELO nosotros no hemos hecho un trabajo así en específico de mostrarles estos cuidados integrales yo siento que el trabajo nuestro ha sido principalmente como centralizado en el establecimiento y es algo que efectivamente quienes tienen el impacto de la comunidad más cercano son las personas que se atienden hoy día bajo esta estrategia". (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

La ECICEP plantea también la necesidad del fortalecimiento del enfoque/trabajo territorial, sin embargo la percepción es que esto está en deuda en estos territorios.

> *"llevar al equipo más al territorio y que pueda identificar más las necesidades de estos usuarios y también nos queda el gran desafío que es uno de los grandes desafíos que es que el usuario aprenda a conocer su enfermedad y a tratarla él mismo, que él mismo lo haga y se empodere de su patología…".* (Referente local)

Percepción respecto de la importancia de la formación de pregrado de los/as profesionales

Una categoría de análisis emergente de la mayor importancia para la Universidad es la percepción bastante generalizada de que la formación de pregrado existente no es adecuada para los desafíos de esta estrategia.

Algunos/as directores/as mencionan la importancia de la formación de pregrado con foco sobre la Atención Primaria de Salud con un enfoque humanizado y de derechos, que dignifique a los usuarios y a sus familias, y que además sea capaz de ponerlos a ellos y a sus necesidades en el centro del proceso de atención. Hay conciencia de que esta estrategia implica un cambio cultural que debe ser progresivo y que implica

a todos los actores, donde se incluye el personal de salud, el personal administrativo, los usuarios y sus familias. Hay una especial centralidad en ese discurso crítico/autocrítico en la formación de los/as profesionales médicos/as.

> *"Cuesta principalmente porque las condiciones en que se da no nos acompañan mucho. Hay una demanda gigantesca y hay una formación universitaria escasa en ese ámbito, por no decir nula. Esto conlleva a que muchas veces la atención que se realiza no sea completamente integral ni multidisciplinaria… y que nosotros como médicos tengamos más herramientas en entrevista clínica, habilidades blandas y mirada integral del paciente.".* (GF trabajadores/as)

> *"como médicos…nosotros como médicos nos forman por sistemas, nos forman por órganos, entonces volver a mirar al paciente en la integralidad… nosotros salimos de pregrado fragmentados el 90 % de tu formación es hospitalaria los médicos de atención primaria los médicos generales funcionan por sistema, entonces yo creo que un desafío es volver a ver a la persona en su integralidad, o sea tú ves acá y eso es como… los chiquillos no están saliendo, mirando a la gente …. ¡no saben a lo que van a trabajar! O sea yo veo a los nuevos que es lo que llegaron y siento que ¡no pasaron por el internado!" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"claro si tu estas formando médicos generales para el servicio público pero pasan 90% en el hospital repitiendo en medicina interna las indicaciones del internista que es básicamente los mismo para casi todos los pacientes ¿cachai? y vienen y llegan a atención primaria, se enojan por el rendimiento…es como que llegan a trabajar a atención primaria, te llegan a pedir trabajo, pero ¡¿no saben dónde van a venir?! no saben que efectivamente el 80% de las señoras que van a llegar ¡tienen trastorno ansioso! ¿cachai?" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

> *"el trato que te da el médico, que veo… que falta mucho en habilidades de comunicación… mucho… en el relato hay mucho juicio, hay mucho prejuicio, no saben preguntar, somos muy directivos, entonces… en el fondo, eso es lo que están haciendo… un cardio con más tiempo…" (*Referente Nivel Directivo CESFAM)

Conclusiones y recomendaciones

El avance de la implementación de la estrategia demuestra que la ECICEP sigue siendo una intención más que una concreción ya que se ha implementado como programa y se percibe que la falta de claridad en las definiciones conceptuales y operativas ha contribuido fuertemente a ello.

La implementación en los distintos CESFAM entre los años 2021 y 2022 ha sido diversa y los avances al momento del cierre de esta investigación dan cuenta de dichas diferencias, motivadas por disponibilidad oportuna de los recursos necesarios.

Los principales facilitadores para el avance de la ECICEP han sido la voluntad y compromiso de los/as líderes técnicos/as, que han logrado motivar y sostener a los equipos de salud. Así mismo, la inyección de recursos frescos, aunque insuficientes, permitieron la ejecución de la estrategia de la manera más adecuada. La capacitación de los equipos responsables se ha constituido en una fortaleza evidente.

Las principales barreras para la implementación de la estrategia se presentan desde lo estructural a lo operativo. Un gran obstaculizador es el modelo biomédico hegemónico que se expresa en la residencia de los equipos a realizar la labor de manera más coherente con el MAIS. Así mismo, la falta un sistema de evaluación con metas pertinentes y coherentes actúa en contra del avance de la ECICEP. Por último, la formación de los/as profesionales de salud no es adecuada para el desarrollo de la estrategia ya que existen falencias en la preparación de personas con compromiso con la APS.

La satisfacción de los distintos actores involucrados (directivos, personal de salud, y usuarios) en relación con la implementación de la estrategia es positiva al ser medida cuantitativamente, No obstante, las percepciones no son tan positivas, sobre todo en las áreas relacionadas con la comunicación con las personas usuarias y con la mejora esperada de la continuidad de cuidados en la red asistencial.

Recomendaciones

- Incluir a todas las personas y no solo a las enfermas
- Avanzar en prevención de las enfermedades y promoción de la salud
- Profundizar la sensibilización al personal de salud sobre el cuidado integral centrado en las personas
- Informar más a los/as funcionarios/as sobre los beneficios de desarrollar la estrategia.
- Empoderar más a los/as funcionarios/as
- Motivar a los/as profesionales para incorporar más a la estrategia
- Transformar la mayor parte de la atención por programas a la atención entregada por la ECICEP, vale decir que sea entendido como modelo de atención.
- Establecer directrices más claras y transversales
- Generar protocolos consensuados por todos los/as actores
- Hacer más participación social efectiva
- Hacer más trabajo comunitario y territorial
- Generar indicadores de evaluación (para funcionarios y usuarios) para poder mejorar los procesos
- Involucrar a los otros niveles de la red asistencial
- Realizar compromisos medibles con los otros componentes de la red
- Instalar incentivos a la contrarreferencia
- Incluir la ECICEP en la formación de profesionales de salud
- Realizar docencia en los territorios
- Incluir a los dirigentes sociales en la labor docente

Agradecimientos

El Internado de Atención Primaria de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y el Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial (CIISTe), agradece en primer lugar a la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio Salud Aconcagua, la posibilidad de vinculación y trabajo colaborativo en la realización de este estudio.

En segundo lugar, se agradece la participación y contribución de los distintos actores (Equipos directivos, funcionario y usuarios) pertenecientes a los CESFAM Cordillera Andina de los Andes, CESFAM María Elena Peñaloza de Panquehue, CESFAM Segismundo Iturra de San Felipe, CESFAM Valle Los Libertadores de Putaendo, CESFAM Jorge Ahumada Lemus de Santa María y CESFAM San Felipe el Real de San Felipe.

Finalmente, agradecemos a los y las estudiantes que cursaron el Internado de Atención Primaria durante el año 2022, quienes apoyaron el diseño y ejecución de la investigación.

Sin duda, el trabajo en equipo, colaborativo y en red, permite que hoy podamos contar con este primer insumo respecto del quehacer de la ECICEP y de los desafíos que debemos abordar en el futuro.

Atte.

Equipo de Investigación.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en contexto de Multimorbilidad. 1era edición. División de Atención Primaria, División de Prevención y Control de enfermedades, editors. Santiago, Chile; 2020.

2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario [Internet]. 1998. p. 36. Available from: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/ estratificacion_del_riesgo.pdf

3. Vargas, I., Barros, X., Fernández, M.J., & Mayol, M. (2021). Rediseño del abordaje de personas con multimorbilidad crónica: Desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. Revista Médica Clínica Las Condes, 32(4), 400-413. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.05.003

4. Macinko, J., Andrade, F.C.C., Nunes, B.P., &Guanais, F.C. /2019). Primary care and multimorbidity in six Latin America and Caribbean countries. Revista Panamericana de Salud Pública, 43, 1-9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.8

5. Barros J, Zamorano P, Varela T, Irazoqui E, Téllez A. Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa. ARS MÉDICA Rev Ciencias Médicas. 2019;44(4):35-40. doi:10.11565/arsmed.v44i4.1569

6. Tambo-Lizalde E, et al. La atención sanitaria a pacientes con multimorbilidad. La percepción de los profesionales. Aten Primaria. 2020. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.013

7. Ministerio de Salud. Automanejo de Enfermedades No Transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud [Internet]. 1era edición. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf

8. Barceló A, Eppening-Jordan J, Orduñez P, Luciani S, Agurto I, Tasca R. (2013). Cuidados Innovadores para las Condiciones Crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización panamericana de la Salud (PAHO)

9. Tapia A et al. (2021). Marco Operativo: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de Multimorbilidad. Subsecretaria de redes asistenciales, Departamento de atención primaria; Subsecretaría de salud pública, división de prevención y control de enfermedades. Ministerio de Salud, Santiago, Chile

10. Cuba Fuentes MS, De Los Milagros Romero Albino ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la Atención Primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):780–4.

11. Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium - sizedfirms. International small business journal, vol. 5, octubre – diciembre.

12. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología De La Investigación (Cuarta Edición). McGraw-Hill Education.

Anexos

Carta de aprobación CEC- SSA

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO /
EU/ CCS/ ghc

San Felipe, 01 de Junio de 2022.

Carta-C.E.C 24/2022

Estimado:
Daisy Iturrieta Henríquez
Investigador Principal
Presente

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó la versión 2 del Estudio: **"ALCANCES Y DESAFIOS EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS, DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS, PROFESIONALES Y DIRECTIVOS DE SEIS CESFAM DEL VALLE DE ACONCAGUA EN EL 2022"**

En este contexto, se informa que se definió **APROBADO**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológico y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.

DR. JOSE LUIS BUCAREY TAPIA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:
✓ Oficina de Partes CEC-SSA

Universidad de Valparaíso CHILE

Consentimiento informado

Nombre del Estudio: Alcances y desafíos en el desarrollo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas desde la percepción de los usuarios, profesionales y directivos de seis CESFAM del Valle de Aconcagua en el 2022.
Investigador Responsable: Daisy Iturrieta Henríquez
Patrocinante: Escuela de Medicina- Campus San Felipe.Universidad de Valparaíso.

El presente documento tiene por finalidad aportarle información para decidir libremente si desea participar en esta investigación, por lo que se sugiere que tome el tiempo que requiera para decidir, evaluando riesgos y beneficios. Lea cuidadosamente este documento y haga las preguntas que desee al investigador responsable. Cabe destacar que este estudio no cuenta con financiamiento para su realización.

A modo de contextualización, la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas es una estrategia de atención en salud implementada por el Ministerio de Salud para los centros de atención primaria que tiene como objetivo que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas, incorporando las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Está dirigida a la población de 15 años y más que recibe prestaciones en el sistema público de salud.

Consideraciones:

- El objetivo de esta investigación corresponde a *Analizar el estado de avance y desafíos de la implementación de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas en seis CESFAM del Valle de Aconcagua entre 2021-2022.*

- Los procedimientos que se llevarán a cabo son el análisid de bases de datos anonimizadas, la aplicación de entrevistas semiestructuradas individuales y grupales y aplicación de una encuesta, técnicas que estarán dirigidas a referentes ministeriales, del Servicio de Salud Aconcagua, directores de cesfam, funcionarios y usuarios.

- En esta ocasión usted participará respondiendo una entrevista vinculada a responder el objetivo de la investigación, la que será grabada para su posterior análisis.

- Los aspectos de atención médica a los que tiene acceso esta investigación son las fichas clínicas de los usuarios que se atienden bajo la estrategia, de manera anonimizada.

- Los riesgos de esta investigación corresponden a que los datos recolectados puedan extraviarse, pero este riesgo se minimizará archivando las encuestas y entrevistas en una carpeta a la que solo los investigadores tendrán acceso, además de transcribir los datos y almacenarlos en una nube virtual. De todas formas, no existen riesgos para usted.

- No hay beneficios directos para usted en esta investigación, pero los resultados ayudarán a mejorar la futura atención de los usuarios que son atendidos a través de la ECICEP.

- Los resultados de este estudio se utilizarán potencialmente para fortalecer la atención de los usuarios atendidos mediante la ECICEP, implementando mejoras en respuesta a aquellas dificultades que se identificaron para su implementación.

- Debido a que los datos de los participantes serán anónimos, en el caso de los usuarios no se podrá avisar personalmente sobre nueva información en relación al proyecto, pero sí se podrá acceder a los resultados del mismo una vez terminado, solicitándolos en sus controles presenciales, en donde el equipo de salud contará con los contactos del equipo de investigación para facilitar dicha información.

- Los datos entregados por usted se mantendrán anónimos, puesto que las entrevistas y encuestas no incluyen nombres ni ningún otro dato personal. Y en el caso que usted sea usuario, cualquier dato obtenido de su ficha clínica se incluirá sin utilizar su rut ni otros datos de identificación.

Su participación en este estudio es voluntaria, y puede retirarse de él en el momento que lo desee.

Preguntas

Si tiene preguntas acerca de esta investigación científica puede contactar o llamar a Daisy Iturrieta Henríquez, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +56999645634 o comunicarse vía correo daisy.iturrieta@uv.cl.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación Científica, usted puede llamar a Adriana Rojas, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 34-2493499 (anexo Minsal 343499) o al mail: adriana.rojasp@redsalud.gov.cl.

Declaración de consentimiento

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicación por ello.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Firmas

Participante:

.....

Firma:

Fecha:

Investigador:
Daisy Iturrieta Henríquez

Firma:

Fecha:

Testigo de fe:

.....

Firma:

Fecha:

Servicio de Salud Aconcagua Región de Valparaíso
Ministerio de Salud
Universidad de Valparaíso CHILE Escuela de Medicina Campus San Felipe
CIISTe ACONCAGUA

Servicio de Salud Aconcagua
Región de Valparaíso

Ministerio de Salud

Universidad de Valparaíso
CHILE
Escuela de Medicina
Campus San Felipe

CIISTe
ACONCAGUA