

## CAPÍTULO III

---

# Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile

**ÁLVARO TÉLLEZ**

**JAIME SAPAG**

**JORGE BARROS**

**FERNANDO POBLETE**

**PAULA ZAMORANO**

Facultad de Medicina UC

**PABLO CELHAY**

Escuela de Gobierno UC

# Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile

INVESTIGADORES<sup>1</sup>

**ÁLVARO TÉLLEZ**

**JAIME SAPAG**

**JORGE BARROS**

**FERNANDO POBLETE**

**PAULA ZAMORANO**

Facultad de Medicina UC

**PABLO CELHAY**

Escuela de Gobierno UC

---

## Resumen<sup>2</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud pública de primera importancia para Chile y el mundo. En los últimos años, ha surgido fuertemente el concepto de multimorbilidad, así como la necesidad de plantear modelos más eficientes y apropiados para su abordaje. Es fundamental dar respuesta a este desafío a través de estrategias integrales y planificadas desde la promoción de la salud hasta la detección oportuna y el tratamiento integral. En ese contexto, la atención primaria y el trabajo colaborativo en red resultan esenciales.

Desde 2017, el Centro de Innovación en Salud Áncora UC, junto al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), implementan -a nivel piloto- un innovador modelo de atención centrado en las personas con enferme-

---

1 Los investigadores agradecen a María José Fernández y a Verónica Rojas, profesionales del SSMSO, quienes colaboraron con el proyecto.

2 Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC el 8 de enero de 2020, en el que participaron como panelistas Gisela Schaffer, representante de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud; Carlos Zúñiga, nefrólogo del Hospital Las Higueras de Talcahuano; Michael Velten, jefe del Departamento de Coordinación Asistencial y Redes Complejas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; y María José Fernández, representante del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

dades crónicas, que incorpora recomendaciones de la literatura, experiencias locales y cuyos resultados preliminares parecen ser promisorios. El año 2019 el Ministerio de Salud ha resuelto avanzar progresivamente en el desarrollo de una estrategia con características similares en todo el país.

Este proyecto tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de escalabilidad del nuevo modelo de atención centrado en personas con enfermedades crónicas, a fin de que pueda ser incorporado como política pública a nivel país. La metodología fue multicomponente, transversal y con un enfoque de predominio cualitativo.

En este artículo se comparten los principales resultados del estudio, en sus distintos componentes, y finalmente se levanta una propuesta de escalamiento del nuevo modelo a nivel nacional. Se presenta un conjunto de recomendaciones en ámbitos que son fundamentales para poder avanzar sustantivamente y con mayor probabilidad de éxito en un cambio progresivo que permita dar una respuesta integral y efectiva a los desafíos planteados por la multimorbilidad.

En tiempos en que la sociedad espera progresos sustantivos en salud, esta propuesta espera ser una contribución para procurar mejores resultados no solo en cuanto a morbilidad, sino también en calidad de vida y equidad.

## Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la principal causa de discapacidad y muerte en nuestro país (Minsal, 2008), por lo que su prevención, detección precoz y tratamiento oportuno constituyen una prioridad (OPS/OMS, 2019). Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, en Chile viven alrededor de 11 millones de personas con alguna condición crónica; de ellas, el 75% presenta multimorbilidad y requiere atención por un médico “cara a cara” (individualmente) al menos una o dos veces al año y para toda la vida, dada la necesidad de indicación de fármacos o terapias crónicas. El sistema de salud chileno (público y privado) es capaz de atender a un máximo aproximado de cuatro millones de personas con enfermedades crónicas, es decir, solo un 36% del total (Margozzini y Passi, 2018).

Dicha multimorbilidad afecta a una variada población, incluyendo a quienes se encuentran en etapa productiva. Su prevalencia aumenta con la edad y concentra los mayores daños en el adulto mayor. Por otra parte, el sistema de atención chileno está enfrentando esta epidemia de ECNT mediante programas y protocolos centrados en enfermedades o, en ocasiones, en grupos de estas, lo que determina un servicio fragmentado y poco flexible que no logra adaptarse al diferente riesgo de las personas, así como tampoco considerar la sinergia de estas enfermedades en los individuos ni su contexto

biopsicosocial.

## 1. El problema

Las enfermedades crónicas son, sin duda, un problema de salud pública nacional, y la multimorbilidad se convierte en un nuevo constructo que obliga a repensar la forma en la cual los servicios de salud son diseñados y entregados, pues se requiere de intervenciones que puedan responder en forma integrada a las complejas necesidades de quienes presentan esta condición.

La tendencia epidemiológica de las ECNT que refleja la última ENS demuestra que no se ha logrado controlar el problema y plantea la necesidad urgente de cambiar el actual modelo de atención por otro que corrija sus deficiencias, incorpore la centralidad en las personas y comparta la responsabilidad del cuidado con ellas. Las recomendaciones nacionales e internacionales coinciden en este planteamiento (Sarabia Sánchez, 2007; Ministerio de Salud Argentina, 2013), con el propósito de contribuir a un sistema más efectivo, eficiente y equitativo (Macinko, Starfield & Shi, 2003). Se necesita un enfoque amplio que incluya estrategias de prevención y promoción en salud de carácter poblacional, además de un sistema de salud centrado en una atención primaria ampliamente resolutoria, que contenga la progresión de los problemas y prevenga sus complicaciones, de manera de evitar la demanda innecesaria en los niveles secundario y terciario.

## 2. El Centro de Innovación en Salud ÁNCORA UC (Cisuc) y el origen del proyecto

El Cisuc, en asociación con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), junto a las municipalidades de La Pintana y de La Florida, ha implementado, en modo piloto, en siete Centros de Salud Familiar (Cesfam) y tres hospitales de mediana y alta complejidad una nueva estrategia de atención centrada en personas con enfermedades crónicas, que recoge el fenómeno de la multimorbilidad a partir de las recomendaciones existentes, así como las experiencias e investigaciones locales. Los resultados hasta la fecha permiten decir que el cambio es posible de implementar y que podría producir resultados beneficiosos. El Cisuc, además, ha documentado el nuevo modelo y sistematizado la experiencia de implementación. Por estas razones, el proyecto ha tomado esta experiencia como base de estudio para proponer un camino para su escalamiento.

## 3. Objetivos

**General:** desarrollar una propuesta de escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en personas con enfermedad crónica para que pueda ser incorporado como política a nivel país.

**Específicos:**

- Identificar las restricciones principales a la implementación del nuevo modelo y desarrollar una propuesta de gestión del cambio organizacional.
- Identificar y proponer las condiciones de escalabilidad que favorezcan la sustentabilidad del modelo en el tiempo.
- Desarrollar una propuesta de indicadores de proceso y resultado que incentiven y permitan medir el proceso de escalabilidad del modelo.
- Identificar el rol de los incentivos financieros para la promoción de la adopción de nuevas prácticas y de los efectos financieros que se buscan promover en el modelo de atención.
- Identificar los costos percibidos (pecuniarios y no pecuniarios) asociados a la adopción de este nuevo modelo de atención.

#### 4. Metodología

La metodología empleada para el desarrollo de esta propuesta fue multi-componente, transversal e interdisciplinaria, con un enfoque de predominio cualitativo. Se centró principalmente en levantar información para reconocer las principales barreras y facilitadores respecto a escalabilidad del modelo de atención, en base a la experiencia piloto del Cisuc y el SSMSO. El trabajo incluyó: (i) revisión de la literatura tipo *scoping review* (Arksey y O'Malley, 2005); (ii) análisis de las normativas, metas e incentivos existentes en nuestro sistema de salud en Chile; (iii) entrevistas y grupos focales para evaluar el experiencia de pilotaje del nuevo modelo y el potencial de escalabilidad; (iv) estimación del uso de recursos en la red para la implementación del modelo, y (v) recopilación y análisis de opiniones de expertos.

### Antecedentes y diagnóstico

#### 1. La enfermedad crónica y la multimorbilidad

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas que se caracterizan por su larga duración, lenta progresión y que no se resuelven espontáneamente. Se producen por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (Minsal, 2010).

La transición epidemiológica y demográfica ha generado un incremento de las ECNT que explican más del 70% de las muertes, y es probable que esta cifra siga ascendiendo. El incremento progresivo de las ECNT es mayor en países en desarrollo (Ministerio de Salud Argentina, 2013), generando gran impacto social y económico, específicamente reflejado en el deterioro del bienestar individual y familiar y en el aumento de gastos en tratamiento (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La multimorbilidad se define como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona (Violan et al., 2014; OMS, 2015b). Sin embargo, la Red Europea de Investigación en Atención Primaria propone ampliar el constructo a “una combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo” (Prados-Torres et al., 2017), definición que permite abordar al usuario desde una mirada integral. Los problemas de salud mental se consideran dentro de este concepto.

La multimorbilidad en las personas implica peor calidad de vida, mayor polifarmacia y, con ello, un incremento en las tasas de eventos adversos, alta carga de tratamiento, limitación funcional y discapacidad, presencia incrementada de trastornos de salud mental, así como mayor uso de los servicios sanitarios y aumento de la mortalidad (Albreht et al. 2016; Palmer et al. 2016; Prados-Torres et al., 2017; Leijten et al., 2018). Además, existe mayor multimorbilidad y aparición precoz de ECNT en las personas con menor nivel socioeconómico, evidenciando la importante inequidad que este problema también conlleva (Barnett et al., 2012).

Las cifras mencionadas anteriormente posicionan a las enfermedades crónicas como un problema de salud pública nacional, y la multimorbilidad se convierte en un nuevo constructo, que implica repensar la forma en que los servicios de salud deben ser diseñados y entregados para dar mejor respuesta a las múltiples y complejas necesidades de estos pacientes. A lo anterior se suma que la prevalencia de la multimorbilidad afecta a personas en edad laboral y aumenta con la edad. Por lo tanto, los individuos con esta condición que estén en edad productiva tendrán que lidiar durante muchos años con ella. La población adulta mayor, por su parte, acumula patologías crónicas de larga data, con todas las implicancias que ello genera.

## **2. La respuesta del sistema de salud nacional e internacional**

El sistema de salud chileno reconoce el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria como eje orientador de la red asistencial, el cual releva como principios irrenunciables la centralidad de la persona, la continuidad del cuidado y la integralidad de la atención (Minsal, 2012). Sin embargo, en la práctica, el sistema enfrenta la atención de personas con enfermedades crónicas entregando un servicio fragmentado, con escasa continuidad y centrado en la enfermedad. De este modo, no se da una respuesta integrada ni integral a las necesidades individuales y colectivas, se sobrecarga el sistema con acciones diversas y no coordinadas, lo que naturalmente puede afectar su eficiencia y efectividad.

En este escenario, resulta lógico plantearse dos interrogantes fundamentales: (i) ¿Cómo dar cobertura de atención a toda la población que padece o

está en riesgo de padecer enfermedades crónicas? y (ii) ¿Cuál es la estrategia más adecuada para enfrentar esta epidemia? Sin duda, ambas cuestiones están vinculadas entre sí, pues se hace evidente que es muy difícil ofrecer atención individual a los 11 millones de personas que viven con una o más enfermedades crónicas. La recomendación es combinar las dos clásicas estrategias planteadas por Rose (1985): la poblacional y la de alto riesgo (Margozzini y Passi, 2018). La implementación de medidas para prevenir y contener la enfermedad crónica mediante una estrategia poblacional es particularmente costo-efectiva, sobre todo porque involucra políticas que afectan transversalmente a toda la sociedad. Se trata, por ejemplo, de medidas como el incremento de impuestos y restricciones a la venta de alcohol y tabaco, disposición de espacios para hacer ejercicio físico, entre otras (Margozzini y Passi, 2018).

Este artículo se enfoca principalmente en la estrategia individual, es decir, en aquella que compromete específicamente al sistema de atención en salud y donde se concentra la mayor carga financiera para el país. En este ámbito, es necesario que el sistema de atención implemente un cambio en la manera como aborda la enfermedad crónica, pasando de un foco en la enfermedad a otro centrado en la persona, tal como lo considera el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Este cambio es consecuente con una de las líneas estratégicas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las Américas 2013-2019 (OPS/OMS, 2019), y con el llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer servicios de salud centrados en la persona. Se trata de un cambio complejo, pues afecta no solo al modelo de atención imperante, sino también a la organización del sistema.

### **3. Descripción del piloto Cisuc y SSMSO**

El nuevo Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica (Macep) (Téllez et al., 2020) que ha estado implementando el Cisuc recoge la experiencia internacional documentada en la literatura, así como algunos avances previos en este campo en Chile (Poblete, 2015). Se funda en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, desde el cual desarrolla una aplicación para las personas con ECNT.

El Macep se basa en cuatro componentes esenciales:

- 1.- Centralidad en la persona.
- 2.- Estratificación según riesgo.
- 3.- Continuidad del cuidado.
- 4.- Automanejo y decisiones compartidas.

Estos elementos abren paso a una estrategia de intervención definida según el riesgo de las personas, en la cual se identifican roles, herramientas, prestaciones y actividades para cada uno de los tres niveles de riesgo: alto, medio y bajo. El objetivo es prevenir complicaciones asociadas a la multimorbilidad, para así disminuir la necesidad de consultas con especialistas, hospitalizaciones y consultas al servicio de urgencia, mejorando la calidad de vida y satisfacción de las personas con enfermedades crónicas.

La implementación, iniciada a principios del año 2017, se está realizando actualmente en siete Cesfam en las comunas de La Pintana, Puente Alto y La Florida, y en los tres hospitales correspondientes (Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital Padre Hurtado y Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz Inzunza).

La población que se ha incorporado en este piloto se detalla en la siguiente tabla:

**TABLA 1. N° de personas atendidas bajo el Macep según nivel de riesgo en los siete Cesfam pilotos, comparados con la población inscrita de cada centro y la población total del SSMSO**

	<b>Población total</b>	<b>Alto riesgo</b>	<b>Mediano riesgo</b>	<b>Bajo riesgo</b>	<b>Sin morbilidad calculada</b>
SSMSO	1.523.215	136.600 (8,97%)	144.143 (9,46%)	382.671 (25,12%)	859.801 (56,45%)
Siete Cesfam	109.270	17.200	24.672	67.398	
<b>Población atendida Macep</b>	<b>26.558</b>	<b>1.311</b>	<b>22.466</b>	<b>2.781</b>	

Fuente: Unidad de Análisis y Gestión de la Información en Salud, SSMSO y datos recopilados en la implementación. Fecha corte: noviembre de 2019.

La implementación del Macep ha constado de cuatro etapas: diseño del modelo de atención, preimplementación, puesta en marcha y seguimiento y monitoreo. Actualmente, el piloto se encuentra en periodo de seguimiento y monitoreo, lo que ha permitido ir sistematizando el aprendizaje del proceso de implementación, así como también realizar las mejoras necesarias para avanzar hacia la consolidación del modelo de atención.



**TABLA 2. Resumen de logros y avances del proceso de la implementación del Macep**

Diseñado y aplicado un modelo de atención con estrategias de intervención definidas según riesgo
Estratificado a la población según su riesgo y modificada la intensidad de la intervención
Implementado gestión de casos y articulada la red asistencial para personas de alto riesgo
Ejecutados servicios de apoyo al automanejo para todas las personas con enfermedades crónicas
Sistematizadas las condiciones que involucran el cambio de modelo

Fuente: información no publicada proveniente de la evaluación del piloto de Macep.

#### **4. Contexto político para un cambio en el modelo de atención**

El escalamiento de un cambio complejo como el propuesto en este artículo, que afectará profundamente el sistema de atención de salud, estará siempre afecto a las condiciones del entorno político y social donde ocurrirá. Es indudable que este contexto ha cambiado profundamente durante los últimos meses, desde que ha emergido un fuerte movimiento social que reclama justicia, dignidad, participación, igualdad, entre otros valores que son reconocidos como carentes en nuestra sociedad. Y uno de los ámbitos donde estas carencias son más evidentes es la salud. La necesidad de hacer reformas en este ámbito se hizo apremiante y el espacio para implementarlas se ha ampliado.

Si bien esta propuesta para escalar una nueva estrategia para enfrentar la enfermedad crónica no está al nivel de la reforma global que se reclama, sí contiene varios de los valores implícitos en ella: dignidad, equidad y participación. El modelo propuesto plantea que las personas dejan de ser objetos de un sistema vertical que les instruye respecto a cómo cuidarse y pasan a ser actores que deciden sobre su salud, sobre su enfermedad y participan en forma protagónica en su bienestar. Así también, supone que el sistema de atención se reorganiza, centralizándose en las personas y sus familias, asignando recursos en proporción a las necesidades de las personas, a quienes apoya para que mejoren su capacidad de autocuidado.

Este cambio de contexto ha hecho más evidente la necesidad y urgencia de cambiar la estrategia de atención a personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, esta necesidad estaba emergiendo con fuerza desde antes y fue la razón por la cual en el año 2017 el SSMSO acordó con el Cisuc la implementación del cambio del modelo de atención de las personas con enfermedades crónicas en modo piloto en siete Cefam y sus respectivas redes. Dos años después, este servicio de salud -valorando esta experiencia aún en desarrollo, además de otras iniciativas locales- decidió escalar el cambio a toda su población. Pocos meses después el Minsal reconoció esta experiencia y decidió escalarla a nivel nacional. Los primeros pasos que el ministerio ha dado en este sentido han sido:

- Redacción de recomendaciones para la implementación de una nueva estrategia para abordar la enfermedad crónica. Este documento está siendo producido por la División de Atención Primaria (Divap) del Minsal.
- Elaboración de un primer plan de implementación escalonado para alcanzar la cobertura a nivel nacional.
- Inclusión de recursos para la instalación de esta nueva estrategia en el proyecto de presupuesto de salud a partir del año 2020.

El gran desafío es que la nueva estrategia se implemente conservando sus componentes esenciales y con la gradualidad necesaria para permitir que las personas, los equipos de salud y el sistema incorporen el cambio en forma adecuada y sustentable.

En este escenario, el presente estudio adquiere particular importancia, no solo porque tiene el propósito de contribuir a que el escalamiento de esta estrategia sea exitoso, sino porque, además, ocurre cuando este proceso se está iniciando y por lo tanto, cuando sus propuestas pueden ser consideradas desde un comienzo.

## Principales resultados de la investigación

### 1. Revisión de la literatura

Esta revisión exploratoria seleccionó un total de 73 artículos y buscó sintetizar la evidencia existente respecto del tema de estudio. Preguntas específicas guiaron la búsqueda, contextualizadas desde una perspectiva de implementación de modelos de cuidado para personas con multimorbilidad crónica, en innovación en salud, escalabilidad y uso de incentivos.

Las ciencias de implementación corresponden a un campo del conocimiento interdisciplinario que utiliza métodos empíricos rigurosos, marcos y teorías para estudiar y mejorar la aceptación de los resultados de la investigación en la práctica rutinaria de la salud. Su uso es especialmente beneficioso cuando se analizan intervenciones complejas (por ejemplo, aquellas con numerosos componentes y variables difíciles de controlar) (Churrua et al., 2019). El Marco Consolidado de Investigación de Implementación (*Consolidated Framework for Implementation Research*, CFIR; Damschroder et al., 2009) identifica cinco ámbitos centrales relevantes respecto del desarrollo, en la práctica, de intervenciones concretas: características de la intervención, el contexto interno; configuración interna, las características de los individuos involucrados, y el proceso de implementación. Estos componentes son también críticos para la escalabilidad de intervenciones e innovaciones en salud.

Respecto a la escalabilidad, esta se entiende como el proceso mediante el cual las intervenciones de salud -eficaces a pequeña escala o bajo condiciones controladas- se expanden a políticas o prácticas más amplias (Milat, Bauman y Redman, 2015), en condiciones del mundo real, para llegar a una mayor proporción de la población elegible y conservando la eficacia. Se utiliza para describir la ambición o el proceso de ampliar la cobertura de las intervenciones de salud, pero también puede referirse al aumento de los recursos financieros, humanos y de capital necesarios para ampliar dicha cobertura (Mangham y Hanson, 2010). La OMS y ExpandNet la definen como el conjunto de esfuerzos deliberados para aumentar el impacto de las innovaciones de salud probadas con éxito, a fin de beneficiar a más personas y fomentar el desarrollo de políticas y programas de forma duradera (WHO, 2015a). Especial consideración tiene la adaptación a los contextos locales, cuando se habla de escalabilidad, pues las necesidades y los recursos pueden diferir entre los sitios de escalada (Power et al., 2019). La “unidad escalable” puede ser definida como la entidad administrativa más pequeña que será replicada en el proceso de escalamiento (Institute for Healthcare Improvement, 2018); cuenta con un conjunto de elementos críticos que caracterizan la esencia de una intervención, modelo o prototipo, el que es diseñado y posteriormente testeado en contextos ad hoc como prueba de implementación y evaluación.

Un escalamiento exitoso involucra dos elementos fundamentales: institucionalizar la práctica y expandirla, o replicarla (Adamou y McKnight, 2014), entendiendo como institucionalización la “ampliación” de los “sistemas”, lo cual incluye la participación de líderes y partes interesadas, así como de cambios legales, políticos e institucionales. La verdadera institucionalización es clave para la sostenibilidad y para mover una práctica más allá de la fase piloto o para ser utilizada más allá de un pequeño espacio geográfico. Expandir o replicar el proceso incluye llevarlo de un área geográfica a más áreas, o de un nivel de servicio de salud a otros niveles. La expansión, en tanto, implica aumentar el personal o los proveedores de servicios de entrega; involucrar y educar al personal existente, proveedores y otras partes interesadas en los sitios de servicio; formación; cambio de tareas o compartirlas; asistencia técnica adicional y supervisión; modificación o mejora de instalaciones; adquisición de suministros, equipos y otros productos básicos, además de la distribución de materiales; adaptar los métodos o herramientas de recolección de datos, y crear conciencia pública y apoyo (Adamou y McKnight, 2014).

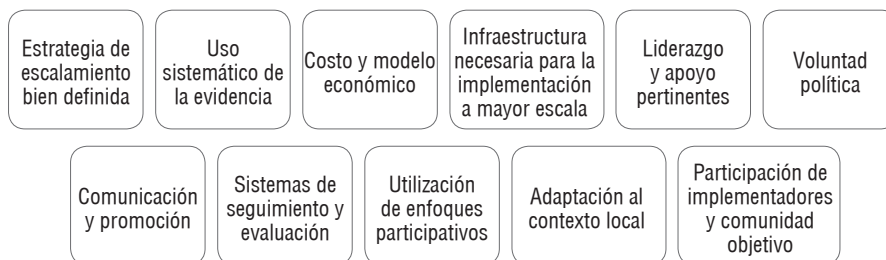
Existen varios modelos relativos a la escalabilidad de intervenciones. El modelo Aided (Bradley et al., 2012) incluye cinco componentes no lineales interrelacionados del proceso de ampliación: evaluar el paisaje (la situación,

el contexto), innovar para adaptarse a la receptividad del usuario, desarrollar soporte, involucrar grupos de personas y desarrollar esfuerzos por difundir la innovación. En ese sentido, la ampliación exitosa se produciría dentro de un complejo sistema de adaptación caracterizado por partes interdependientes, múltiples espacios de retroalimentación y varias vías potenciales para lograr los resultados esperados. La falta de ampliación de escala puede atribuirse a una evaluación insuficiente de los grupos de personas en contexto, la falta de ajuste de la innovación con la receptividad del usuario, la incapacidad para abordar la resistencia de los interesados y el compromiso inadecuado con los grupos de personas. Por su parte, Igras et al., (2019) sugieren que las intervenciones que se van a escalar a través de los canales gubernamentales y no gubernamentales deben tener en consideración los siguientes elementos:

- Contemplar un diseño inicial y adaptaciones posteriores informadas por una evaluación del contexto social, de los determinantes y los impulsores del cambio social y de comportamiento, y las capacidades de cambio de las comunidades receptoras, con la comprensión del peso relativo de las normas y otros factores sobre el cambio de comportamiento.
- Contar con un paquete de intervención transferible con mecanismos de cambio normativo articulados, respaldados por los principios de justicia social y responsabilidad, que puedan monitorearse para determinar la fidelidad de la implementación y el cambio social emergente.
- Recursos para la institucionalización con el gobierno a través de políticas, protocolos y guías, y con las partes interesadas e influyentes de la comunidad a través de sus roles de aprobación y sanción.
- Suficiente duración e intensidad del proyecto para permitir la internalización de nuevas normas.
- Enlaces planificados a servicios amigables para proveedores y apoyos sociales.

Las características comunes de estos modelos incluyen un enfoque en la comprensión de los atributos de la intervención que se está ampliando (efectividad, alcance potencial, aceptabilidad, entre otros), la identificación y el apoyo a los implementadores, la selección de una estrategia de entrega adecuada, la comprensión y el ajuste de las características para la comunidad en que se adoptará la intervención escalada. Es importante considerar el contexto sociopolítico más amplio y el uso de datos de investigación, evaluación y monitoreo para informar el proceso de ampliación de escala. Finalmente, es necesario contemplar también los factores de éxito en escalabilidad que muestra la Figura 1.

FIGURA 1. Factores a considerar para el éxito en la escalabilidad



Fuente: Milat, Bauman y Redman, 2015.

En cuanto al uso de incentivos para el escalamiento del modelo, la revisión desarrollada indica que existe una gran diversidad de enfoques en lo que respecta a los incentivos basados en el desempeño (IBD), particularmente en países con altos ingresos (HIC), no existiendo así un modelo único que domine la escena (Ergo et al., 2012). La evidencia en estos países muestra que las políticas de incentivos, en general, han tenido un impacto limitado en el valor de la atención y no han conducido a mejores resultados en las personas (Doran, Maurer y Ryan, 2017). Por otro lado, los incentivos no solo pueden ser de carácter financiero, también pueden tomar la forma de reconocimiento del desempeño o utilizar herramientas para informar a las personas sobre su propia actuación, por ejemplo, mediante rankings de productividad o sistemas de retroalimentación del desempeño (Martinsson et al., 2016).

## 2. Análisis de las normativas, metas e incentivos

A partir de documentos del Ministerio de Salud se revisaron las características de las normativas e instrumentos que pudieran influir más directamente en la implementación de esta innovación y se analizaron sus implicancias. En particular, se consideraron: objetivos sanitarios, metas sanitarias, indicadores de actividad de la atención primaria en salud y compromisos de gestión. El foco analítico estuvo en sus objetivos, características principales y finalmente en cómo estos instrumentos abordan la multimorbilidad y la centralidad en la persona.

Los Objetivos Sanitarios para la Década 2011-2020 (Minsal, 2010) identifican los desafíos nacionales y establecen cuatro objetivos específicos: (i) mejorar la salud de la población, (ii) disminuir las desigualdades en salud, (iii) aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y (iv) asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Para el logro de los objetivos antes descritos, se plantean nueve objetivos estratégicos, dentro de los cuales dos de ellos avalan la necesidad de modificar el modelo de aten-

ción para (N°2) enfrentar las enfermedades crónicas y (N°3) los factores de riesgo. En ambos se plantea la necesidad de adecuar los servicios de salud, especialmente la atención primaria, debido al número creciente de personas con condiciones crónicas de salud, estableciendo como elemento esencial del modelo la atención centrada en el individuo, la toma de decisiones de forma compartida y el apoyo al automanejo. También indican la necesidad de aplicar estrategias enfocadas en mejorar la integración de la red asistencial, mencionando como aspecto relevante la gestión clínica de casos diferenciada según nivel de riesgo de las personas y la participación de un equipo de salud multidisciplinario coordinado regularmente para tender a integrar el cuidado de la salud de un grupo definido de pacientes.

Las metas sanitarias se establecen anualmente por el Ministerio de Salud de acuerdo a la Ley 19.813 (Minsal, 2019a), mediante un comité tripartito. Posteriormente, son revisadas por los servicios de salud locales, en conjunto con el comité técnico consultivo para acordar metas sanitarias por comunas o establecimientos a cumplir el año entrante. De este cumplimiento depende la obtención de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para los trabajadores de atención primaria de salud (Minsal, 2018). Las metas 2019 incluyen indicadores respecto del desarrollo psicomotor, detección precoz de cáncer cervicouterino; odontológicas (para tres rangos etarios), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), lactancia materna exclusiva y participación social. Son nueve metas, de las cuales solamente dos tienen foco en la enfermedad crónica, principalmente en relación con poblaciones de bajo control.

Respecto de los indicadores de actividad de la atención primaria en Salud (Iaaps) (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019), estos se establecen anualmente para garantizar prestaciones otorgadas en las respectivas poblaciones asociadas a un conjunto de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la APS, desde la perspectiva Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El aporte que hace el Estado a la administración municipal de APS es otorgado para proveer estos servicios que involucran prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar II, en su población a cargo, inscrita y validada de cada comuna. El conjunto de Iaaps se construye sobre la base de cuatro componentes: (i) modelo asistencial, (ii) gobernanza y estrategias, (iii) organización y gestión, y (iv) asignación de recursos e incentivos. Los Iaaps del año 2019 están organizados en cuatro secciones (RISS, producción, cobertura efectiva e impacto) que dan cuenta de 18 indicadores, de los cuales solamente en la sección de cobertura efectiva aborda la ECNT con tres indicadores, enfocados en diagnósticos específicos vinculados a Garantías Explícitas de Salud (GES) y tratamiento en DM2 y HTA (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019).

Como cuarto elemento normativo se revisan los Compromisos de Gestión (Comges, Minsal, 2019b) en el marco de las RISS. Estos son, en su conjunto, herramientas de control de gestión que permiten evaluar el desempeño de los servicios de salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En general, están orientados a reforzar el compromiso por el desarrollo de la APS y el acceso universal de salud como alternativa para vencer la fragmentación en la entrega de prestaciones de salud. Se construyen considerando los Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Plan de Gobierno en Salud para el periodo 2018-2022 en los mismos cuatro componentes de los laaps: (i) modelo asistencial, (ii) gobernanza y estrategias, (iii) organización y gestión, y (iv) asignación de recursos e incentivos. De estos, para el año 2019 se establecen 25 compromisos, separados por los componentes mencionados con 14-3-5-3 compromisos, respectivamente. De ellos, dos compromisos del modelo asistencial (10 y 14) incorporan en sus objetivos el abordaje de personas con ECNT, favoreciendo la continuidad del cuidado desde los egresos hospitalarios y el autocuidado en adultos mayores (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019). Finalmente y respecto a la Matriz de Cuidados a lo largo del curso de la Vida 2019, este año se incorpora la atención integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles (Minsal, 2019c).

### **3. Evaluación de la experiencia de pilotaje del Macep y el potencial de escalabilidad**

Se realizaron entrevistas y grupos focales para evaluar la experiencia de implementación en el pilotaje del Macep en el SSMSO, así como su potencialidad para ser implementado en otros contextos. Se realizaron las siguientes actividades:

- Entrevistas semiestructuradas al director del Cesfam, directores de Salud Municipal, director de Fonasa, jefa del Departamento de Modelo de Atención de la Divap del Minsal; al director del SSMSO, a referentes del mismo vinculados con la implementación del Macep, y a la asesora técnica del Programa del Adulto y Adulto Mayor del Cesfam.
- Grupo focal con profesionales de la salud que han implementado el Macep, entre ellos enfermeras, nutricionistas, kinesiólogas y médico familiar.
- Grupo focal con personas que han recibido atención de salud bajo el modelo Macep.

Se realizó el análisis de contenido considerando los objetivos centrales del estudio y se identificaron barreras y facilitadores que pueden afectar un escalamiento, además de una serie de condiciones básicas para el éxito de la implementación. A continuación, se resumen los principales resultados, que integran la información recogida de las entrevistas y grupos focales:

- El compromiso de autoridades y equipos ejecutores sería un facilitador de la implementación. En particular, se refiere a la voluntad política de las autoridades y al acompañamiento continuo y capacitaciones por parte del nivel central y los Servicios de Salud hacia los centros que incorporarán el modelo.
- El registro de datos y los sistemas informáticos juegan un papel importante en la implementación.
- El registro fragmentado es una barrera para el personal y se concluye que es estrictamente necesario contar con un registro unificado capaz de incorporar la estratificación del riesgo.
- Los índices, orientaciones y metas sanitarias que se aplican actualmente en la atención primaria responden a un modelo fragmentado que no permitiría dar cuenta adecuadamente de los avances en salud ni responderían suficientemente a los pilares fundamentales del nuevo modelo. Es necesario generar índices de proceso y de impacto que reflejen los resultados de la intervención, incorporando la mirada integral.
- Por otra parte, la falta de recursos institucionales de los centros de salud y las limitaciones en la infraestructura se plantean como dificultades para que los equipos ejecutores logren avanzar en el desarrollo del nuevo modelo. Algunas variables del contexto comunal y de cada centro de salud se percibieron como barreras o facilitadores de la intervención, dejándose en evidencia la necesidad de evaluarlas desde un comienzo. Entre estas destacan el perfil epidemiológico de cada zona, los recursos del centro y la experiencia previa con intervenciones innovadoras.



TABLA 3. **Resumen de facilitadores y barreras encontradas en el proceso de entrevistas y grupos focales**

	<b>Facilitadores</b>	<b>Barreras</b>
Compromiso de líderes y pilotaje previo	Compromiso y liderazgo de autoridades y equipos. Experiencia previa en centros piloto. Acompañamiento continuo. Participación de la academia.	Resistencia al cambio por parte de miembros del equipo de salud.
Roles y recursos	Incorporación de nuevos roles y de la dotación pertinente. Recursos para capacitación y acompañamiento continuo.	Carencias específicas de infraestructura (espacio físico). Per cápita es insuficiente y no considera la estratificación según riesgo.
Estructura y organización	Rol de enlace para coordinar atención entre niveles de la red.	Estructura de atención fragmentada en torno a programas. Normativas y orientaciones centradas en programas o patologías. Supervisiones y monitoreos verticales y fragmentados.
Registro clínico	Inclusión de estratificación de riesgo. Ficha única de registro crónico con integración de los datos.	Registros específicos por patología o grupos de estas.
Índices, orientaciones y metas sanitarias	Incorporación de metas e indicadores de impacto y no solamente de cobertura.	Indicadores fragmentados por enfermedades. Ausencia de indicadores que integren la multimorbilidad. Indicadores universales no adaptados a condiciones socioepidemiológicas regionales.
Contexto local	Centros de salud con experiencias previas de intervenciones innovadoras. Centros con información y análisis de las características de su población y de sus recursos.	Excesiva población inscrita en los centros de salud. Contexto social complejo y de alta vulnerabilidad.

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se identifican algunas recomendaciones que debiesen abordarse para el escalamiento, entre las que destacan: escalar en forma gradual y con acompañamiento, establecer incentivos vinculados a la implementación del modelo y establecer mecanismos para garantizar la continuidad de atención entre los niveles de la red. Se advierte, además, sobre la importancia de políticas complementarias que aborden la prevención y promoción a nivel poblacional.

#### **4. Estimación de uso de recursos en la red para la implementación del Macep**

Para estimar la magnitud de los recursos que se requieren para la implementación de este modelo se aprovecharon las evaluaciones que el Cisuc y el SSMSO han realizado del piloto que están implementando. Estas evaluaciones han utilizado el repositorio de información que la Unidad de Análisis y Gestión de la Información en Salud que este servicio ha desarrollado, y que reúne información de la población atendida a lo largo del tiempo en los distintos niveles de su red asistencial.

En este piloto se destinaron recursos incrementales en los Cesfam intervenidos, que consistieron en dos jornadas de gestor(a) de caso y una jornada de técnico de enfermería, más algunos elementos de apoyo en comunicaciones y traslados. Estos recursos se utilizaron de manera variable, según población y otras condiciones locales, y fueron destinados fundamentalmente a la población de alto riesgo. Además, se integró una enfermera en cada hospital de referencia, con el fin de cumplir la función de coordinación y enlace entre los niveles de atención.

Es importante consignar que también fue necesario destinar recursos a la formación y acompañamiento de los equipos encargados de implementar el cambio en su población. Específicamente, se realizó un curso de 28 horas sobre los componentes centrales del Macep, dirigido a los profesionales en general. Además, se realizaron cursos, de aproximadamente 16 horas cada uno, dirigidos a los miembros del equipo que deben adquirir nuevos roles, tales como médicos, gestores de caso, técnicos de enfermería y químicos farmacéuticos. El acompañamiento fue realizado por un equipo clínico del Cisuc en cada centro piloto durante todo el periodo de implementación, siendo más intensivo durante los primeros seis meses. En este proceso se complementó la formación inicial en aspectos más operativos, especialmente en los componentes esenciales del nuevo modelo para fortalecer su impregnación y consolidación en el tiempo.

Para apreciar el efecto de la intervención en el uso de recursos dentro del sistema, se estimó el efecto esperado de la intervención sobre población de alto riesgo entre abril de 2017 y diciembre de 2018. Esta población definió como ser parte en el rango 4-5 de la banda de utilización de recursos (RUB) de ACG (Adjusted Clinical Groups) el tener dos o más enfermedades crónicas no transmisibles y utilizar tres o más fármacos. Se excluyó a quienes padecían un cáncer activo o una enfermedad renal crónica en etapa 5 y a quienes estaban en cuidados paliativos, embarazo, con dependencia física severa, con adicción al alcohol y/u otras drogas y/o con inmunosupresión por trasplante. El efecto se estimó sobre la base de la comparación de población de alto

riesgo intervenida versus una población de control. Se identificaron dos controles por cada caso desde centros dependientes del mismo servicio de salud y que no fueron sometidos a la intervención. El efecto fue estimado para un conjunto de variables que representan consumo de recursos del sistema de atención, entre ellas el número de días de hospitalización, el número de consultas de urgencia y el número de uso de medicamentos, todos ajustados por tiempo expuesto a la intervención, categoría de Fonasa, sexo, edad y número de comorbilidades.

TABLA 4. **Efecto estimado de la intervención en la utilización de recursos asistenciales del sistema de salud en población intervenida de alto riesgo (abril 2017 - diciembre 2018)**

Variables	Razón de incidencia ( <i>incident rate ratio</i> , IRR)	Intervalo de confianza 95%
N° de hospitalizaciones	0,62	0,49 - 0,79
Días de estadía	-0,86	-1,29 - -0,42
N° consultas al servicio de urgencia hospitalaria	1,09	0,79 - 1,50

Fuente: análisis realizado sobre la base de datos entregados por la Unidad de Gestión y Análisis de la Información en Salud, SSMSO.

Respecto de la utilización de fármacos, la población intervenida ocupó, en promedio, 11 fármacos, versus 8 en la no intervenida, lo que arrojó una diferencia de 27% más en los intervenidos de alto riesgo.

Con estos datos, es posible plantear de manera preliminar que es esperable que las personas intervenidas de alto riesgo en este piloto se hospitalicen un 38% menos, permanezcan un 40% menos de días hospitalizados, consulten un 9% más al servicio de urgencia hospitalario y presenten un mayor uso de fármacos que las personas no intervenidas. En otras palabras, si bien en algunos aspectos habría un mayor consumo de servicios, se generarían ahorros significativos en la utilización de recursos hospitalarios, lo cual sería coincidente con lo observado en otros países que han implementado modelos similares (Leppin et al., 2014; Gonçalves-Bradley et al., 2016; OMS, 2016).

## Propuesta de política pública

Considerando los resultados del estudio resumidos en este artículo, y teniendo en cuenta la evolución del contexto social y político, se puede afirmar que cambiar la estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas a nivel nacional es necesario y posible. Constituye, sin embargo, un desafío complejo y no exento de riesgos, dificultades y resistencias. La decisión de la autoridad de escalar a todo el país la experiencia piloto que se realiza en el SSMSO marca el comienzo de un proceso de transformación profunda en el sistema de atención.

A continuación se presentan un conjunto de elementos y recomendaciones que pueden contribuir al éxito en este proceso.

## 1. Planificación del cambio

Es de primera importancia considerar la escalabilidad como un proceso dinámico, que se da en el tiempo de manera gradual para alcanzar el desarrollo sustentable de la nueva estrategia de atención en el sistema de salud chileno. En ese contexto, es necesario tomar en cuenta las sugerencias que entrega la literatura internacional respecto de las fases de escalabilidad esperadas, tanto para planificar, implementar y evaluar este proceso complejo y multidimensional (OMS, 2015a; Barker, Reid y Schall, 2016). Especial relevancia tienen los elementos planteados por Igras et al., (2019) en cuanto a la escalabilidad exitosa de estrategias y/o intervenciones. Entre ellos, los siguientes debieran tenerse muy presentes para escalar este modelo hacia una estrategia nacional: (i) contar con una unidad escalable bien definida y con mecanismos normativos que apoyen su implementación en los nuevos contextos; (ii) contemplar un diseño inicial para el escalamiento y las adaptaciones posteriores que vayan siendo necesarias, (iii) asegurar el apoyo de recursos para su institucionalización progresiva, así como el respaldo de las partes interesadas, y (iv) procurar que la implementación se dé con niveles de intensidad y fidelidad adecuados.

En consecuencia, una vez que la autoridad sanitaria toma la decisión de escalar este modelo de atención deberían considerarse los siguientes aspectos:

- Definir en términos geográficos y temporales cómo se progresará en el escalamiento del modelo, teniendo como universo las unidades asistenciales existentes en el país, y cuál será la gradualidad con la que se irán incorporando al cambio.
- Definir la táctica para avanzar en la cobertura progresiva en la población, según su estratificación de riesgo. Por ejemplo, el piloto comenzó por la implementación de la intervención de alto riesgo para continuar con el resto de la pirámide en un plazo acordado con el contexto local.
- Definir y verificar que estén presentes las condiciones y recursos mínimos para iniciar y sostener el proceso de cambio.
- Identificar y planificar las necesidades de capacitación y acompañamiento que requiere cada región, durante las fases de preimplementación, puesta en marcha e inicios del seguimiento.
- Definir y planificar un modelo de evaluación y monitoreo para identificar a priori la información necesaria, su fuente de datos y el proceso para monitorizar la implementación.

## 2. Definición de unidad escalable

Como se señaló previamente, la unidad escalable es aquella entidad administrativa más pequeña que será replicada en el proceso de escalamiento (Institute for Healthcare Improvement, 2018). Está constituida por el conjunto de elementos críticos que caracterizan la esencia de una intervención, modelo o prototipo, el cual se diseña y luego es testeado en contextos ad hoc como prueba de implementación y evaluación.

Es fundamental establecer cuál es exactamente el cambio de modelo de atención que se implementará y sus componentes esenciales, diferenciándolos de aquellos deseables, pero no sustantivos, al menos al comienzo. Se trata de definiciones técnicas que servirán de referente para efectos de identificar brechas en aspectos como dotaciones, competencias, requerimientos tecnológicos y condiciones organizacionales. También será esencial para el monitoreo y evaluación del cambio, pues permite identificar los puntos más sensibles del modelo que deben ser observados y finalmente constatados al final del proceso. Es respecto a esta definición de unidad escalable que se podrá evaluar si el cambio realizado es fiel y consistente al propuesto, la medida en que se ha instalado y la medida en que los resultados son atribuibles al cambio realizado. Como se indicó previamente, los pilares de esta unidad escalable son:

1. Centralidad en la persona.
2. Estratificación según riesgo.
3. Continuidad del cuidado.
4. Automanejo y decisiones compartidas.

## 3. Gestión del cambio

Otra condición para implementar este proceso en forma exitosa es organizar una suerte de gobernanza que planifique, conduzca, coordine y consiga generar las condiciones necesarias para sacar adelante el plan de escalamiento. Esta gobernanza debe instalarse en los distintos niveles del sistema, desde el nivel central hasta el local. Asociado a la gestión del cambio, se requiere definir y gestionar varios aspectos relevantes:

### 3.1 Voluntad política, liderazgo y comunicación

La voluntad política es fundamental para facilitar y dar cabida a un cambio tan complejo y profundo como este, que afectará la organización de todo el sistema de atención de salud. Si no existiese el convencimiento de que este cambio es necesario y sostenible, sería preferible diferirlo.

Esta voluntad debe manifestarse en todos los niveles del sistema, es decir a nivel de rectoría (Minsal), de la autoridad regional (servicios de salud), así como también de las autoridades locales (municipios, atención primaria,

hospitales). Se requiere de un liderazgo concertado y coordinado entre el Ministerio de Salud, Fonasa, las jefaturas de servicio y las jefaturas de unidades asistenciales, incluidas las comunales.

Una de las primeras tareas de los líderes en los distintos niveles es comunicar con convicción el sentido e importancia del cambio y su compromiso por implementarlo. Esta comunicación requiere de un relato consistente entre todos los niveles de liderazgo, así como la generación de espacios de diálogo con disposición a flexibilizar el proceso de adopción local, en aspectos no esenciales del modelo.

### **3.2 Modificaciones estructurales y organizacionales**

La institucionalización de esta nueva estrategia de atención para personas con enfermedades crónicas está condicionada por modificaciones de la estructura y organización del sistema de prestación de servicios en salud (Adamou y McKnight, 2014). Intentar un escalamiento sin realizar estos cambios puede resultar en un proceso complejo, confuso, ineficiente y frustrado.

Los principales cambios a considerar son:

- Reducción progresiva de programas verticales enfocados en un subconjunto de condiciones de salud (por ejemplo, un programa cardiovascular), reorientándolos hacia una estructura de soluciones centrada en las personas, que considere la variabilidad en el número y riesgo de problemas que cada una tiene y que, por lo tanto, incorpore mayor integralidad y flexibilidad.
- Incorporación de sistemas o herramientas para estratificar niveles de intervención según el riesgo de las personas (Margozzini y Passi, 2018)
- Control de la demanda de atención, a través de la gestión e integración del sistema de citas, organizando el flujo de las personas a través del sistema, con especial foco en aquellas de mayor riesgo, con el propósito de garantizar la continuidad de atención.
- Modificación de la planificación y programación de la atención, incorporando el abordaje por riesgo y la consiguiente flexibilización de su estructura, para permitir la adecuación a las necesidades y nivel de riesgo de las personas.
- Modificación de roles en el equipo de salud, integrando nuevas funciones relacionadas con la coordinación del flujo de personas, según riesgo, y su seguimiento personalizado. Desde esta necesidad surge el rol de gestor(a) de casos, uno de los componentes clave para implementar el modelo.

### **3.3 Cambios en los equipos de atención, sus roles y competencias**

La constitución y mantención de equipos de cabecera en APS son fundamentales para dar continuidad a la atención y hacer más eficiente el seguimiento de la persona. Es necesario que este equipo compuesto por diversos profesionales de la salud disponga de instancias protegidas de coordinación interna,

de discusión de casos complejos y revisión de planes de intervención consensuados, según las necesidades de las personas y su riesgo de salud para dar respuesta de una mejor manera a los problemas. La coordinación de este equipo es fundamental para que puedan, desde sus competencias específicas, apoyar a las personas con multimorbilidad y a sus familias.

El desarrollo de esta estrategia de atención para personas de alto riesgo requiere la incorporación de tres nuevos roles en el equipo: gestor(a) de caso, químico farmacéutico clínico en APS y equipo de enlace en el nivel secundario.

Por otra parte, la capacitación y formación continua de los equipos de salud constituyen una condición necesaria para cubrir las brechas de competencias que este nuevo modelo conlleva. Se requiere de procesos planificados de capacitación y acompañamiento que les permitan modificar sus prácticas y su relación con las personas, de manera que esta nueva forma de atención sea adoptada en forma permanente por los equipos de salud. En ese sentido, un área primordial a reforzar es la de competencias en habilidades comunicacionales, desde la concepción de un sistema centrado en las personas en el cual se comparten decisiones. Asimismo, es necesario relevar la importancia de la atención integral de la persona y de cómo abordar esa integralidad en una consulta habitual. Finalmente, se debe capacitar a los referentes de los servicios de salud, pues serán los encargados de liderar y acompañar la implementación de esta nueva estrategia.

El acompañamiento es necesario para garantizar que lo aprendido se transforme en una práctica sustentable, pues, sobre todo al comienzo, surgirán dudas e inseguridades que son imposibles de solucionar en capacitaciones previas. Otra razón para implementar este acompañamiento es la necesidad de proteger la consistencia del nuevo modelo y la fidelidad con sus componentes esenciales. No existe un estándar de acompañamiento, por lo que es recomendable que cada servicio de salud diseñe su propia modalidad de acuerdo a las características locales.

### **3.4 Recursos necesarios y sistemas de financiamiento e incentivos**

Es indudable que la definición de los recursos necesarios para implementar y escalar en forma sustentable este cambio de estrategia de atención es crítico, sobre todo cuando el cambio debe ocurrir en redes de atención sobrecargadas de exigencias técnicas y de demanda asistencial, las que, además, están subfinanciadas.

En este escenario, es necesario que la autoridad defina un marco presupuestario realista y estable, que permita planificar el proceso de escalamiento en un plazo razonable, hasta alcanzar la cobertura universal. La gradualidad con que planifique este escalamiento depende, entre otros factores, de esta definición.

Para estimar los recursos que serán necesarios habrá que considerar diferentes variables, entre las cuales destacan:

- Las brechas de financiamiento existentes, especialmente en los ámbitos en que el cambio será más intenso y determinante, como la atención primaria.
- Los recursos asistenciales incrementales necesarios para poner en práctica la nueva modalidad de atención. Estos se suman a los recursos que actualmente se utilizan para atender a las personas con enfermedades crónicas, los que deben ser redistribuidos para ajustarlos a la nueva estrategia.
- Los recursos necesarios para producir y sostener el cambio de estrategia, que incluyen aspectos como gestión del cambio, capacitación y acompañamiento.
- La necesidad de inversión que requerirá la habilitación de un sistema de información en cada servicio de salud, que permita avanzar hacia la integración de la red y hacia una gestión adecuada de la salud de la población, lo que debe estar vinculado con el desarrollo de un sistema de evaluación y monitoreo.

Además de los recursos, hay otros dos temas relevantes a definir: los mecanismos de financiamiento y el sistema de incentivos.

Con respecto a los mecanismos de financiamiento, el per cápita para la atención primaria es un buen medio, sobre todo si se corrige según riesgo de la población. Para el nivel secundario, sería conveniente utilizar mecanismos que paguen por soluciones o por programas estandarizados, con los que se estimule la eficiencia y la efectividad. Finalmente, para el nivel hospitalario resulta adecuado el uso de agrupadores de prestaciones por diagnóstico tipo GRD.

Con el fin de facilitar y reforzar el proceso de cambio, es recomendable definir un conjunto de incentivos que tiendan a alinear a toda la red en torno a objetivos compartidos y que estén centrados en la solución de los problemas de las personas, los cuales pueden ser de carácter financiero y no financiero (Martinsson et al., 2016). En el caso de los incentivos monetarios, un primer paso será analizar la pertinencia de los sistemas actualmente vigentes, de manera de realizar modificaciones o ajustes que no impliquen un cambio muy radical de lo vigente, evitando impactos negativos en las remuneraciones de los equipos de trabajo, lo que se traduciría en una barrera al cambio. Simultáneamente, es recomendable definir los objetivos estratégicos que se deben incorporar progresivamente en el sistema, para ser traducidos en nuevos indicadores y metas. En este sentido, es recomendable incorporar metas vinculadas a aspectos como eficiencia y trabajo en equipo. Asimismo, se debe considerar que los incentivos financieros se vuelven más efectivos a medida que estos se basen en indicadores que tengan una relación directa con el esfuerzo que los equipos realizan en la práctica.



Al mismo tiempo, se pueden incluir incentivos no monetarios que aborden aspectos relacionados con la motivación, derivados de las jerarquías de necesidades de las personas, como lo propuesto en la pirámide de Maslow (Benson y Dundis, 2003). En tal sentido, se pueden incorporar acciones de reconocimiento de logros alcanzados en el desarrollo del trabajo en aspectos como capacitación, participación en procesos de innovación, roles de coordinación y liderazgo, entre otras alternativas.

### **3.5 Participación de las personas y comunidad**

El rol de las personas, familias y comunidades es uno de los aspectos más relevantes del modelo de atención. El cambio aquí es profundo y compromete, además de las personas, a los equipos de atención y a la gobernanza de las instituciones. Poner a las personas y comunidades al centro del sistema implica reconocerlas como los primeros actores que deben involucrarse en el cuidado y protección de la salud; son ellos quienes viven con las enfermedades y quienes mejor conocen los factores de contexto, que influyen en su desarrollo y cuidado. Entre estos factores de contexto, uno especialmente relevante es su relación con el sistema de atención, el que debería otorgarle servicios de calidad atingentes a sus necesidades. Visto de esta manera, su participación en el modelo es principal, desde el levantamiento de las necesidades, la planificación de los sistemas y procesos de atención hasta su control y evaluación.

Por otra parte, como las personas son las primeras gestoras de su salud, el sistema de atención les debe entregar los espacios y dar el soporte necesario para que participen en la definición de su plan de cuidados individuales (Lorig KR y Holman HR, 2003; Minsal, 2013). Finalmente, es cada paciente, junto a su familia y comunidad, quien debe constituirse en responsable de su salud, por lo que es fundamental apoyarlo para que se empodere de esta función y la asuma con los conocimientos y competencias necesarias (Lorig et al., 1999; Bustamante et al., 2008). La asistencia entre grupos de pares que comparten experiencias y contextos surge como un recurso necesario y efectivo que debe potenciarse, sin desmedro que lo ideal es que surja desde los mismos espacios comunitarios, dejando a la atención primaria en una función de apoyo (Minsal, 2013).

Consecuentemente, los equipos de atención en salud, en todos los niveles del sistema, deben incorporar un nuevo modo de relación con las personas, dejando de actuar como únicos expertos encargados de decidir, instruir e indicar, para pasar a una relación más horizontal, en la cual las decisiones son compartidas con las personas, en cuanto son reconocidas como expertas en las condiciones que afectan su salud y enfermedad. Decidido un plan de acción compartido, es fundamental un acompañamiento que permita apoyar sostenidamente su aplicación en la vida cotidiana (Mercado, Cassinelli y Grez, 2008). Esta nueva forma de relacionarse requiere de competencias y

herramientas que frecuentemente los equipos no tienen y, por lo tanto, habrá que complementar su formación en estos aspectos.

Luego, si los sistemas y sus instituciones reconocen este rol central de las personas deben generar los espacios para que participen en la gobernanza del sistema, pues en primer y último término deben ser ellos los que evalúen y validen su gestión.

#### **4. Evaluación y sistema de monitoreo**

El esfuerzo de escalabilidad de una estrategia de esta magnitud y relevancia para el país necesariamente debe considerar un proceso de evaluación y seguimiento muy bien diseñado desde el inicio. Se requiere ante todo proteger y conservar la unidad escalable, así como también:

- Resguardar que la velocidad de avance no ponga en riesgo la calidad.
- Visibilizar la realidad de las condiciones para el cambio y de los factores críticos de la escalabilidad.
- Contar con un sistema de información completo, integrado, y de actualización permanente.
- Asegurar la participación activa de personas con ECNT.
- Incorporar las perspectivas/realidades de los distintos niveles que participan en el escalamiento: Cefsam, red, servicios de salud, Ministerio de Salud a nivel nacional.

En ese sentido, este plan evaluativo debe ser integral e incorporar resultados de preimplementación, de implementación y escalabilidad, así como también de impacto, de manera que contribuya a guiar las decisiones relativas al escalamiento. Para ello es necesario poner atención a los denominados “*outcomes* de implementación” (Proctor et al., 2011): pertinencia, factibilidad, costo, aceptabilidad, adopción, fidelidad, cobertura y sostenibilidad. Igualmente, se requiere tomar en consideración ciertos aspectos críticos descritos en la literatura que hay que ir valorando continuamente: costo y modelo económico, apoyo político, participación activa de implementadores y comunidad objetivo; adaptación al contexto local, liderazgos, infraestructura de apoyo a implementación, estrategia de ampliación definida, promoción y difusión, además de uso sistemático de evidencia, sistema de seguimiento y evaluación (Adamou y McKnight, 2014; Bao et al., 2015; Milat, Bauman y Redman, 2015; OMS, 2015a).

En términos más concretos, el plan de evaluación y monitoreo del escalamiento de esta estrategia de atención a nivel nacional debería contemplar en una etapa de preimplementación la verificación y descripción de las condiciones organizacionales descritas anteriormente, en las cuales se inicia el proceso, lo que permitirá después ajustar e interpretar mejor los resultados

recogidos. Para las siguientes etapas el plan podría organizarse considerando las siguientes áreas y componentes específicos (Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 2013):

### **Proceso de implementación**

- Liderazgos comprometidos que promuevan y favorezcan activamente el desarrollo de la estrategia.
- Infraestructura/recursos de apoyo para implementación que sean acordes a la perspectiva de escalamiento y permitan el adecuado y progresivo desarrollo de la estrategia. Por ejemplo, financiamiento para la incorporación y capacitación de profesionales que asumen nuevos roles.
- Participación activa de implementadores y comunidad objetivo con profesionales formados y capacitados continuamente en cronicidad, y en la nueva estrategia, que incorporen a la comunidad en el avance de la implementación local.
- Adaptación al contexto local respecto de los tiempos y velocidad de implementación de la nueva estrategia.
- Promoción y difusión con actividades de comunicación tanto a nivel central como local para promover la estrategia propuesta.

### **Resultados de la implementación**

- Cobertura: Cesfam y personas incorporadas a la nueva estrategia de atención.
- Aceptabilidad: disposición de los profesionales de salud, liderazgos y personas con enfermedades crónicas evaluables mediante estudios cualitativos.
- Adopción: red asistencial, desarrollando la estrategia y otorgando atenciones de salud con el enfoque de acuerdo al riesgo de las personas.
- Fidelidad: marcadores de la implementación de la unidad escalable, por ejemplo:
  - Centralidad en la persona: elaboración y seguimiento de planes consensuados en APS.
  - Estratificación según riesgo: estratificación de la población de cada servicio de salud e incorporación de estrategias de intervención diferenciadas según riesgo.
  - Continuidad del cuidado: incorporación y mantención de un equipo de cabecera en APS; seguimiento de la navegación en la red asistencial de personas de alto riesgo.
  - Automanejo y decisiones compartidas: difusión y ejecución de actividades grupales de apoyo al automanejo y consejerías telefónicas.

- Sostenibilidad: permanencia en el tiempo de la incorporación de la estrategia de atención diferenciada según riesgo en las RISS del país, con perfeccionamiento continuo en los contextos locales.

### **Impacto de la implementación**

Por su riesgo, la escalabilidad de una estrategia de este tipo debe incorporar medidas de seguimiento cualitativas y cuantitativas, dentro de las cuales se sugieren las siguientes:

- Mortalidad general y específica en salud.
- Calidad de vida general y específica en salud.
- Desempeño del sistema de salud en cuanto al uso de recursos y su capacidad de oferta para las personas con ECNT. Por ejemplo, en APS, atenciones por profesionales de la salud y despacho de medicamentos; en nivel secundario, uso de consultas de especialistas; y en nivel terciario, hospitalizaciones, días de estada y consultas al servicio de urgencia.
- Gasto de bolsillo.
- Satisfacción usuaria.

Finalmente, es importante que el desarrollo y escalabilidad de este nuevo modelo se nutra continuamente con los aportes que surjan de la evaluación y monitoreo, disponiendo así de un proceso de retroalimentación constante que permita mejorar la implementación y fortalecimiento progresivo de la estrategia en escalamiento.

### **Desafíos de evaluación hacia el futuro**

Sería relevante evaluar el impacto de la implementación de la nueva estrategia en toda la pirámide poblacional, en términos de costo-efectividad y calidad de vida en salud. Otro aspecto importante para investigar es la influencia de los modelos de financiamiento e incentivos en la adopción y sustentabilidad de estas transformaciones complejas en los sistemas de salud. Específicamente sería interesante evaluar cómo los recursos se reorganizan y redistribuyen en función de las personas con multimorbilidad, y cuáles son los mejores mecanismos para financiar redes integradas centradas en las necesidades de las personas. Otro desafío es estudiar cómo la evaluación de implementación y escalamiento de cambios complejos como este sirve de guía en sistemas de atención en salud para futuros desafíos que busquen impactar en las políticas públicas del país. Estos estudios aportarían un conocimiento valioso que servirá también a otros países, cuando decidan hacer este tipo de modificaciones en sus sistemas de salud y permitirán servir como referentes en este cambio.

## Conclusiones

La implementación a nivel nacional de una nueva estrategia de atención centrada en las personas, que resguarde su dignidad, participación y equidad, se ha hecho más urgente en el actual escenario social y político. Iniciar este cambio con las personas que viven con enfermedades crónicas está justificado no sólo por su importancia epidemiológica y financiera, sino también porque existen experiencias locales que, sumadas a otras internacionales, reafirman los potenciales beneficios del cambio y permiten recoger y considerar recomendaciones que pueden ser esenciales para el éxito de un proceso tan complejo como este.

El piloto realizado por el Cisuc y el SSMSO permite afirmar que el cambio de estrategia de atención es posible y se puede realizar con una pequeña inversión de recursos, los que probablemente generarían ahorros al sistema de atención posteriormente por concepto de menor demanda en el nivel terciario.

Las recomendaciones resumidas en este artículo tienen la intención de contribuir a fortalecer el diseño, planificación, acompañamiento, monitoreo y evaluación del escalamiento de esta nueva estrategia asistencial a nivel nacional. Además, pueden servir como insumo para la construcción de una metodología de implementación y escalamiento de cambios complejos en el sistema de salud en general.

Si el país avanza en forma sistemática en este cambio estratégico de su modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, probablemente ejercerá un liderazgo internacional en esta materia, pues, si bien las recomendaciones internacionales apuntan en esta línea, por ahora son pocos los países que han emprendido este desafío.

## Referencias

- Adamou, B. y McKnight, K.** (2014). Guide for monitoring scale-up of health practices and interventions. *Measure Evaluation*, 24(2), 49–64.
- Albrecht, T., Dyakova, M., Schevellis, F.G. y Van den Broucke, S.** (2016). Many diseases, one model of care?, *Journal of Comorbidity*, 6(1), 12–20.
- Arksey, H. y O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32.
- Asamblea General de las Naciones Unidas.** (2011). Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general de las naciones unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Disponible en: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
- Bao, J., Rodrigues, D., Paina, L., Ozawa, S. y Bennety, S.** (2015). Monitoring and evaluating the transition of large-scale programs in global health. *Global Health Science and Practice*, 3(4), 591–605.
- Barker, P. M., Reid, A. y Schall, M. W.** (2016). A framework for scaling up health interventions: Lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*, 11(1), 1–11.
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Wyke, S. y Guthrie, B.** (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43.
- Benson, S. G. y Dundis, S. P.** (2003). Understanding and motivating health care employees: Integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 315–320.
- Bustamante, C., Alcayaga, C., Campos, S., Urrutia, M., Lange, I.** (2008). Literacidad en Salud para Personas con Condiciones de Salud Crónicas. *Horizonte de enfermería*, 25(1), 97–103.
- Churruca, K., Ludlow, K., Taylor, N., Long, J.C., Best, S. y Braithwaite, J.** (2019). The time has come: Embedded implementation research for health care improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 373–380.
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.** (2013). *Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas*. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>.
- Damschroder, L.J., Aron, D., Keith, R.E., Kirsh, S., Alexander, J. y Lowery, J.** (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 1–15.
- Doran, T., Maurer, K. A. y Ryan, A. M.** (2017). Impact of provider incentives on quality and value of health care. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 449–465.

- Ergo, A., Paina, L., Morgan, L. y Eichler, R.** (2012). Creating stronger incentives for high-quality health care in low-and middle-income countries. *Maternal and Child Health Integrated Program*, (March), 1–34.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N., Clemson, L., Cameron, I. y Shepperd, S.** (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 74.
- Institute for Healthcare Improvement.** (2018). IHI National forum on quality improvement in health care.
- Leijten, F.R., Struckmann, V., Van Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M. et al.** (2018). The selfie framework for integrated care for multimorbidity: Development and description. *Health Policy*, 122(1), 12–22.
- Leppin, A. L., Gionfriddo M.R., Kessler M., Brito J.P., Mair F.S., Gallacher, K. et al.** (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Internal Medicine*, 174(7), 1095–1107.
- Lorig, K. R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W., Bandura, A., Ritter, P. et al.** (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization a randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5–14.
- Lorig K. R. y Holman H. R.** (2003). Self management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L.** (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831–865.
- Mangham, L. J. y Hanson, K.** (2010). Scaling up in international health: What are the key issues?, *Health Policy and Planning*, 25(2), 85–96.
- Margozzini, P. y Passi, Á.** (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), 30.
- Martinsson, C., Lohela-Karlsson, M., Kwak, L., Bergström, G. y Hellman, T.** (2016). What incentives influence employers to engage in workplace health interventions? *BMC Public Health*, 16(1), 1–12.
- Mercado, S. R., Cassinelli, M. F. V. y Grez, A. I.** (2008). Motivational interviews: What are their effectiveness in prevalent primary care problems? *Atencion Primaria*, 40(5), 257–261.
- Milat, A. J., Bauman, A. y Redman, S.** (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, 10(1), 1–11.

- Ministerio de Salud, Minsal.** (2008). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible.
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2010). *Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2013). *Automanejo de enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2019a). *Metas Sanitarias*. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2019b). *Compromisos de gestión 2019*.
- Ministerio de Salud, Minsal.** (2019c). *Matriz de cuidados a lo largo del curso de vida*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Matriz-de-cuidados-a-lo-largo-del-curso-de-vida-2019.pdf>
- Ministerio de Salud Argentina.** (2013). Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Redes*, 137. Disponible en: <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>
- Organización Mundial de la Salud, OMS.** (2015a). *Begin with the end in mind*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS.** (2015b). *World report on ageing and health*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS.** (2016). Integrated care models: an overview. *Health Services Delivery Programme*, 42. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/integrated-care-models-an-overview-2016>.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.** (2019). *Control y prevención de enfermedades no transmisibles en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS.** (2011). Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable. OPS, 1–55.
- Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M.J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F. et al.** (2016). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases. *Health Policy*, 122(1), 4-11.



- Power, J., Gilmore, B., Vallieres, F., Toomey, E., Mannam, H. McAuliffe, E.** (2019). Adapting health interventions for local fit when scaling-up: A realist review protocol. *BMJ Open*, 9(1), 1–11.
- Poblete, F.** (2015). *Desarrollo de un modelo de atención para personas con hipertensión arterial y diabetes tipo II basado en gestión del cuidado según ajuste de riesgo*. FONDEF IDeA N° ID15I10277.
- Prados, A., del Cura, I., Prados, J.D., Leiva, F., López, J.A., Calderón, A. et al.** (2017). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria*, 49(5), 300–307.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., et al.** (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76.
- Rose, G.** (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427–432.
- Sarabia Sánchez, A.** (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, (42), 7–17.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales.** (2019). *Índice de actividad de la atención primaria de salud, orientación técnica y metodología de evaluación*. IAAPS.
- Téllez, A., Irazoqui, E., Zamorano, P., Varela, T., Barros, J., Muñoz, P., et al.** (2020). Modelo de Atención Centrado en la persona con Morbilidad Crónica Macep. Redireccionando los servicios de salud según riesgo.
- Violan, C., Foguet-Boreau, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Freitag, M., Glynn, L. et al.** (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9(7), 3–11.

**CÓMO CITAR ESTE CAPÍTULO:**

**Téllez, A., Sapag, J., Barros, J., Poblete, F., Zamorano, P., y Celhay, P.** (2020). Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.), *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2019*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, pp. 83-114.