

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA CON MULTIMORBILIDAD (MACEP)^a

DR. ÁLVARO TÉLLEZ TÉLLEZ^b, DRA. TERESITA VARELA YURASZECK^c

PERSON-CENTERED CARE MODEL WITH MULTIMORBIDITY

Abstract

Multimorbidity is a national and global public health problem that causes a deterioration in people's health and survival. Health system response is fragmented in several programs with low satisfaction and adherence in patients. Therefore, is advisable to move towards a strategy applying the principles of the Model of Comprehensive Community Health, where the focus is on people, who are activated for their health care. The Ancora Health Innovation Center of the "Universidad Católica" and the Metropolitan Southeast Health Service (SSMSO) carried out a pilot project to implement the Person-Centered Care Model with Multimorbidity (MACEP) aiming to prevent complications and reducing demand at secondary and tertiary care levels. Between 2017 and 2019, 20,642 people were intervened and to evaluate intervention impact they were compared with 32,661 people treated in neighboring not intervened Family Health Care Centers (CESFAM). Significant decreases in the risk of dying and hospitalization were found in the intervened population. Percentage level of MACEP implementation in the seven intervened family health care centers was also evaluated, verifying values from 41 to 100%. The economic evaluation of the pilot project showed higher costs in primary and secondary care, as well as significant savings at the tertiary level, with a net saving in the system total cost. In 2019, the Ministry of Health, drawing on MACEP's experience in the SSMSO, described the Strategy for Person-Centered Comprehensive Care in the Context of Multimorbidity (ECICEP) and began its implementation at the national level. In the case of a public policy that it is still very young, it becomes necessary to deepen the changes that ensure its progress and consolidation.

Keywords: Multimorbidity; Pilot projects; Cost-benefits analysis; Family Health; Policy; Patients satisfaction.

^a Ponencia presentada en Primeras Jornadas de Atención Primaria y Medicina Familiar: innovaciones, desafíos y Oportunidades. Academia Chilena de Medicina, 20 de junio de 2023.

^b Pediatra y médico familiar. Director de los Centros de Salud Familiar Ancora y del Centro de Innovación en Salud Ancora UC. Miembro del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Correo electrónico: atellez@med.puc.cl

^c Médico familiar del Centro de Innovación en Salud ÁNCORA, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Depto. Medicina Familiar. Facultad de Medicina, PUC.

Resumen

La multimorbilidad constituye un problema de salud pública nacional y mundial que provoca un menoscabo en la salud y la sobrevivencia de las personas. La respuesta del sistema de atención está fragmentada en torno a programas, determinando baja satisfacción y adherencia en los pacientes. Se requiere avanzar hacia una estrategia que aplique los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, donde el foco esté centrado en las personas, quienes se activan para el cuidado de su salud. El Centro de Innovación en Salud Ancora de la Universidad Católica, junto al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), realizó un proyecto piloto de implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona con Multimorbilidad (MACEP), con el objetivo de prevenir complicaciones y disminuir demanda en los niveles secundarios y terciarios de atención. Entre los años 2017 y 2019 se intervinieron 20.642 personas con el MACEP. Para evaluar el impacto, esta población se comparó con 32.881 personas atendidas en Centros de Salud Familiar (CESFAM) vecinos no intervenidos, demostrándose una disminución significativa en el riesgo de morir y de ser hospitalizado en la población intervenida. Se evaluó, además, el nivel porcentual de implementación del MACEP en los siete centros de salud familiar intervenidos, verificando valores entre 41 y 100%. La evaluación económica del proyecto piloto mostró un mayor costo en atención primaria y secundaria, así como un ahorro significativo en el nivel terciario, lo que, finalmente, genera un ahorro neto en el costo global del sistema. El año 2019 el Ministerio de Salud, aprovechando la experiencia del MACEP en el SSMSO, describió la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en la Persona en contexto de multimorbilidad (ECICEP) e inició su implementación a nivel nacional. Tratándose de una política pública aún muy joven, es necesario profundizar en los cambios que aseguren su progreso y consolidación.

Palabras clave: Multimorbilidad; Proyectos piloto; Análisis de costo-beneficio; Salud Familiar; Política; Satisfacción de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

La multimorbilidad^d, es un problema de salud pública a nivel mundial. El cambio demográfico, los estilos de vida del siglo XXI, el aumento en la expectativa de vida y el avance de la medicina, han contribuido al aumento de la prevalencia en los últimos años^[1,2]. El impacto negativo de la multimorbilidad se expresa en peor calidad de vida, mayor uso de los servicios de salud, alta carga de tratamiento, así como en mayor mortalidad^[3-5], provocando a los países que se están viendo enfrentados a rediseñar y reorganizar de manera urgente su sistema sanitario^[6]. En personas con menor nivel socioeconómico, la multimorbilidad aparece varios años antes, sumándose la equidad como un desafío en su abordaje^[7].

En Chile, la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es similar al resto de los países del mundo. Este grupo de patologías constituye la primera causa de morbilidad y lidera en consumo de recursos sanitarios, los que sobrepasan la oferta disponible para abordarlas. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS)

^d El concepto de multimorbilidad se aplica cuando una persona vive con dos o más condiciones de salud crónicas.

2016-2017, en Chile viven alrededor de 11 millones de adultos con 2 o más enfermedades crónicas que requieren atención médica individual. Por otra parte, el sistema de salud chileno es capaz de atender a un máximo aproximado de 4 millones de enfermos crónicos, generándose una gran brecha de cobertura^[8].

La respuesta que el sistema de atención de salud ha desarrollado, en sintonía con sus características estructurales, está fragmentada en torno a programas organizados por patologías, con mecanismos de financiamiento que no consideran la complejidad de las personas. Los resultados alcanzados en las últimas dos décadas han sido insatisfactorios, según lo que muestran las Encuestas Nacionales de Salud^[8,9]. Este modelo de abordaje de las ECNT ha sido, por lo tanto, pobremente efectivo, altamente costoso e ineficiente.

La estrategia de atención y cuidado de las personas con ECNT requiere un cambio profundo, que en términos generales consiste en aplicar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)^[10]. La idea es pasar a un modelo donde el usuario sea activo, informado e involucrado en su tratamiento, con un equipo de salud que tenga las competencias necesarias para diseñar intervenciones planificadas y acordadas con el paciente, y facilite de este modo el seguimiento, el involucramiento de las personas en el cuidado de su salud y, con ello, la adherencia al tratamiento.

El Centro de Innovación en Salud Ancora de la Universidad Católica de Chile (CISAUC), con la finalidad de contribuir a la solución del problema descrito, se propuso desarrollar, junto al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), un proyecto destinado a implementar y evaluar un cambio en el modelo de atención existente, para eventualmente proponer su transferencia al resto del sistema de salud. El objetivo de este artículo es describir este proyecto y sus resultados.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA CON MULTIMORBILIDAD (MACEP)

Un nuevo modelo de atención

El MACEP consiste en una intervención compleja en salud, que se elaboró a partir de experiencias documentadas en la literatura, en donde desde el concepto de la multimorbilidad, se diseña una forma de ofrecer y reorganizar los servicios y equipos de salud en torno a las personas^[11]. Los elementos centrales del MACEP son: la estratificación según complejidad, el apoyo al automanejo, participación y responsabilidad compartida, continuidad del cuidado y gestión de casos. Se ofrece a las personas, prestaciones, servicios y actividades diferenciadas según su complejidad. Este conjunto de servicios y actividades se ejecutan en APS (atención primaria de salud) y en nivel de especialidades, variando en periodicidad de contacto y disminuyendo su intensidad en la medida

que los usuarios y sus familias adquieren competencias o habilidades que le permiten automanejar de mejor forma su salud, aumentar su autoconfianza y conocer la “ruta de navegación” óptima a través de la red asistencial. Es así como para los usuarios de mayor complejidad, los contactos con el sistema de salud se planifican de manera más frecuente, buscando dar respuesta a sus múltiples necesidades tanto de salud como sociales y familiares; y se espera que a medida que disminuye la complejidad, los contactos con centros de salud sean menores y ojalá a distancia. A su vez, los equipos de salud se reorganizan en torno a cada persona con multimorbilidad y adecúan su oferta y forma de atención de acuerdo a su complejidad. Entre la persona y su equipo de cabecera se acuerda un plan de cuidado individualizado. Esto, sumado a la presencia de equipos especializados que gestionan y coordinan el seguimiento de las atenciones durante la navegación del usuario de alta complejidad entre los tres niveles de atención, favoreciendo la continuidad del cuidado, el tratamiento coordinado con los equipos de cabecera y mejorando la entrega de información a la persona, aumentando así su confianza en el sistema sanitario.

La implementación de este complejo cambio consta de tres etapas. Primero, la preimplementación, que aborda entre otros aspectos: dar a conocer la urgencia del cambio, asegurar el compromiso de líderes, capacitación, estratificación de la población y criterios de selección, incorporación de nuevos roles (gestor de casos en APS, enfermera de enlace en hospitales, atención clínica por químico-farmacéutico en APS, entre otros) y preparación de condiciones mínimas. En segundo lugar, la etapa de puesta en marcha (implementación), en la que se da inicio a las atenciones integrales, con modificación de agendas y registros clínicos electrónicos, estableciendo equipos de cabecera a cargo de personas y sus familias, insertando nuevos roles en el equipo de salud y estableciendo la coordinación de la red asistencial con los profesionales que están a cargo de la atención. Esto, acompañado de consultorías clínicas periódicas y reuniones de equipo frecuentes que permiten integrar el MACEP al accionar del centro de salud de manera permanente. Por último, en una tercera etapa de seguimiento, se monitoriza la adopción de nuevos roles, la ejecución de prestaciones, incluida la gestión de casos y la coordinación con el nivel secundario, buscando asegurar la sustentabilidad del MACEP.

Proyecto piloto

Entre los años 2017 y 2019 se desarrolló el proyecto piloto orientado a la implementación de un Modelo de Atención Centrado en la Persona con Morbilidad Crónica (MACEP), en siete Centros de Atención Primaria de Salud de La Pintana, La Florida y los Centros Ancora (La Pintana y puente Alto). Se incluyó, además, los centros de atención de especialidades ambulatorias y los tres hospitales de referencia de la red de atención del SSMSO.

El objetivo del proyecto fue prevenir nuevas complicaciones en personas adultas con ECNT, fortaleciendo su cuidado desde la Atención Primaria (AP) y, de esta manera, disminuir demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención.

La incorporación del MACEP al sistema de salud, implicó una reorganización estructural, cultural, funcional y operacional, que permitió la instalación de nuevas herramientas, prestaciones y roles en el personal de salud; tanto en APS como en el nivel secundario/terciario de atención. Esto, apoyado por expertos del CISAUC, quienes mantuvieron contacto semanal con los equipos locales para su implementación, abordando barreras y avances, levantando necesidades y proponiendo soluciones. Este acompañamiento resultó esencial para reemplazar prácticas previas y avanzar hacia la consolidación y penetración de la estrategia en la red asistencial.

RESULTADOS

Durante el período de implementación del proyecto piloto se intervino una población de 20.642 personas. Para evaluar el impacto del cambio en el modelo de atención, este grupo se comparó con 32.881 personas atendidas en CESFAM del mismo territorio, que no participaron del proyecto, quienes recibieron el cuidado estándar frente a sus condiciones crónicas. La mediana de tiempo de intervención fue de 426 días. En la Tabla 1 se presenta un resumen de los resultados de impacto^[12].

Tabla 1. Indicadores de impacto del proyecto piloto MACEP en el SSMSO*

Variable	Resultado (95% CI)
Probabilidad de morir	0,54 (0,47 - 0,63) ^a
Probabilidad de hospitalización	0,69 (0,57 - 0,83) ^a
Número de hospitalizaciones	0,61 (0,48 - 0,78) ^b
Días de estada hospitalaria	0,9 (0,74 - 1,09) ^b
Número de consultas en urgencia hospitalaria	0,77 (0,72 - 0,83) ^b
Número de consultas en urgencia de atención primaria	0,65 (0,61 - 0,68) ^b
Número de consultas médicas en atención primaria	1,04 (1,02 - 1,05) ^c
Número de consultas por especialistas	0,84 (0,79 - 0,88) ^c

*SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Nota: Todos los resultados fueron ajustados por factores confundentes como edad, sexo, número de comorbilidades, riesgo basal medido por puntaje ACG, tiempo en la intervención y categoría de seguro (FONASA). ^aRazones de probabilidad estimadas a partir de la regresión logística; ^bRazón de riesgo de incidencia estimada a partir de una regresión binomial negativa inflada con ceros; ^cRazón de riesgo de incidencia estimada a partir de regresión binomial.

Con el objetivo de medir el nivel o grado de implementación del MACEP en los centros pilotos, se desarrollaron indicadores relacionados a los componentes claves del nuevo modelo, los que se enumeran en la Tabla 2^[13].

Con estos indicadores se aplicó una herramienta para verificar su presencia en cada centro piloto. De esta manera se logró evaluar el progreso logrado en la implementación del modelo y los componentes menos avanzados, permitiendo establecer estrategias específicas para avanzar de acuerdo al perfil y contexto de cada CESFAM y objetivar los logros o elementos/actividades ya adquiridos. Se acordó como umbral el 67% para calificar un nivel de implementación suficiente del modelo. La Tabla 3 muestra el porcentaje de implementación logrado en los siete CESFAM pilotos^[13].

Tabla 2. Indicadores de desempeño relacionados con el nivel de implementación del MACEP en los CESFAM pilotos

Área	Componentes
Gestión del cambio	Apoyo en toma de decisiones (directivos) Líder de implementación Plan de capacitación nuevos funcionarios en estrategia
Operacional	Disponibilidad de estratificación Receta unificada Alarmas personas alto riesgo Agenda de atenciones integrales
Nuevos roles	Químico farmacéutico clínico Medico alto riesgo Gestora de caso Enfermera de enlace
Actividades y Servicios	Planes individualizados y consensuados Consejerías telefónicas Continuidad del cuidado Rescate alta paciente alto riesgo Transición del cuidado

Tabla 3. Nivel de implementación promedio del MACEP en los CESFAM pilotos

	Municipalidad 1		Municipalidad 2			Municipalidad 3	
	CESFAM	CESFAM	CESFAM	CESFAM	CESFAM	CESFAM	CESFAM
	1	2	3	4	5	6	7
Porcentaje de nivel de implementación	87	55	81	100	45	68	71

Con la finalidad de realizar una evaluación de carácter económico de la implementación del MACEP, se efectuó un estudio costo-consecuencia, con el apoyo del Banco Mundial. El artículo que describe el estudio está en proceso de publicación; sin embargo, es posible concluir de éste que durante el piloto del MACEP se verificó un mayor costo en atención primaria y secundaria, así como un ahorro significativo en el nivel terciario, lo que, finalmente, genera un ahorro neto en el costo global del sistema.

ESCALAMIENTO

Para el CISAUC, la idea de realizar una implementación piloto del MACEP perseguía el propósito de contribuir en la solución de un problema relevante para la salud de la población y, en este sentido, desde la PUC se realizó una propuesta de escalamiento de la estrategia^[14]. Cuando las evaluaciones fueron mostrando que el cambio era factible de ser implementado y generaba beneficios para la población y el sistema de atención, el año 2019 el Ministerio de Salud decidió planificar y desarrollar un plan de escalamiento a nivel nacional, aprovechando la experiencia del SSMSO. Así nació la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en la Persona en contexto de multimorbilidad (ECICEP^[15], que este año 2023 debería estar en algún grado de desarrollo en todos los servicios de salud del país.

Desde la Facultad de Medicina de la Universidad Católica se elaboró una malla de cursos de formación continua destinados a apoyar el plan de escalamiento nacional del MINSAL. A la fecha se han capacitado 2.623 personas en el curso MACEP básico, 539 médicos en el curso para enfrentar el alto riesgo, 320 líderes de los servicios como facilitadores del cambio y 742 profesionales en gestión de casos.

DISCUSIÓN

Cada día hay más consenso en la importancia de que el sistema de salud ponga en el centro de su trabajo a las personas. Sin embargo, esto significa modificar en forma profunda su organización, su financiamiento, así como su estrategia y modelos de atención y de evaluación. El piloto realizado por el CISAUC en conjunto con el SSMSO, constituyó un avance en la implementación de este complejo cambio, poniendo el foco en las personas adultas con enfermedades crónicas.

Tan sólo 6 años después de haber comenzado con el piloto del MACEP, tras visualizar que el cambio era factible y generaba resultados prometedores, el MINSAL lo constituyó en política pública y, actualmente, se está escalando a todo el país.

Es infrecuente que una iniciativa innovadora genere mejorías en la salud de la población y, al mismo tiempo, ahorro en los costos del sistema de atención. Es el caso del

MACEP/ECICEP, que está generando evidencia que puede ser de mucho interés para otros países y comunidades que estén planteándose este mismo desafío.

Sin embargo, aún se trata de una experiencia muy joven, que enfrenta complejos desafíos. El primero es sostenerse y profundizarse en el tiempo. Los primeros cambios que se están implementando, si no son complementados con otros, no garantizan la permanencia y estabilidad de la nueva estrategia. Aún resta por modificar la estructura basada en programas, el modelo de incentivos, los programas de formación de los profesionales de la salud, entre otros aspectos. Otro desafío fundamental es ampliar el cambio a todo el ciclo vital, es decir, centralizar todo el sistema de cuidados en las personas y sus familias, desde la gestación hasta el final de vida. Finalmente, se trata de modificar la filosofía que sostiene al sistema de salud, impactando en su cultura y desempeño.

REFERENCIAS

1. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. 2017 May;49(5):300-7. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>. PMID: 28427915
2. Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. 2014;9(7):3-11.
3. Albrecht T, Dyakova M, Schellevis FG, Van den Broucke S. Many diseases, one model of care? *J Comorb*. 2016 Feb;6(1):12-20. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.73>. PMID: 29090167
4. Palmer K, Marengoni A, João M, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). 2018;122:4-11.
5. Leijten FRM, Struckmann V, Ginneken E Van, Cypionka T, Kraus M, Reiss M, et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2018;122(1):12-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>.
6. Pearson-Stuttard J, Ezzati M, Gregg EW. Multimorbidity—a defining challenge for health systems. *Lancet Public Health*. 2019 Dec;4(12):e599-600. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30222-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30222-1) PMID: 31812234
7. Aiden H. Multimorbidity Richmond Group. 2018;(January).
8. 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):30-4. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>.
9. Facultad de Medicina PUC. Observatorio Social. U. Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de salud ENS Chile 2009-2010. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
10. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. 2013. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

11. Tellez A, et al. Modelo de Atención Centrado en la persona con Morbilidad Crónica MACEP. Redireccionando los servicios de salud según riesgo. 2019. <http://innovacion.ancorauc.cl/recursos/>
12. Zamorano P, Varela T, Tellez A, Espinoza M, Muñoz P, Suarez F. Impact of a patient - centered care model implemented in public health facilities in Chile: A real world evidence evaluation. *J Public Health Epidemiol.* 2022;14(March):1-9. Available from: <https://academicjournals.org/journal/JPHE/article-abstract/745850A68548>
13. Varela T, Zamorano P, Muñoz P, Rain C, Irazoqui E, Sapag JC, et al. Evaluation of the implementation progress through key performance indicators in a new multimorbidity patient-centered care model in Chile. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2023;23(1):439. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09412-9>.
14. Tellez A, Sapag J, Barros J, Poblete F, Zamorano P, 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. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/CAP-3.pdf>
15. Subsecretaría de Redes Asistenciales - División de Atención Primaria (DIVAP). *Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.* 2020. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf