



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas

Redesign in the approach of people with multimorbidity chronic: from fragmentation to comprehensive care people-centered

Irma Vargas^{a✉}, Ximena Barros^a, María José Fernández^b, Macarena Mayol^b

^a Departamento de gestión de los cuidados, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

^b Unidad de desarrollo y gestión de estrategias de salud centradas en las personas, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 19 04 2021.

Aceptado: 17 05 2021.

Palabras clave:

Cuidado integral;
Centrado en la persona;
Continuidad del cuidado;
Multimorbilidad;
Gestión del cambio;
Automanejo.

Key words:

Comprehensive Healthcare;
Person-Centered Care;
Continuity of Care;
Multimorbidity;
Management, Change;
Self-Management.

RESUMEN

En Chile, el 70% de la población de 15 años y más vive con multimorbilidad, es decir, con la presencia de dos o más condiciones crónicas de forma simultánea. El abordaje clásico de la cronicidad por programas en atención primaria de salud, con foco en la enfermedad, se expresa en cuidados fragmentados, ineficaces y muy alejados de los principios de centralidad en la persona, integralidad y continuidad del cuidado impulsados desde el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS). La estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (ECICEP), se constituye en una respuesta a esta problemática.

La multimorbilidad representa un desafío de gran envergadura en el rediseño desde una atención fragmentada hacia el cuidado integral centrado en la persona. Implica un proceso de gestión del cambio, en donde es necesario sensibilizar en la urgencia y sentido del cambio, estratificar a la población según riesgo, capacitar a los equipos de salud, reorganizar los procesos administrativos (agendamiento, registro clínico) y clínicos (ingreso y control integral, planes de cuidado consensuados, gestión del cuidado, seguimiento a distancia, automanejo), así como favorecer el liderazgo y acompañamiento del cambio y el trabajo colaborativo en red.

Este proceso requiere voluntad política, con sentido de urgencia del cambio y gradualidad, para que su instalación sea eficiente y respetuosa. Por ello, se inicia el proceso con las personas de alta complejidad, que son quienes tienen más riesgo de hospitalizaciones evitables y otras complicaciones.

SUMMARY

In Chile, 70% of the population aged 15 years and over lives with multimorbidity, that is, with the presence of two or more chronic conditions simultaneously. The classic approach to chronicity by programs in primary health care, with a focus on the disease, is expressed in fragmented care, ineffective and far removed from the principles of person-centeredness, comprehensiveness and continuity of care promoted by the Comprehensive Family and Community Health Care Model (MAIS). The People-Centered Integrated Care Strategy for the Promotion, Prevention and Management of Chronicity in the Context of Multimorbidity

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: ivargas@minsal.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.05.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



(ECICEP) is a response to this problem.

Chronic multimorbidity represents a major challenge in the redesign from fragmented care to comprehensive person-centered care. It implies a process of change management, in which it is necessary to raise awareness of the urgency and sense of change, stratify the population according to risk, train health teams, reorganize administrative (scheduling, clinical records) and clinical processes (admission and comprehensive control, consensual care plans, care management, remote follow-up, self-management), as well as promoting leadership and accompaniment of change, networking and intersectoral coordination.

This process requires political will, with a sense of urgency of change and gradualness, so that its installation is efficient and respectful. For this reason, the process begins with highly complex patients, who are at the greatest risk of avoidable hospitalizations and other complications.

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones más relevantes en los últimos años en salud pública se relaciona con la creciente cantidad de personas en las que coexisten dos o más condiciones crónicas (multimorbilidad) y que requieren cuidados a largo plazo. En Chile, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, 11 millones de adultos 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 2017¹.

La condición de cronicidad que afecta a esta gran mayoría de la población del país tiende a agravarse por el sostenido aumento del envejecimiento poblacional, las disparidades socioeconómicas² y la mayor expectativa de vida de nuestro país. Vivir bajo condiciones de multimorbilidad es vivir con un continuo empeoramiento de la calidad de vida, mayor probabilidad de mortalidad prematura, de polifarmacia, una alta carga económica, una mayor tasa de eventos adversos y uso de servicios de salud de nivel primario y secundario^{3,4}.

Sin embargo, existe consenso internacional⁵ que indica que la atención centrada en las personas es una manera eficiente de abordar la multimorbilidad.

Ahora bien, actualmente, las prestaciones otorgadas por atención primaria se basan en la oferta disponible y no en las necesidades efectivas de salud de las poblaciones a cargo. Como consecuencia, la capacidad efectiva de abordaje de personas en situación de multimorbilidad del sistema de salud chileno (público y privado) es sub-óptima¹ e insta a que las personas busquen soluciones de salud de manera episódica y en servicios de urgencias⁶.

Si el sistema de salud presenta dificultades para dar una respuesta adecuada a la multimorbilidad, se hace urgente contar con nuevas formas de cuidados dirigidos a las personas que permitan que los equipos de salud otorguen prestaciones

integrales basadas en las necesidades y riesgo de salud de sus poblaciones a cargo⁷.

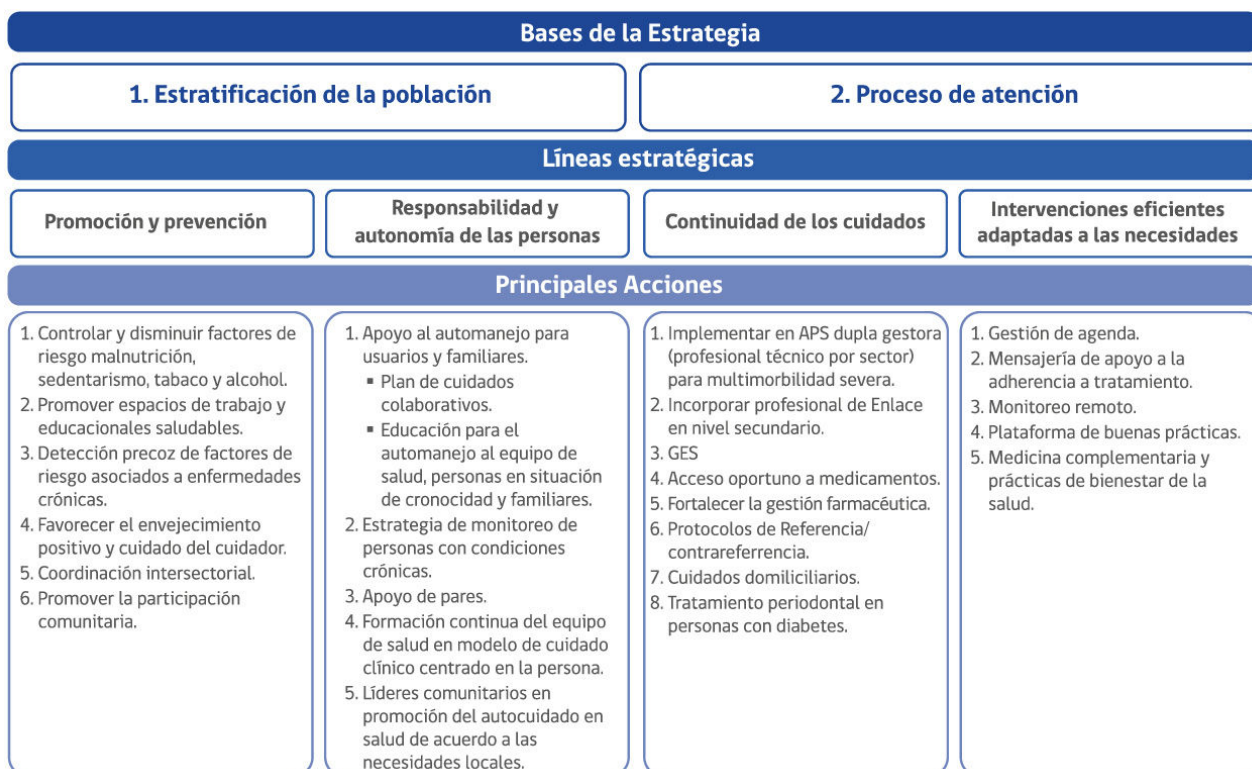
En respuesta a este desafío y en el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS), surge la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona en contexto de multimorbilidad, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad (ECICEP). La idea central es avanzar hacia la superación de la fragmentación por programas de atención basados en patologías y con excesivo énfasis en mejorar parámetros clínicos⁴ y proveer cuidado integral, continuo y centrado en las personas que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la misma, su familia y/o cuidadores, haciéndoles activos en sus procesos de salud.

El presente artículo tiene por objetivo describir el proceso inicial de implementación de la ECICEP en Chile con foco en el rediseño del abordaje de la multimorbilidad en personas de alto riesgo.

¿QUÉ ES LA ECICEP?

Es una estrategia que reconfigura la forma de proveer cuidados en la red de salud, fortaleciendo los principios del MAIS (centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado)⁸, dirigida a la población de 15 años y más que recibe prestaciones en el sistema público de salud. En la base de la ECICEP se definen, el enfoque poblacional y el proceso de atención, los cuales se operacionalizan a través de cuatro líneas estratégicas: i) promoción y prevención, ii) responsabilidad y autonomía de las personas, iii) continuidad de cuidados e iv) intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades. Cada una de las líneas estratégicas está compuesta por acciones que se complementan y adaptan a los contextos locales, lo que permite abordar la promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado sanitario de las personas en situación de cronicidad y fortalecer el sistema de salud, preparándolo para ofrecer una gestión adaptada al fenómeno de la cronicidad⁹ (Figura 1).

Figura 1. Esquema global de la ECICEP



Fuente: Elaboración propia adaptada.

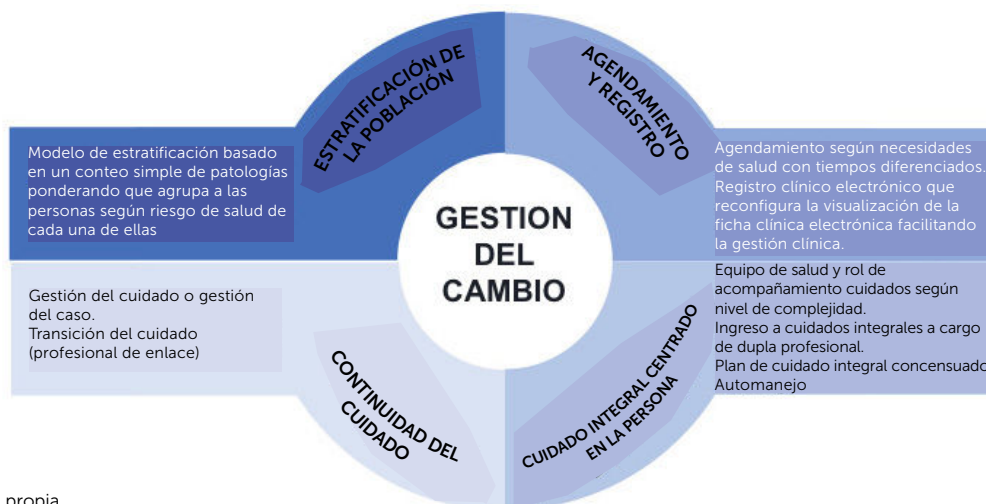
De ese modo, la ECICEP busca que las personas en situación de cronicidad reciban cuidados desde un sistema proactivo (no reactivo), de manera integral e integrada, continua y adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud. Asimismo, busca que los equipos de salud optimicen su tiempo en labores de mayor valor añadido y que los ciudadanos, como personas que potencialmente

pueden tener condiciones crónicas, participen activamente en la prevención de la cronicidad y promoción de su propia salud⁷.

Implementación a nivel nacional, principales ámbitos de cambio

La implementación de la ECICEP incorpora cinco ámbitos de cambio (Figura 2).

Figura 2. Principales cambios incorporados en la implementación



Fuente: Elaboración propia.

Los ámbitos de cambio priorizados se describen a continuación:

1. Gestión del cambio

La gestión del cambio resulta crucial al momento de implementar una política pública, como la ECICEP, que no solo es un desafío más complejo que otros, sino que se trata de una transformación que se encuentra en una escala distinta, dado que los cambios que se requieren responden a formas de coordinación práctica entre los profesionales de la salud, el personal administrativo, las personas, sus familias y la comunidad¹⁰. La organización de las prácticas al interior de los centros de salud primarios está influida por las identidades, por las inercias históricas y por los intercambios entre los profesionales de la salud y las personas. Estos son de reconocimiento, lealtad, información, beneficios y otros que, históricamente, han respondido a un modelo relacional más bien paternalista, muy lejano al modelo de toma de decisiones compartido que la ECICEP requiere instalar.

En las organizaciones, el cambio depende de la acción de las personas y del ejercicio de los liderazgos, por lo que es imprescindible su participación en la construcción del mismo, de manera de reducir la incertidumbre y generar la experiencia de sentirse parte de nuevos procesos en red. Por otra parte, en la medida en que los miembros de los equipos comparten tanto la necesidad del cambio, como la forma de desarrollarlo, será más fácil contar con su motivación y focalización en la tarea de llevarlo adelante⁷.

Las principales acciones que han contribuido a la gobernanza en la implementación de la gestión del cambio que conlleva la ECICEP han sido los siguientes:

- Sensibilización sobre la urgencia y sentido del cambio en los territorios de los servicios de salud y al interior del Ministerio de Salud.

- Conformación de equipos gestores en los establecimientos de salud, municipalidades y servicios de salud.

- Profundización de habilidades y competencias relacionadas con gestión del cambio.

2. Estratificación de la población

Una de las herramientas claves para la implementación ha sido contar con un mecanismo que permita identificar las necesidades de salud de las poblaciones a cargo, a través del cálculo de riesgo de salud que cada persona tiene por sus condiciones crónicas. Uno de los modelos más conocidos es la estratificación de riesgo, el que consiste en la clasificación de la población en diferentes estratos, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales y/o severidad de sus condiciones crónicas. Como consecuencia, los equipos de salud programan y realizan diferentes tipos de intervenciones específicas para cada estrato con el objetivo de mejorar el manejo de las condiciones crónicas de las personas y, así evitar el empeoramiento de la calidad de vida de las mismas y/o el uso de servicios de mayor complejidad como urgencias hospitalarias y hospitalizaciones¹¹.

Hoy en día, los establecimientos de atención primaria cuentan con un modelo de estratificación de riesgo basado en un conteo simple de patologías ponderado¹², de acuerdo a información disponible en los registros clínicos electrónicos generados en atención primaria (ver Anexo 1). Es decir, funciona como un contador del número de condiciones crónicas por persona, diagnosticadas en atención primaria y pondera con doble puntaje aquellas que generan mayor morbimortalidad (Figura 3).

Figura 3. Estratificación de riesgo y cuidados asociados a estratos



Fuente: Elaboración propia.

3. Agendamiento y registro clínico electrónico integrado

El nivel de riesgo de cada persona está asociado a una iconografía que orienta al personal administrativo a asignar cupos de agenda para atención ambulatoria programada con tiempos diferenciados (ingresos integrales de 1 hora, controles integrales de 30 a 45 minutos y 10 minutos para seguimiento remoto a distancia). Esta iconografía está igualmente disponible en agendas de urgencia de atención primaria, farmacia, vacunatorio y despacho de alimentación complementaria. Así, estos servicios transversales cuentan con mayor información sobre las personas.

La construcción de la agenda se basa en la programación operativa que cada año realizan los equipos de salud. Es decir, tras un proceso de cálculo basado en el nivel de riesgo de las personas se definen las prestaciones requeridas, el tiempo de atención, el número de veces estimado que visitará el centro de salud, etc. Con esto, los equipos proyectan el requerimiento de agenda ad hoc a cada realidad local. Asimismo, emprenden acciones que aseguren la menor proporción de inasistencias posibles⁷.

Por otro lado, se implementa el Registro Único Integrado (RUI), que corresponde a una reconfiguración de la visualización de la ficha clínica electrónica tradicional, caracterizada por un registro fragmentado según las condiciones crónicas de la persona, dificultando ver a la persona integralmente. El RUI permite que las pautas de atención por condición crónica estén visibles y disponibles a ser llenadas en la misma ficha clínica de la persona y así evitar que los profesionales al registrar utilicen tiempo entrando y saliendo de la ficha perdiendo la perspectiva integral de la persona. Asimismo, permite ingresar información nueva de las personas. De hecho, si la persona es diagnosticada con una nueva condición crónica, esta de inmediato será procesada y recalculará el estrato de riesgo de salud de la persona.

4. Cuidado integral centrado en la persona

Las personas en situación de cronicidad tienen necesidades de salud complejas que, debido al enfoque orientado a la enfermedad, se enfrentan a una atención fragmentada conducente a intervenciones clínicas ineficaces y posiblemente perjudiciales. Ello además, trae otras desventajas, pues al tratar cada condición por separado, las personas pueden recibir indicaciones no coordinadas entre sí y los expone a asistir frecuentemente a distintas citas en diferentes puntos de atención¹³.

Entonces, de manera de revertir lo anterior, se describen los principales cambios en el proceso de cuidado de las personas:

a) Equipos de salud fortalecen su rol de acompañamiento. Se insta a que el equipo de salud aborde de manera diferente a las personas que atienden, considerando su historia, creyendo en sus potencialidades, apoyándole en el logro de conciencia de enfermedad y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual.

Ese rol incluye que se constituyan en articuladores entre las instituciones y las personas que, por estar excluidas, no pueden hacer valer sus derechos en salud. Ello involucra el desarrollo de acciones que favorezcan la gestión del cuidado integral y centrado en la persona, a través de herramientas como la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados costo-efectivos y de calidad¹³.

b) El cuidado según el nivel de complejidad de las personas. Los procesos de cuidado se organizan conforme el nivel de complejidad de las personas, favoreciendo el desarrollo de acciones de salud acordes a sus necesidades y características. Permite poner el foco, por un lado, en “personas de alto riesgo y no en enfermedades” y, por otro, identificar a la población sin condiciones crónicas o riesgo no detectado las cuales se benefician de las medidas poblacionales a nivel nacional, en donde el acento son las prestaciones que enfatizan la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

c) Ingresos a cuidado integral en duplas de profesionales (médico y profesional gestor, este último es un facilitador de la provisión de cuidados a la persona y su familia, con énfasis en apoyo al automanejo, ver Anexo 2). Se inician con el grupo de alto riesgo y progresivamente se incorporan los otros grupos de menor complejidad. En esta primera interacción, se efectúa una valoración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona en cualquier etapa del curso de vida en el que se encuentra y registra los antecedentes relevantes del estado salud-enfermedad. Además, se educa respecto a sus factores de riesgo, sus condiciones crónicas y enfatiza la importancia de la adherencia tanto a sus controles como a sus terapias. Desde el ingreso se desprende el plan de cuidado integral consensuado, la periodicidad de controles integrales, el seguimiento a distancia, la gestión del cuidado, el apoyo al automanejo entre otros.

d) Plan de Cuidado Integral y consensuado. Se acuerda con la persona objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, con miras al automanejo de su situación crónica de salud y al logro de su bienestar integral. Se trata de romper las estructuras programáticas verticales, que indican controles por profesionales, independiente de la necesidad e interés de la persona, para incorporar un estilo motivacional en la conversación, que integre el saber del otro/a y se acople a sus significados de manera de descubrir con ellos sus motivaciones para generar cambios en sus vidas. Así, el plan de cuidado versará sobre el consenso al que se llegue con la persona y las opciones de cambio que ella decida seguir en las esferas de salud física, psico-emocional, sociofamiliar y otros aspectos que la persona distinga como significativos¹³. Es necesario, por tanto, reforzar que cada plan de cuidado se fundamenta en decisiones y responsabilidades compartidas, es único y personalizado para cada persona, su familia y entorno.

e) Apoyo al automanejo. El automanejo puede ser entendido como la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y

equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas¹⁴. Cuando una persona es diagnosticada con una o más condiciones crónicas, además de superar los problemas físicos y emocionales que ello implica, tendrá que realizar cambios en su vida diaria, tales como, tomar medicamentos, adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio, desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad, manejar síntomas, tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud. El verdadero escenario en el que una condición crónica se maneja y regula o no, es el amplio espacio de tiempo que constituye la vida cotidiana de las personas, el dominio en que los sujetos despliegan su estilo de vida y se ven enfrentados a las consecuencias de sus conductas¹⁴.

5. Continuidad del cuidado

Se comprende en tres sentidos: clínico (grado en que una persona recibe cuidados coordinados de acuerdo a su situación de salud); funcional (grado en que las funciones claves de apoyo y actividades –gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información– están coordinadas en todas las unidades del sistema de salud); y profesional (los equipos están coordinados en función a los cuidados que deben proveer a las personas)¹³.

La continuidad del cuidado apunta al fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con foco en la centralidad de la persona, mediante coordinaciones efectivas entre los distintos niveles de atención, que favorezcan el acompañamiento, en función de sus necesidades, prioridades y recursos personales, familiares y comunitarios. En este marco en cada nivel se organizan acciones específicas, distinguiendo la gestión del cuidado (GC) desde APS y la transición del cuidado, desde el nivel secundario y terciario. Ambos procesos se describen a continuación.

a. Gestión del cuidado o gestión de caso (GC)¹³ se refiere al seguimiento y acompañamiento a las personas en su proceso de cambio, manteniendo un contacto cercano y periódico que permita conocer su experiencia en automanejo y cuidado y mantenerse disponibles para el apoyo que se requiera, por un tiempo definido y reevaluable. El profesional gestor a cargo lo apoyará en el avance hacia el logro de sus objetivos acordados en el plan consensuado y propiciará la activación coordinada de la red, para favorecer su acceso oportuno a las atenciones y prestaciones requeridas, resguardando la calidad y confidencialidad de la atención. Este proceso implica movilizar tanto a los servicios disponibles en la red de salud, como la oferta intersectorial con la que se cuente. Es fundamental que la priorización de atención por parte del equipo se centre en evaluar si la persona se beneficiará o no de la GC.

b. Transición del cuidado¹³ es un proceso que apoya a la persona en su tránsito por la red (nivel secundario y terciario). Si bien incluye la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de atención en salud durante esos episodios, su foco se centra en el tiempo que transcurre entre el alta de la persona hasta su retorno a la atención primaria. Esta acción debe articular actores y procesos, con el fin de favorecer la pronta respuesta de la red a las necesidades de las personas y propiciar la continuidad del cuidado. Además de las personas de alta complejidad ya ingresados a GC, esta actividad incorpora a quienes por sus diagnósticos de ingreso/egreso al servicio de urgencia o al hospital, requieren ser rescatados. Para ello, se requiere de un profesional de enlace (PDE) en cada establecimiento hospitalario, quien se constituye en un referente para los equipos de atención primaria y una figura de acompañamiento, apoyo, orientación y seguimiento para las personas de alta complejidad (ver Anexo 2).

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Considera los siguientes dominios que caracterizan a un sistema de atención primaria robusto: input (recursos financieros, medicamentos, sistemas de información, recursos humanos), prestación de servicios (intersección entre los componentes de la oferta y la demanda por servicios de salud), productos (cobertura efectiva) y resultados (impacto de las acciones de salud en el bienestar de las personas)¹⁵.

Estos indicadores se miden en diferentes momentos del proceso de implementación: medición inmediata (indicadores de *Input*); medición a mediano plazo (indicadores de prestación de servicios y productos); y medición a largo plazo (indicadores de Resultados de Impacto). Asimismo, los indicadores están clasificados en dos grupos: de monitoreo y evaluación de la gestión sanitaria y de monitoreo y evaluación epidemiológica. La alimentación de estos indicadores proviene de los reportes que los proveedores de registro clínico electrónico entregan mensualmente al ministerio y los servicios de salud. Es decir, el proceso de monitoreo y evaluación está basado en la información registrada en las fichas clínicas electrónicas de las personas. Esta ha sido una de las grandes apuestas de la ECICEP, debido a que, junto a lo anterior, debe trabajar fuertemente en la completitud, oportunidad y calidad de los datos registrados¹⁶.

Escalabilidad de la ECICEP, ¿Qué lugares han iniciado la implementación?

El año 2019 el Ministerio de Salud inicia los procesos de instalación de la ECICEP, incorporando en el diseño los avances en la temática del piloto realizado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, conjuntamente con el Centro de Innovación en Salud Áncora UC.

El diseño de la implementación incorpora una instalación basal en todos los servicios de salud, que corresponde a sensibiliza-

ción, estratificación de la población y formación de los equipos, junto con una implementación progresiva, que incorpora en la actualidad a 14 servicios de salud, 43 comunas y 69 establecimientos a lo largo del país (Figura 4).

Los nodos incorporados en la implementación progresiva cuentan con apoyo adicional, es decir, recurso humano para liderar la implementación y fortalecer el cuidado integral; formación a equipos gestores, que facilite la gestión del cambio; formación a los equipos de los centros de salud en: herramientas básicas para la gestión del cambio dirigido al equipo de salud; gestión del cuidado dirigido a profesionales; automanejo dirigido a TENS; y profundización de la atención integral dirigido a médicos.

CONCLUSIONES

La multimorbilidad en Chile es un problema que interpela al sistema de salud y lo invita a trascender desde la actual organización por enfermedad a una reorganización de los servicios de salud, que brinde respuesta pertinente y abordajes acorde a los niveles de complejidad y riesgo de cada persona.

Dada la complejidad y profundidad de la transformación requerida en los diversos niveles del sistema de salud, la gestión del cambio, se constituye en un elemento clave que favorece la instalación y mantención de un cambio significativo, tanto para la organización,

como para las personas, junto con el acompañamiento continuo a los equipos en la construcción del diseño local.

Existe consenso internacional de que la atención de la multimorbilidad debe centrarse en la persona, en la calidad de vida y en promover el autocuidado hacia los objetivos acordados. Una de las principales limitaciones en este proceso de cambio, es la propia fragmentación del sistema de salud, que se ve reflejada en la coexistencia de normativas y orientaciones programáticas que proveen de esquemas de intervención parcelados; en los mecanismos de evaluación de la atención primaria que distan de reflejar indicadores de integralidad en el cuidado; en el desarrollo de registros clínicos electrónicos integrados e interactivos que faciliten la gestión clínica. Entre los facilitadores se identifica, el contar como país con un marco estratégico y operativo de abordaje de las condiciones crónicas en contexto de multimorbilidad, construido colaborativamente con los actores claves; la disposición de los equipos de salud a sumarse al cambio; y los avances previos en la temática, realizados por Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente conjuntamente con Centro de Innovación en Salud Áncora UC.

En línea con lo anterior, emergen desafíos de mayor profundización en la esfera de la gobernanza y trabajo colaborativo con la comunidad, tanto para la información y difusión de la ECICEP, como para la participación de los actores involucrados en su

Figura 4. Escalabilidad de la ECICEP años 2020-2021



Fuente: Elaboración propia.

desarrollo. Asimismo, el sostener y potenciar el escalamiento a todos los servicios de salud del país, asentando la transforma-

ción de los equipos hacia un quehacer que integre la atención centrada en la persona y el trabajo colaborativo en red.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaramos que no tenemos conflictos de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2018;43(1):30.
- Pathirana T, Jackson C. Situación socioeconómica y multimorbilidad: revisión sistemática y metanálisis. *Salud pública Aust NZJ*. 2018;42:186-94.
- World Health Organization. (2016). *Multimorbidity*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252275>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 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 MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2019;44(4):35-40. doi:10.11565/arsmed.v44i4.1569
- U.S. Department of Health and Human Services. *Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions*. Washington, DC. December 2010. Disponible en: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf
- Pacheco J, Cuadrado C, Martínez-Gutiérrez MS. Urgent care centres reduce emergency department and primary care same-day visits: A natural experiment. *Health Policy Plan*. 2019;34(3):170-7.
- 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, editors. Santiago, Chile; 2020.
- Ministerio de Salud. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitario* [Internet]. 1era ed. División de Atención Primaria, editor. Santiago, Chile; 2013. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Centro de Investigación de Excelencia en Cronicidad Kronikgune. *Estratificación del Riesgo. Una herramienta para responder mejor* [Internet]. Departamento de Salud Gobierno Vasco. 2010. Disponible en : https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf
- Güell P, Frei R, Palestini S. El enfoque de las prácticas: un aporte a la teoría del desarrollo. 2009;8(23):63-94.
- Wagner J, Hall JD, Ross RL, Cameron D, Sachdeva B, Kansagara D, et al. Implementing risk stratification in primary care: Challenges and strategies. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(4):585-95.
- Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med*. 2012;10(2):134-41.
- 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, editors. Santiago, Chile; 2020.
- Ministerio de Salud. *Automanejo De Enfermedades No Transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud* [Internet]. 1era edici. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018_Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf
- Primary Health Care Performance Initiative. *Strong Primary Health Care Saves Lives In Times of Crisis and Calm*. 2017.
- World Health Organization (WHO). *Data Quality Review (DQR) Toolkit* [Internet]. 2019. Disponible en: [who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/](https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/)

ANEXO 1

Proceso de estratificación (breve descripción)

Consiste en la clasificación de la población en diferentes estratos, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales y/o severidad de sus condiciones crónicas. Como consecuencia, los equipos de salud desenvuelven diferentes tipos de intervenciones específicas para cada estrato con el objetivo de mejorar el manejo de las condiciones crónicas de las personas y, así evitar el empeoramiento de la calidad de vida de las mismas y/o el uso de servicios de mayor

complejidad como urgencias hospitalarias y hospitalizaciones (Wagner et al, 2019)

Hoy en día, los establecimientos de atención primaria cuentan con un modelo de estratificación de riesgo basado en un conteo simple de patologías ponderado (Huntley et al, 2012), basado en información disponible en los registros clínicos electrónicos generados en atención primaria. Es decir, funciona como un contador del número de condiciones crónicas por persona, diagnosticadas en atención primaria y pondera con doble puntaje aquellas condiciones crónicas que

generan mayor morbi-mortalidad: Las personas sin condiciones crónicas identificadas son clasificadas en el estrato G0; las personas que tienen 1 condición crónica son clasificadas

en el estrato G1; quienes tienen 2 a 4 condiciones crónicas ponderadas en el estrato G2; y quienes tienen más de 5 condiciones crónicas ponderadas en el estrato G3.

N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10				
1	1	Consumo perjudicial o dependiente de alcohol	P19				F10: F10.0 F10.1 F10.2 F10.3 F10.4 F10.5 F10.6 F10.7 F10.8 F10.9	Y91: Y91.2 Y91.3 Y91.9	Z71: Z71.4	Z72: Z72.1	
2	1	Tabaquismo	P22	P27			F17: F17.0 F17.1 F17.2 F17.3 F17.4 F17.5 F17.6 F17.7 F17.8 F17.9	T65: T65.2	Z71: Z71.6	Z72: Z72.0	
3	1	Consumo perjudicial o dependiente de droga como sustancia principal o poli consumo	P23	P24	P28	P29	F11: F11.0 F11.1 F11.2 F11.3 F11.4 F11.5 F11.6 F11.7 F11.8 F11.9 F12: F12.0 F12.1 F12.2 F12.3 F12.4 F12.5 F12.6 F12.7 F12.8 F12.9	F13: F13.0 F13.1 F13.2 F13.3 F13.4 F13.5 F13.6 F13.7 F13.8 F13.9 F14: F14.0 F14.1 F14.2 F14.3 F14.4 F14.5 F14.6 F14.7 F14.8 F14.9	F15: F15.0 F15.1 F15.2 F15.3 F15.4 F15.5 F15.6 F15.7 F15.8 F15.9 F16: F16.0 F16.1 F16.2 F16.3 F16.4 F16.5 F16.6 F16.7 F16.8 F16.9	F17: F17.0 F17.1 F17.2 F17.3 F17.4 F17.5 F17.6 F17.7 F17.8 F17.9 F18: F18.0 F18.1 F18.2 F18.3 F18.4 F18.5 F18.6 F18.7 F18.8 F18.9	F19: F19.0 F19.1 F19.2 F19.3 F19.4 F19.5 F19.6 F19.7 F19.8 F19.9
4	1	Anemia crónica	B78	B80	B81	B82	D50: D50.1 D50.8 D50.9 D51: D51.0 D51.1 D51.2 D51.3 D51.8 D51.9 D52: D52.0 D52.1 D52.8 D52.9 D53: D53.0 D53.1 D53.2 D53.8 D53.9 D55: D55.0 D55.1 D55.2 D55.3 D55.8 D55.9	D56: D56.0 D56.1 D56.2 D56.3 D56.4 D56.8 D56.9 D57: D57.0 D57.1 D57.2 D57.3 D57.8 D58: D58.0 D58.1 D58.2 D58.8 D58.9	D59: D59.0 D59.1 D59.2 D59.3 D59.4 D59.5 D59.6 D59.8 D59.9 D60: D60.0 D60.1 D60.8 D60.9	D61: D61.0 D61.1 D61.2 D61.3 D61.8 D61.9 D62 D63: D63.0 D63.8 D64: D64.0 D64.1 D64.2 D64.3 D64.4 D64.8 D64.9	
5	1	Trastornos alimentarios	T05				F50: F50.0 F50.1 F50.2 F50.3 F50.4 F50.5 F50.8 F50.9				
6	1	Artritis REUMATOIDEA	L88				M05: M05.0 M05.1 M05.2 M05.3 M05.8 M05.9		M06: M06.0 M06.1 M06.2 M06.3 M06.4 M06.8 M06.9		



N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10				
7	1	Artrosis de rodilla, cadera u otro tipo	L89	L90	L91		M15: M15.0 M15.1 M15.2 M15.3 M15.4 M15.8 M15.9 M16: M16.0 M16.1 M16.2 M16.3 M16.4 M16.5 M16.6 M16.7 M16.9 M17: M17.0 M17.1 M17.2 M17.3 M17.4 M17.5 M17.9 M18: M18.0 M18.1 M18.2 M18.3 M18.4 M18.5 M18.9 M19: M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9				
8	1	Asma	R96				J45: J45.0 J45.1 J45.8 J45.9			J46	
9	1	Catarata / Retinopatía	F92				H25: H25.0 H25.1 H25.2 H25.8 H25.9	H26: H26.0 H26.1 H26.2 H26.3 H26.4 H26.8 H26.9	H28: H28.0 H28.1 H28.2 H28.8	Q12: Q12.0 Q12.1 Q12.2 Q12.3 Q12.4 Q12.8 Q12.9	
10	1	Ceguera	F94				H54: H54.0 H54.1 H54.2 H54.3 H54.4 H54.5 H54.6				
11	2	Demencia	P78				F00: F00.0 F00.1 F00.2 F00.9	F01: F01.0 F01.1 F01.2 F01.3 F01.8 F01.9	F02: F02.0 F02.1 F02.2 F02.3 F02.4 F02.8	F03	
12	1	Depresión Leve o moderada					F33: F33.0 F33.1 F33.4 F33.8 F33.9				
	1	Trastornos del ánimo/humor					F34: F34.0 F34.1 F34.8 F34.9				
13	2	Depresión (Grave, Grave con ideación suicida, refractaria y con psicosis)	P86				F33.2 F33.3				
14	2	Diabetes mellitus	T89	T90	W85		Z13.1 E10: E10.0 E10.1 E10.2 E10.3 E10.4 E10.5 E10.6 E10.7 E10.8 E10.9	E11: E11.0 E11.1 E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9	E12: E12.0 E12.1 E12.2 E12.3 E12.4 E12.5 E12.6 E12.7 E12.8 E12.9	E13: E13.0 E13.1 E13.2 E13.3 E13.4 E13.5 E13.6 E13.7 E13.8 E13.9	E14: E14.0 E14.1 E14.2 E14.3 E14.4 E14.5 E14.6 E14.7 E14.8 E14.9
15	1	Dificultades socioeconómicas o psicosociales	Z01-02-03-04-05-06-07-08-09-10				Z55: Z55.8 Z55.9 Z56: Z56.1 Z56.6 Z56.7	Z57: Z57.0 Z57.1 Z57.2 Z57.3 Z57.4 Z57.5 Z57.6 Z57.7 Z57.8 Z57.9	Z58: Z58.0 Z58.1 Z58.2 Z58.3 Z58.4 Z58.5 Z58.8	Z59: Z59.8 Z60: Z60.8 Z62: Z62.5 Z62.8	Z63: Z63.8 Z65: Z65.8
16	1	Dislipidemias	T93				E78: E78.0 E78.1 E78.2 E78.3 E78.4 E78.5 E78.6				



N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10				
17	2	Enfermedad cerebrovascular / ACV / AVE	K91				G46: G46.0 G46.1 G46.2 G46.3 G46.4 G46.5 G46.6	I64 I67: I67.0 I67.1 I67.2 I67.3 I67.4 I67.5 I67.7 I67.8 I67.9	I68: I68.0 I68.1 I68.2		
18	1	Isquemia cerebral transitoria (TIA)	K89				G45: G45.3 G45.4 G45.8 G45.9				
19	1	Enfermedad hepática	D23	D97	D72		B18: B18.0 B18.1 B18.2 B18.8 B18.9	K70: K70.0 K70.1 K70.2 K70.3 K70.4 K70.9	K71: K71.0 K71.1 K71.2 K71.3 K71.4 K71.5 K71.6 K71.7 K71.8 K71.9	K73: K73.0 K73.1 K73.2 K73.8 K73.9	K74: K74.0 K74.1 K74.2 K74.3 K74.4 K74.5 K76.6
20	1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	R95				J41: J41.0 J41.1 J41.8	J42	J43: J43.1 J43.2 J43.9	J44: J44.0 J44.1 J44.8 J44.9	
21	1	Enfermedad renal crónica	U99				I12: I12.0 I12.9	N15: N15.0 N15.1 N15.8 N15.9	N18: N18.9	N19	
22	2	Enfermedad renal crónica avanzada					N18: N18.4 N18.5				
23	2	Enfermedades cardiovasculares / IAM/ cardiopatía isquémica	K99	K75	K74	K76	I11: I11.0 I11.9	I20: I20.0 I20.1 I20.8 I20.9 I21: I21.0 I21.1 I21.2 I21.3 I21.4 I21.9	I22: I22.0 I22.1 I22.8 I22.9 I25: I25.0 I25.1 I25.2 I25.3 I25.4 I25.5 I25.6 I25.8 I25.9	I51: I51.0 I51.4 I51.5 I51.6 I51.7 I51.8 I51.9	I52: I52.0 I52.1 I52.8
24	1	Enteritis crónica / colitis ulcerosa / Crohn	D94				K50: K50.0 K50.1 K50.9	K51: K51.0 K51.1 K51.8 K51.9	K52: K52.0 K52.1 K52.2 K52.3 K52.8 K52.9		
25	1	Epilepsia	N88				G40: G40.0 G40.1 G40.2 G40.3 G40.4 G40.6 G40.8 G40.9				
26	1	Esclerosis múltiple	N86				G35				
27	2	Esquizofrenia	P80				F20: F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8 F20.9	F21	F22: F22.0 F22.8 F22.9	F23: F23.0 F23.1 F23.2 F23.3 F23.9	
28	1	Fibrilación auricular / flutter	K78				I48: I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9			I49: I49.0	
29	2	Función limitada / discapacidad / dependencia	A,B,D,F,K,N,P,Y,L,R,S,T,U,W,X 28				R26: R26.0 R26.1 R26.2 R26.8			Z74: Z74.8	Z99: Z99.0 Z99.1 Z99.2 Z99.3 Z99.8 Z99.9



N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10					
30	1	Glaucoma	F93				H40: H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 H40.9	H42: H42.0 H42.8				
31	1	Hiperuricemia	T92				M10: M10.0 M10.1 M10.2 M10.3 M10.4 M10.9					
32	1	Hipertensión	K86	K87			I10	I11: I11.0 I11.9	I13: I13.0 I13.1 I23.2 I13.9			
33	1	Hipertrofia prostática benigna	Y85				N40					
34	1	Trastornos tiroideos	T86	T85			E01: E01.0 E01.1 E01.2	E02	E03: E03.0 E03.1 E03.2 E03.3 E03.4 E03.5 E03.8 E03.9	E05: E05.0 E05.1 E05.2 E05.3 E05.4 E05.5 E05.8 E05.9		
35	1	Infección por VIH / SIDA	B90				B21: B21.0 B21.1 B21.2 B21.3 B21.7 B21.8 B21.9	B22: B22.0 B22.1 B22.2 B22.7	B23: B23.0 B23.1 B23.2 B23.8	B24		
36	1	Insuficiencia cardíaca	K77				I50: I50.0 I50.1 I50.9					
37	1	Lupus	L99	S99			L93: L93.0 L93.1 L93.2	M32: M32.0 M32.1 M32.8 M32.9				
38	1	Malignidad/ Neoplasia/ Tumor maligno/ Cáncer No esp.	A79, R84-86, R92, S77, T71, U75-79, W72, X75- 81, Y77-78, D74-78, F74, L71, L97, H75, K72, N74-N76				TODA LA LETRA C			LETRA D HASTA D48 (incluye desde D48.0 a D48.9)		
39	1	Maltrato físico / psicológico / violencia intrafamiliar/ Abuso Sexual/ ideación e intento suicida	Z12	Z16	Z20	Z24-25	T74: T74.0 T74.1 T74.2 T74.3		Y07: Y07.0 Y07.1 Y07.2 Y07.3 Y07.8 Y07.9			
40	1	Dolor neuropático / fibromialgia	N92	L18			G50: G50.0 G50.1		M79.7			
41	1	Obesidad	T82				E66: E66.0 E66.1 E66.2 E66.9					
42	1	Parkinsonismo	N87				G20	G21: G21.1	G22	G23: G23.0 G23.1 G23.2 G23.8 G23.9	G24: G24.0 G24.1 G24.2 G24.4 G24.5 G24.8 G24.9 G26	G25: G25.2 G25.3 G25.4 G25.5
43	1	Presbiacusia / Hipoacusia / Sordera	H84-86				H90: H90.0 H90.1 H90.2 H90.3 H90.4 H90.5 H90.6 H90.7 H90.8		H91: H91.0 H91.2 H91.8 H91.9			
44	1	Trastornos de la coagulación	B83	B79			D68: D68.0 D68.1 D68.2 D68.4 D68.8 D68.9	D69: D69.1 D69.2 D69.4 D69.6 D69.8 D69.9	D75: D75.0 D75.8 D75.9	D77		



N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2			CIE-10					
45	1	Retraso mental	P85			F70: F70.0 F70.1 F70.8 F70.9	F71: F71.0 F71.1 F71.8 F71.9	F72: F72.0 F72.1 F72.8 F72.9	F73: F73.0 F73.1 F73.8 F73.9	F78: F78.0 F78.1 F78.8 F78.9	F79: F79.0 F79.1 F79.8 F79.9
46	1	Arritmia cardíaca/ Taquicardia paroxística	K79- 80			I47: I47.0 I47.1 I47.2 I47.9	I49: I49.9				
47	1	Trastorno Ansioso	P74 - P79			F40: F40.0 F40.1 F40.2 F40.8 F40.9	F41: F41.0 F41.1 F41.2 F41.3 F41.8 F41.9		F42: F42.2 F42.9		
48	1	Trastorno de la personalidad	P80			F60: F60.0 F60.1 F60.2 F60.3 F60.4 F60.5 F60.6 F60.7 F60.8 F60.9	F61: F61.0 F61.1 F61.8 F61.9	F62: F62.0 F62.1 F62.8 F62.9	F68: F68.0 F69		
49	1	Trastornos del sueño	P06			F51: F51.0 F51.1 F51.2 F51.4 F51.9		G47: G47.3 G47.4			
50	1	Otros trastornos de Salud Mental	P99	P75	P81	F63: F63.0 F63.2 F63.8 F63.9		F66: F66.1 F66.2 F66.8 F66.9			
51	1	Tuberculosis	A70			A15: A15.0 A15.1 A15.2 A15.3 A15.4 A15.5 A15.7 A15.8 A15.9	A17: A17.0 A17.1 A17.8 A17.9	A18: A18.0 A18.1 A18.2 A18.3 A18.4 A18.5 A18.6 A18.7 A18.8	A19: A19.0 A19.1 A19.2 A19.8 A19.9	Z03: Z03.0	
52	1	Úlcera crónica de la piel	S97			I83: I83.0 I83.1 I83.2 I83.9			L97	L98.4	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wagner JE, Hall J, Ross R, Cameron D, Sachdeva B, Cohen D, et al. Implementing risk stratification in primary care: challenges, considerations, and strategies. *J Am Board Fam Med.* 2019;32:585-595. doi: 10.3122/jabfm.2019.04.180341.
2. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med.* 2012 Mar-Apr;10(2):134-41. doi: 10.1370/afm.1363.

ANEXO 2.

El equipo de salud en el cuidado integral de las personas

La implementación de la ECICEP, requiere de redefinir roles al interior del equipo de salud, así como también, incorporar nuevos roles. Estos últimos se incorporan a objeto de facilitar el cuidado integral de las personas con alto riesgo. En atención primaria se define una dupla gestora (profesional y TENS), inserta en cada equipo de sector del centro de salud. Y en atención secundaria- terciaria, se define un profesional de enlace (PDE). Estos acompañan a las personas con condiciones crónicas en el cuidado de su salud, y sus funciones principales se describen a continuación:

• **Profesional gestor del cuidado (gestor de caso) en atención primaria:** un facilitador de la atención y provisión de cuidados a la persona y su familia, con énfasis en apoyo

al automanejo. Además, será responsable de la planificación, coordinación, activación de los recursos, facilitación y promoción, y de asegurar oportunidad en la ejecución, seguimiento y registro de las prestaciones indicadas a las personas a su cargo. Sus principales funciones son:

- Facilitar atenciones integrales según el estado de salud de la persona consultante, determinando las necesidades individuales.
- Intermediar entre la persona consultante y los otros profesionales de la salud, coordinando las atenciones y al equipo según las necesidades individuales.
- Desarrollar o coordinar planes individuales colaborativos, con énfasis en potenciar el automanejo y la participación activa de la persona con condición crónica, incorporando a la familia y/o los cuidadores del proceso de cuidado y acompañamiento.

- Coordinar plan de cuidado integral con equipo de sector.
- Velar por la provisión y registro de los cuidados biopsico-sociales de la manera más efectiva y eficiente, según la realidad local.
- Manejar y monitorear la referencia y contrarreferencia entre distintos niveles de atención.
- Coordinación con PDE para continuidad del cuidado de personas consultantes a urgencia y hospitalizaciones.
- Articulación con el intersector según corresponda.
- Priorizar entrega de equipos de automonitoreo.
- Priorizar telemedicina.

• **Técnico de nivel superior gestor del cuidado en atención primaria:**

será miembro activo del equipo clínico y tendrá un rol clave en desarrollar vínculo con la persona y su comunidad. Además, realizará actividades de: consejerías telefónicas de apoyo al automanejo, rescates domiciliarios, información y confirmación de citas, recepción de la persona en las diferentes atenciones, la ejecución y registro de signos vitales y antropometría, trabajo administrativo y apoyo al automanejo. A continuación, se describen las principales funciones:

- Apoyar en la gestión de la persona de alta complejidad, según lo que determine el profesional gestor designado.
- Realizar el rescate de personas de alta complejidad, mediante contacto telefónico o visitas domiciliarias.
- Monitorizar los parámetros y el cumplimiento de metas de la persona de alta complejidad, en apoyo al profesional gestor.
- Pesquisar personas que podrían beneficiarse de la ECICEP.
- Realizar la gestión de atención de la persona de mediana complejidad (según disponibilidad del profesional gestor).
- Educar a las personas en medidas que favorezcan y apoyen el automanejo.

Se requiere que tanto el profesional y técnico gestor, sean parte del equipo de sector al que pertenece la persona con condición crónica; cuenten con habilidades y experiencia en cuidados integrales; tengan conocimiento del territorio y su población. El objetivo es que la dupla gestora sea percibida por las personas como parte integrante del equipo multidisciplinario del centro de salud.

• **Profesional de enlace (PDE) en atención secundaria y terciaria:**

es un facilitador de la transición efectiva de las personas desde el nivel hospitalario al ambulatorio, apuntando con ello a mejorar la calidad del cuidado, disminuir el tiempo de recuperación, reducir las tasas de re-hospitalización y el costo en salud. Para ello, mantiene una coordinación continua con los equipos de los distintos niveles de atención, favoreciendo:

- La integración de la Red a partir de la entrega y actualización oportuna de información, así como desde el apoyo en la gestión de procesos para la pronta respuesta a las necesidades de las personas.
- La pesquisa a nuevas personas de alta complejidad a través de atenciones en servicios de urgencia, a quienes invita a hacerse parte de esta ECICEP.
- Los procesos hospitalarios como toma de exámenes o gestión de interconsultas, entre otros.
- El contacto con profesional gestor/a de casos del CESFAM de referencia de cada persona, transmitiendo la alerta por su consulta de urgencia y/o de hospitalización. Será relevante sostener este contacto a lo largo del tiempo de estadía en los establecimientos, así como durante sus controles con especialidad, reforzando los nexos que favorezcan la articulación de los equipos en Red.
- La contrarreferencia para APS a la alta médica en nivel secundario o terciario.
- La oportunidad en la asignación de horas a ingresos y controles con especialista.
- La transmisión de alertas al equipo de APS respecto de personas que se atiendan en los servicios de urgencia con diagnósticos de IAM, ACV, amputación de pie diabético e ICC y que hayan tenido o no contactos previos en APS.

Para el logro de los objetivos de la acción del PDE, será necesario que éste cuente con el documento administrativo que lo nomina, sea conocido por los equipos de los servicios de urgencia y hospitalización y que sus roles, funciones y alcances de sus acciones sean claramente difundidos y conocidos en toda la Red.